

# Assistência humanizada na terapia intensiva neonatal: ações e limitações do enfermeiro

*Humanized Assistance in Intensive Care Neonatal:  
Actions and Limitations of Nurses*

**RESUMO** O estudo objetivou compreender a experiência do enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em relação às suas ações e limitações frente a uma assistência humanizada ao neonato/família; conhecer as estratégias empregadas por ele diante das limitações e compreender o significado dessas estratégias. Trata-se de estudo qualitativo utilizado como referencial metodológico à Teoria Fundamentada nos Dados, pautada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico. Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por sete enfermeiras que trabalhavam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Após a análise dos dados, surgiram três categorias: Assistindo o neonato de forma humanizada; Percebendo Limitações para prestar uma Assistência Humanizada ao Neonato/Família; Propondo Estratégias diante das Limitações para uma Assistência Humanizada. Para as enfermeiras, assistir o neonato de forma humanizada engloba um conjunto de ações como: confortando e acolhendo o neonato e a sua família; ampliando o horário de visita do familiar e permitindo aos pais participarem do cuidado ao neonato. Porém, há uma diversidade de limitações que dificultam a viabilização dessas ações como a escassez de recursos humanos, a hierarquia entre médicos e enfermeiros, o espaço limitado e os horários restritos de visita dos pais e familiares. Torna-se, portanto, urgente uma maior conscientização e sensibilização da equipe de saúde e da instituição em relação à implementação de práticas que promovam o cuidado humanizado.

**Palavras-chave:** HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA; RECÉM-NASCIDO; UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL; ENFERMAGEM NEONATAL.

MARIA CRISTINA PAULI DA ROCHA  
Enfermeira Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba

MAELINE SANTOS MORAIS CARVALHO  
Discente do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Metodista de Piracicaba

ANGELA MÁRCIA FOSSA  
Enfermeira Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Metodista de Piracicaba

LISABELLE MARIANO ROSSATO  
Doutora em Enfermagem. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP)- EEUSP

**ABSTRACT** This study aimed to understand the experience of nurse of Neonatal Intensive Care Units in relation her actions e limitations front a assistance humanized to newborn/ Family: know how the strategies used by him against of limitations and to understand meaning these strategies. This is a qualitative study used as a methodological reference to Grounded Theory, based on the theoretical framework of Symbolic Interaction. The study subjects consisted of seven nurses working in the Neonatal Intensive Care Unit. After data analysis emerged three categories: Watching the newborn in a humane way; Realizing Limitations against Humane Assistance Newborn / Family; Proposing strategies in the face of limitations for a Humane Care. For nurses watched in a humane way covers set of actions such as: comfort and welcome the newborn and family; expanding the family visiting hours and allow parents to participate in the care of the newborn. However, there are a variety of limitations that hinder the viability of these actions as the lack of human resources, the hierarchy between doctors and nurses, limited space and limited hours of access to parents and family. Given this context, it is urgent greater awareness and health staff awareness as a whole and of the institution regarding the implementation of practices that promote humanized care.

**Keywords:** HUMANIZATION OF ASSISTANCE; NEWBORN; INTENSIVE CARE UNITS, NEONATAL; NEONATAL NURSING.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de neonatos de zero a 28 dias de alto risco, que necessitam de assistência médica e de enfermagem, altamente capacitada e presente 24 horas por dia. Oferece completo suporte vital, equipamento de reanimação, monitoração e extenso serviço auxiliar de apoio.<sup>1</sup>

A caracterização das crianças de uma UTIN constitui-se, em sua maioria, de neonatos pré-termo, aqueles que nascem anteriormente a 37 semanas completas de idade gestacional e peso fetal menor que 2.500 g; de neonatos a termo, nascidos com idade gestacional entre 37 a 41 semanas ou pós-termo com idade gestacional de 42 semanas ou mais com patologias graves.<sup>1</sup>

Devido às inúmeras conquistas científicas nessa área, e o desenvolvimento de aparelhos tecnológicos sofisticados, tem-se conseguido salvar e prolongar a vida de pacientes com alto risco de vida. Porém, o ambiente hostil, com elevada carga emocional dessas unidades, traz traumas irreparáveis tanto para a criança como para a sua família, principalmente quando é negado a esta o direito de permanecer com o filho.<sup>2</sup>

Diante desse contexto, sabe-se que a assistência integral ao recém-nascido de alto risco é um desafio relativamente constante e recente para as equipes de saúde. O tratamento altamente especializado, do qual o neonato depende para a sobrevivência, confere a ele e aos seus pais uma fragilidade importante o que leva a equipe de enfermagem a pensar em ações em saúde visando à humanização da assistência em UTIN.

A hospitalização na UTIN introduz o neonato em um ambiente inóspito, necessário para a sua recuperação, porém, com exposições intensas e frequentes a estímulos nociceptivos, como o estresse e a dor.<sup>3</sup>

A chegada de um filho representa, também, o ponto de origem de uma série de transformações no seio familiar, seja em razão da aquisição de novos papéis e responsabilidades pelos membros da família, seja pela angústia e apreensão de que algo possa afetar o curso planejado, especialmente quando ocorre um nascimento de um filho prematuro e/ou de risco. A expectativa de levar o recém-nascido para casa é tida como um ideal almejado pela família desde o início da gestação e sustentado quase que diariamente pelos pais até o nascimento de seu filho.<sup>4</sup>

Para os pais, a internação do neonato na UTIN é algo bastante assustador, pois esse ambiente, para muitos, reflete a ideia de morte o que ocasiona insegurança e medo de que algo de pior aconteça com seu filho. A inevitável internação do filho em uma UTIN costuma provocar muito medo na família, não apenas pelo ambiente físico desconhecido e pela gravidade dos casos que recebem assistência nesse ambiente, mas também porque a família perde o contato com o filho, que passa, de certo modo, a “pertencer” aos profissionais de saúde.<sup>5</sup>

Portanto, para adquirir confiança ao entregar seu recém-nascido (RN) aos cuidados da equipe de saúde, os pais necessitam de uma abordagem adequada: clara, objetiva e acolhedora desses profissionais.<sup>6</sup>

Conforme Lamego *et al.*,<sup>7</sup> a humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capa-

zes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente e sua família, além de espaços de trabalhos favoráveis ao bom exercício de saúde de seus usuários.

Pensando na melhoria do cuidado e no acolhimento dos pais junto aos seus filhos, algumas iniciativas aconteceram como o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº. 8.069, de 1990), que regulamenta que os hospitais devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.<sup>8</sup>

Preocupado com a humanização da assistência à saúde, o Ministério da Saúde (MS) lançou, por meio da Portaria nº. 693 de 05/07/2000, a norma de atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso denominado de método canguru, o qual possui como fundamentos básicos: “o acolhimento ao bebê e sua família, respeito às individualidades tanto do bebê quanto da mãe, promoção do contato pele a pele (posição canguru) e o envolvimento da mãe nos cuidados com o seu filho”.<sup>9</sup>

O Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNNAH), também, foi instituído pelo Ministério da Saúde, pela portaria nº. 881, de 19/06/2001, no âmbito do Sistema Único de Saúde.<sup>9</sup> O PNNAH faz parte de um processo de discussão e implementação de projetos de humanização do atendimento à saúde e de melhoria da qualidade do vínculo estabelecido entre trabalhador da saúde, pacientes e familiares.<sup>9</sup> Esse programa tem como objetivo estabelecer diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação das iniciativas de humanização nos hospitais do SUS.<sup>10</sup>

Como parte dessas diretrizes, a assistência à família e à criança no processo saúde-doença inclui três abordagens inter-relacionadas da equipe de saúde que podem variar conforme a perspectiva filosófica de cada instituição. Essas abordagens podem estar centradas na patologia, na criança, ou ainda na criança e em sua família, sendo a última a que melhor parece atender aos preceitos atuais da humanização e integralidade da atenção.<sup>11</sup>

Embora existam programas que busquem incentivar o cuidado humanizado, percebe-se que há uma lacuna, grande, entre a teoria e a prática assistencial dos profissionais de saúde em relação a essa temática.

Portanto, esta pesquisa teve como objetivo compreender a experiência do enfermeiro de UTIN em relação às suas ações e limitações frente a uma assistência humanizada ao neonato/família; conhecer as estratégias utilizadas por ele diante das limitações em prestar uma assistência humanizada ao neonato/família e compreender o significado dessas para o enfermeiro.

## MÉTODOS

Para compreender a experiência do enfermeiro de UTIN em relação às suas ações e limitações frente a uma assistência humanizada ao neonato/família; conhecer as estratégias utilizadas por ele diante das limitações em prestar uma assistência humanizada ao neonato/família e compreender o significado dessas para o enfermeiro, optamos pelo interacionismo simbólico (IS) como referencial teórico.<sup>12</sup>

O IS procura apreender os significados atribuídos aos diversos objetos sociais com

os quais o ser humano interage, para compreender as ações nas distintas circunstâncias de vida. Assim, as principais ideias do IS constituem-se no processo de interação, no qual os indivíduos são ativos e nele aprendem dar significados às coisas.<sup>12</sup>

O referencial metodológico escolhido foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), já que se relaciona aos fundamentos e conceitos do IS.<sup>12</sup> O processo de análise de dados da TFD consiste em uma contínua análise dos dados, com distintas fases de complexidade até a proposição de uma teoria. Em função dessa característica, pode-se parar em qualquer nível de análise dos dados e reportar os resultados. Este estudo foi conduzido até a codificação axial e contribui para a compreensão da experiência do enfermeiro de UTIN em relação às suas ações e limitações frente a uma assistência humanizada ao neonato/família.

Participaram desta pesquisa sete enfermeiras que trabalhavam em uma UTIN de um hospital de grande porte do interior do Estado de São Paulo.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de Piracicaba e aprovado conforme o protocolo n. 04/13.

A coleta de dados se deu por meio da entrevista semiestruturada, no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014, as quais foram norteadas pelas seguintes questões:

- Descreva-me uma situação que você vivenciou e que você entenda como sendo humanizada.
- Descreva-me uma situação que você vivenciou e que você entenda como não sendo humanizada.
- Quais são as limitações que você acre-

dita ter prejudicado para que a sua assistência tenha sido humanizada?

- Que estratégias você utilizou diante dessas limitações?
- Por que você utilizou essas estratégias?

As entrevistas foram gravadas e transcritas fielmente, e cada enfermeira foi entrevistada uma única vez. No processamento das falas, o primeiro passo constituiu-se da transcrição fiel das fitas gravadas. A coleta e a análise dos dados ocorreram simultaneamente, realizando-se a codificação aberta e sua categorização, segundo os passos da TFD.

Para facilitar a análise dos dados e manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, os participantes foram nomeados de E1 a E7.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a análise dos dados, surgiram como resultados três categorias e suas respectivas subcategorias conforme descritas (veja no quadro 1).

#### *3.1. Assistindo o neonato de forma humanizada*

Assistir o neonato de forma humanizada representa, para as enfermeiras, um conjunto de ações que devem ser colocadas em prática com o objetivo de prestar um cuidado de excelência.

As mesmas possuem consciência do estresse que o processo de hospitalização, dentro de uma UTIN, causa ao recém-nascido e a sua família e lançam mão de algumas ações que têm como objetivo amenizar esse sofrimento durante o período de internação.

Para elas *confortando e acolhendo o neonato e a sua família; ampliando o horário de*

*Quadro 1. Categorias e suas respectivas subcategorias que caracterizam as ações e limitações encontradas pelos enfermeiros de UTIN e suas estratégias frente às limitações.*

	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>Ações Humanizadoras</b>	<b>3.1. Assistindo o Neonato de Forma Humanizada</b>	Confortando e acolhendo o neonato e a sua família; Ampliando o horário de visita do familiar; Permitindo aos pais participarem do cuidado ao neonato.
<b>Limitações de Ações Humanizadoras</b>	<b>3.2. Percebendo Limitações para Prestar uma Assistência Humanizada ao Neonato/Família</b>	Sentindo a escassez de recursos humanos; Sentindo a falta de um espaço físico que comporte os pais 24 horas; Percebendo profissionais com comportamentos não humanizados; Sentindo a necessidade de respaldo institucional; Percebendo a equipe médica como limitadora de ações humanizadas/Hierarquia.
<b>Estratégias do Enfermeiro diante das Limitações de uma Assistência Humanizada</b>	<b>3.3. Propondo Estratégias Diante das Limitações de uma Assistência Humanizada</b>	Percebendo grupo de pais como uma estratégia para a humanização; Percebendo o trabalho do psicólogo como uma estratégia para lidar tanto com a equipe quanto com a família; Cobrando a presença do médico junto à família como uma estratégia; Procurando comprovar para a instituição a necessidade de aumentar recursos humanos.

*visita do familiar e permitindo aos pais participarem do cuidado ao neonato* são algumas ações realizadas que contribuem para uma assistência humanizada.

### **Confortando e acolhendo o neonato e a sua família**

As enfermeiras percebem-se acolhendo o paciente e a família ao realizar, no âmbito hospitalar, uma interação entre a tríade: profissional de saúde/mãe/filho. Essa interação se dá a partir do incentivo ao aleitamento materno, o estabelecimento do contato pele

a pele entre mãe e filho com a prática do método mãe-canguru, o esclarecimento de dúvidas a respeito do estado geral da criança e até mesmo o conforto e o acolhimento da família diante do óbito.

Eu acredito que humanizar é o fato de quando você está ali cuidando do bebê você estar conversando com ele, é ter gestos delicados...é acariciar o bebê, tratar ele de forma humana, não simplesmente agir de forma técnica. Isso é humanização. É procurar, quando você vai fazer um procedimento doloroso, fazer algo que você saiba que possa diminuir aquela dor que o bebê vai sentir. É tentar proporcionar um aconchego

para esse bebê, um ambiente tranquilo com pouca luz com pouco barulho, né? (E02)

Na verdade, eu acho que situações humanizadas é o próprio acolhimento que a gente dá aos pais, principalmente no momento da primeira visita... estabelecer a aproximação dos pais com o bebê, eu acho que essas são algumas das ações que eu acredito que sejam humanizadoras: o aleitamento materno, estabelecer esse contato da mãe, mesmo que o bebê ainda não mame, mas estabelecer esse contato de sugar, de chegar perto do seio materno, sentir o cheiro da mãe, colocar na posição mãe-canguru. (E02)

**Esses dados corroboram com as ações humanizadoras descritas na literatura que dizem que:**

... a internação na UTIN constitui uma situação de crise para toda a família, sobretudo para a mãe. É um ambiente estranho e assustador onde o RN real é diferente do imaginado e o sentimento de culpa pelos problemas do filho atua como fator inibidor do contato espontâneo entre pais e filhos. Nesse sentido, o acolhimento aos familiares é de fundamental importância para que as experiências emocionais que ocorrem nesse período sejam compreendidas, aceitas e, assim o sofrimento dos pais consequentemente minimizados.<sup>13</sup>

O acolhimento nesse contexto representa receber e atender aos membros da família do RN e integrá-los ao ambiente e deve envolver também ação física e afetiva. A presença do filho na UTIN desencadeia nos familiares, simultaneamente, o medo da morte e a esperança de vida. “É importante que se estabeleçam laços entre o medo e a esperança e, neste sentido, a equipe que assiste precisa oferecer oportunidades, intermediar e favorecer o encontro da mãe com o filho.”<sup>14</sup>

Entre as ações estabelecidas pelas enfermeiras, que visam confortar e acolher o neonato de forma satisfatória com o intuito de amenizar o sofrimento diante do período da hospitalização, é evidente a preocupação durante os processos dolorosos do RN, buscando sempre aliviar a diversidade de estímulos dolorosos em que esses neonatos são submetidos durante a hospitalização.

A gente tem bastante condutas que eu considero humanizada: o controle de dor, a sucção não nutritiva, a administração de glicose VO (via oral) no caso dos bebês que podem com o objetivo de amenizar a dor. (E04)

A gente tem uma escala chamada de NIPS, que é de dor. Então dependendo da expressão facial do bebê, ou se o choro está forte, a gente calcula para ver se temos que intervir ou não com alguma conduta para o alívio de dor. Como: massagem de conforto, administração de glicose, o posicionamento do neném que é muito importante, ele tem que ficar bem aconchegado no leito, não pode ficar solto porque eles têm que ter a sensação que eles tinham no útero. Então eu acho que são condutas que caracterizam bem a humanização. (E04)

## **Ampliando o horário de visita do familiar**

A abertura do horário de visita familiar para além daquelas preestabelecidas pela instituição é outra ação caracterizada como humanizadora.

Uma prática evidenciada na análise dos dados é a preparação do irmão de pouca idade para a visita do RN internado na UTIN. Esse preparo é realizado após a mãe ou o responsável apresentar interesse. O irmão menor é preparado pela enfermagem, antes da visita, por meio de brincadeiras que exemplificam o real estado da criança inter-

nada. Isso revela uma sensibilização do corpo da enfermagem em relação ao cuidado não só com o neonato, mas com a família do mesmo.

Apesar de terem uma prática humanizadora, a compreensão dos enfermeiros em relação ao horário de visita é verbalizada como de exceção e não como de direito.

A gente abre exceção para as visitas principalmente dos irmãozinhos menores. A gente conversa com os pais e procuramos mostrar para o irmãozinho como o bebê está na UTI. Fazemos todo um preparo antes. Pedimos para os pais desenharem para o irmãozinho como vão encontrar o RN entubado, por exemplo. Explicar para o irmão quais são os equipamentos diferentes que estão no RN. Na hora que o irmão entra na UTI, a gente entra junto. Fica junto. Não é uma visita comum. É uma visita diferenciada [...]. (E01)

A visita de irmãos nos serviços de cuidados neonatais é importante por: propiciar a união familiar, o resgate de papéis e funções de cada um de seus membros; contribuir para a diminuição de fantasias do irmão mais velho quanto à fragilidade do recém-nascido, facilitando a aproximação dos pais com este.<sup>15</sup>

### **Permitindo aos pais participarem do cuidado ao neonato**

Permitir que os pais participem do cuidado ao neonato na UTIN é uma ação humanizadora, que promove o aumento do vínculo entre mãe e filho além de facilitar o treinamento dessas mães tornando-as mais seguras em relação ao cuidado pós a alta.

[...] era eu (enfermeira) quem cuidava desse bebê na época. Eu trabalhava à noite e a gente tinha um vínculo muito forte (eu e o bebê). Como era uma criança delicada, a todo momento eu pro-

curava deixar a mãe participar dos cuidados. Eu ensinava ela (mãe) a segurar a seringa pra dar o leite. Eu lembro a emoção dela a primeira vez que eu dei a ela trocar a fralda, limpar o bebê, passar o creminho de assaduras, né? Então ela (mãe) falava: nossa! Só você que fala pra eu fazer isso, é tão gostoso. Eu gosto quando eu venho e é você que está cuidando do meu filho. Porque você deixa eu ajudar. (E02)

A participação da família no cuidado ao RN na UTIN ainda é uma estratégia muito recente. Em nossa realidade, poucos são os hospitais que fazem uso dessa estratégia, que ainda não foi incorporada como filosofia dos serviços, gerando com isso dificuldades no cotidiano da assistência.

Pesquisa realizada em UTINs públicas, que permitem a participação da mãe no cuidado, mostraram que na relação da equipe com a família há uma ambivalência, pois ao mesmo tempo em que os profissionais reconhecem a participação das mães no cuidado ao filho como indispensável, em alguns momentos a presença materna dificulta o desenvolvimento das atividades da equipe.<sup>16</sup>

### ***3.2. Percebendo limitações para prestar uma assistência humanizada ao neonato/família***

Diante das ações que preconizam um cuidado holístico ao neonato/família na UTIN, inúmeras são as limitações encontradas pelas enfermeiras para que essas ações se viabilizem. *A escassez de recursos humanos, a falta de um espaço físico que comporte os pais 24 horas na UTIN, a percepção de profissionais com comportamentos não humanizados, a necessidade de respaldo institucional e a percepção da equipe médica como limitadora de ações humanizadas* são caracterizadas pelas enfermeiras como

empecilhos para a adoção constante dessas ações no ambiente da UTIN.

### **Sentindo a escassez de recursos humanos**

A escassez de recursos humanos e, como consequência, a falta de tempo são fatores evidenciados na análise dos dados como responsáveis pela limitação de uma assistência humanizada ao neonato/família.

Eu acho que a falta de recursos humanos limita o cuidado humanizado. A gente tá com uma falta de funcionários muito grande e em todos os hospitais é assim. E, às vezes, não dá pra gente dar uma atenção tão grande como a gente gostaria ao bebê. No caso, a gente tá com três bebês cada uma. Então um bebê que tem que estimular via oral, às vezes, não dá pra gente ficar o tempo necessário para ele conseguir mamar bem, porque temos muitas outras coisas para fazer. Então, às vezes não dá! Três bebês graves é muito tempo que tira de você. Então, acho que o recurso humano é uma coisa que precisava melhorar, porque realmente não tem mão de obra e isso dificulta a humanização [...]. (E04)

Devido ao número insuficiente de profissionais para atender à demanda da UTIN e a desvalorização do profissional de saúde, a assistência ao neonato e principalmente à família se torna mecanizada e pouco humanizada. A falta de tempo como consequência da escassez de recursos humanos fica evidenciada na fala das enfermeiras como um quesito que merece destaque, à medida que interfere na qualidade da assistência ao neonato/família no ambiente da UTIN.

Eu acredito que seja mais a questão de tempo mesmo um fator limitante de humanização. Temos uma carga grande de trabalho. Então, como você tem que dar conta do seu serviço, você aca-

ba não conseguindo agregar muitas outras coisas. Se você tivesse assim uma carga um pouco menor seria mais fácil. Então eu não consigo, por exemplo, dar conta das minhas duas ou três bebês e ainda por cima dar atenção aos pais... Porque eu tenho muito trabalho em um espaço de tempo muito curto [...]. (E05)

...humanizado, humanizado seria se tivesse um salário decente. Humanizado seria se eu pudesse vir trabalhar minhas 6 horas e ir embora. Isso seria humanizado. É bem complicado. É lógico que a gente vai orientando os funcionários para humanização, fazendo algumas observações pontuais em algumas situações ou outras, mas assim, de forma geral eu não tenho muito que fazer, porque todo mundo sabe o que tem que ser feito, mas acaba não conseguindo fazer tudo certinho. Se tivéssemos uma equipe grande, que você ficasse com menos crianças para cuidar, se você tivesse menos responsabilidade, que você não tivesse outro emprego pra ir depois daqui, se você pudesse ter uma dedicação exclusiva, você fosse bem remunerado, aí eu teria como exigir melhor, né? Porque a pessoa viria pra aquilo, ela já não viria cansada, ela não estaria aí fazendo três quatos noites seguidas, e isso acaba gerando um estresse nela terrível, né? E aí você vai fazer o que? Você vai ainda brigar com ela? De repente, corre o risco de perder aquele funcionário ainda por cima, numa situação que hoje em dia já não tem quase... né? Então acaba interferindo na atenção que ela está dando de forma geral. (E05)

O processo de trabalho na UTIN é desgastante e pode ser fonte de sofrimento para o profissional de saúde, devido à sobrecarga de trabalho articulado com a insuficiência de recursos humanos e superlotação das unidades, onde esses profissionais, muitas vezes, sequer conseguem ter uma pausa para o almoço ou descanso. Esses fatores acabam por influenciar de maneira negativa a qualidade da assistência prestada.<sup>17</sup>

A sobrecarga de trabalho dos profissionais repercute de forma devastadora na qualidade da assistência, uma vez que o tempo destinado a cuidar de cada neonato de forma individualizada fica bastante reduzido, causando riscos a sua saúde e privação de seus direitos como cidadã. Além disso, o cuidado humanizado está inteiramente ligado ao profissional que o executa, seu estado psicológico e físico, podendo ser o cansaço um fator desfavorável a sua prática.<sup>18</sup>

A falta de tempo como consequência da escassez de recursos humanos fica evidenciada na fala das enfermeiras como um quesito que merece destaque à medida que interfere na qualidade da assistência ao neonato/família no ambiente da UTIN, pois a humanização inclui ter profissionais em número suficiente para atender de acordo com a PNH.

### **Sentindo a falta de espaço físico que comporte os pais 24 horas**

Ao mesmo tempo em que a enfermeira acredita ser importante flexibilizar o horário de visita buscando atender às necessidades individuais de cada família e procurando manter o vínculo mãe/filho, há uma dificuldade, muitas vezes, em humanizar devido à falta de um espaço físico que comporte visita livre 24 horas e a escassez de recursos humanos que impossibilita, muitas vezes, que o acolhimento seja integral a esses pais e familiares.

A gente não tem uma estrutura física que comporte teoricamente todos os pais na UTIN. (E01)

Na UTIN, a visita não é 24 horas, a visita começa às 13h00 e termina às 21h00. O correto seria que os pais pudessem ficar 24 horas que é lei e infelizmente isso não é praticado. (E05)

A UTIN, onde os dados foram coletados, dispõe de horários de visitas preestabelecidos e restritos, o que acaba limitando a humanização da assistência às famílias e ao neonato. Conforme os relatos, não há uma estrutura física no local que comporte adequadamente todos os pais e/ou mães 24 horas dentro da unidade, sendo assim, a construção do vínculo entre mãe e neonato é interrompida.

Sabe-se que, apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente, por meio da Lei nº. 8.069 de 1990 e o Ministério da Ação Social, em seu artigo 12, estabelecer a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente, esse procedimento ainda não é uma realidade em muitas instituições e Estados brasileiros, mesmo sabendo-se que a presença da mãe é o método mais efetivo para minimizar os traumas psicológicos da hospitalização.<sup>19</sup>

Durante a internação do RN na UTIN, ocorre o rompimento do vínculo entre mãe e recém-nascido, o que muitas vezes compromete a afetividade entre pais e filhos. Além da separação corporal, o contato físico entre os dois se torna esporádico e a distância, em um ambiente hostil. A família vivencia uma experiência que é regida pelo sofrimento, insegurança, preocupação, frustração, desapontamento, ansiedade e falta de confiança na capacidade de cuidar do seu bebê.<sup>20</sup>

A estrutura física deficiente também foi identificada em outra pesquisa como mais um empecilho à humanização da assistência, pois esta não oferece condições para que as mães fiquem o tempo suficiente com os seus filhos e, desta forma, não contribui para a formação do vínculo afetivo entre eles.<sup>18</sup>

Para Molina et al.,<sup>21</sup> apesar da equipe de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem) considerarem importante a participação da família, expressam em seus relatos certa resistência em relação à presença da família em período integral junto à criança e argumentaram que há falta de estrutura física para acomodar adequadamente os pais e que estes atrapalham a dinâmica de trabalho institucional.

### **Percebendo profissionais com comportamentos não humanizados**

Conforme os relatos, ainda há funcionários pouco preparados para trabalhar com a questão da humanização.

A pesada rotina de trabalho de uma UTI e a desgastante função de lidar com pacientes graves podem fazer que os profissionais de saúde que atuam nesse espaço, consciente ou inconscientemente, banalizem a humanização ou se mostrem indiferentes a ela.

Uma vez aconteceu um episódio de uma criança ser diagnosticada com um tumor cerebral e ela veio do centro cirúrgico bem agitada querendo se debater e naquela ânsia de o funcionário ficar muitas vezes só preocupado com a cânula pra não ser extubado, a pessoa que estava tentando deter o RN daquela agitação, deitou a criança, viu e falou assim: “Ah! Essa criança vai morrer mesmo” (deixe para lá!). Eu não gostei. Achei terrível a fala desse funcionário e independente da falta de prognóstico (se essa criança ia ou não sobreviver), isso não deve interferir no nosso cuidado. [...]. Se fosse com o meu filho eu não gostaria que ele escutasse esse tipo de comentário. Eu não gosto e não gostaria de trabalhar com essa pessoa. (E01)

### **Sentindo a necessidade de respaldo institucional**

Há umas estratégias que poderiam ser implantadas com o objetivo de promover a humanização, porém necessitam de respaldo institucional para serem colocadas em prática, pois esbarram em normas e rotinas institucionais preestabelecidas que limitam a assistência humanizada.

Eu sinto falta de respaldo institucional porque uma das estratégias que eu tenho para assistir o neonato de forma humanizada é o aumento de recursos humanos. De contratar funcionários. Dessa forma, o que teria que fazer vem de cima, tem muitas coisas que não dependem da gente, depende de estáncias superiores (E02).

É preciso resgatar valores humanísticos perdidos pela cultura organizacional das instituições de saúde, que estão voltados para a mecanização do trabalho, do tecnicismo e da patologia, perdendo de vista vivências importantes para a realização do cuidado à saúde humanizado.<sup>22</sup>

Para Silva,<sup>23</sup> nem sempre é possível proporcionar o melhor atendimento. Uma boa estrutura de UTI envolve: pessoal em número suficiente e treinado para fornecer assistência específica e observação contínua, planta física elaborada com equipamentos especiais e manutenção constante e organização administrativa preocupada em manter padrões de assistência e programas de educação continuada.

### **Percebendo a equipe médica como limitadora de ações humanizadas**

A enfermeira percebe que a equipe médica desenvolve ações que limitam o cuida-

do humanizado e que a faz sentir-se impotente e sem autonomia para tomar atitudes em determinadas situações.

Tinha um bebê que eu (enfermeira) acreditava que podia fazer mãe-canguru, mas o médico às vezes barra e fala que não quer que tire da incubadora. Então, às vezes eu acho que há choque de ideias e de condutas que às vezes influencia de forma negativa. Um ou outro médico intervém na conduta da enfermeira, daí segue o que eles querem que seja feito. (E04)

...tem algumas ações que deixam de serem feitas porque o médico não gosta, porque o médico acha que isso não é bom, mas não tem uma justificativa literária que prove que realmente não é bom. Não são feitas porque fulano de tal não gosta, o beltrano não quer. (E01)

Para as enfermeiras, a carência de empatia da equipe médica, a deficiência de informações que os médicos conferem aos pais e a restrição de métodos considerados como humanizadores, como o mãe-canguru, são ações limitadoras do cuidado holístico desse profissional.

...eu presencio assim... a gente sempre fala muito da enfermagem, mas eu acho que também a parte médica muitas vezes, na hora de falar com os pais, de dar a notícia de forma ríspida, ou conversar com os pais já dando as costas, sabe? Mal explicando o que está acontecendo, eu acho que isso eu vivencio muito. Então eu acho que..., claro a gente tem que pensar na humanização sim, da enfermagem, que é nós que temos o contato direto com o paciente e com o familiar, mas eu acho que a gente não pode esquecer da parte médica também, eu acho que eles deixam muito mais a desejar do que nós, então eu vejo muito isso, vejo o contrário também, mas vejo muito isso. (E02)

Eu (enfermeira) percebo que os médicos são muito mais deficientes do que nós em relação

à humanização. Eu já tive reclamações de pais que falam que não gostaram do jeito que determinado médico falou, do jeito que é tratado, isso acontece. (E02)

Diante desse contexto, as enfermeiras precisam o tempo todo dialogar e negociar com a equipe médica formas de melhorar a assistência a esse cliente/família, o que traz mais um desgaste para os profissionais, uma vez que a opinião ou a postura médica acaba sendo hegemônica na saúde, apesar de as equipes de saúde serem multidisciplinares.

Elas acreditam que essa dificuldade do médico em humanizar a assistência provém de falhas da formação desse profissional que, ainda hoje, é muito focada no modelo biomédico de assistência.

Na fala das enfermeiras, fica claro uma contrariedade entre o pensar e o agir de médicos e enfermeiros que acaba levando sempre à prevalência das ordens médicas sobre as da enfermeira. Ao ver da enfermeira, isso ocorre devido à própria hierarquia que coloca o médico em uma posição acima em relação às tomadas de decisões.

Eu acho que essa falta de humanização vem desde a formação deles (médicos). Eu acho que é raro você ver um médico que tem isso (humanização) embutido dentro dele. Eu acho que isso é de formação. O que a gente (enfermeiro) pode estar fazendo é solicitando para eles conversarem com os pais, falarem em uma outra linguagem, porque é difícil a gente querer mudar eles. É mais fácil eles conseguirem alguma coisa com a gente, do que a gente com eles. Pelo próprio posto (hierarquia), sempre está acima da gente. É a própria hierarquia. (E02)

Às vezes, eu vejo que há uma necessidade em mostrar quem manda, ou de quem é a palavra, sabe? O médico fala: eu quero que seja assim,

então vai ter que ser assim. Por exemplo, na UTI pediatra não tinha televisão. Tinha uma só televisão e agora a gente está com mais quatro televisões. Além daquela, então estamos com cinco, daí um dia eu virei e falei para doutora: você viu como ficou legal? Ela respondeu: não sei. O que? A televisão? Ah! Eu não gostei muito dessa história de televisão. (E01)

Percebe-se na análise dos dados que as decisões do médico são sempre acatadas pela enfermagem sem, nem ao menos, serem questionadas, o que impede que os enfermeiros realizem ações humanizadoras consideradas fundamentais para a minimização dos agentes nocivos e estressantes durante o período de hospitalização no RN e sua família.

...o que a gente tem mais problema na minha visão é com o médico. Porque às vezes a gente autorizava visitas para o RN e vinha o médico e dizia agora não. Agora a gente está tendo problema, intercorrência. Lógico que a gente não ia autorizar a visita fora de horário, ficar mais tempo, mas eu acho que é mais aquele negócio mesmo, o médico não pega tanto pelo lado da humanização, entendeu? (E06).

Conforme a literatura, a falta de comunicação, o mecanicismo das ações e a empatia quase inexistente são apontados como fatores que caracterizam a “não humanização” do atendimento prestado pelos profissionais.<sup>24</sup>

### *3.3. Propondo estratégias diante das limitações de uma assistência humanizada*

Dante das limitações relatadas pelas enfermeiras, como empecilho para que a humanização ocorra na UTIN, as mesmas lançam mão de estratégias buscando melhorar a assistência prestada ao neonato/família.

Essas estratégias incluem: *o grupo de pais, o trabalho do psicólogo, a presença do médico junto à família e a busca de formas de provar para a instituição sobre a necessidade de aumentar os recursos humanos.*

### **Percebendo o grupo de pais com uma estratégia para a humanização**

Conforme as enfermeiras, é notório que os pais apresentem um nível de estresse muito grande, devido ao processo de hospitalização do RN na UTIN, que pode ser amenizado por meio de um grupo de pais.

Para elas, um grupo de pais facilita o cuidado, à medida que funciona como um apoio no qual as famílias dos neonatos internados podem compartilhar as suas experiências e emoções.

Para mim, elas (mães) têm uma necessidade de conversar, trocar experiências. Eu acho que um grupo de pais seria importante... acho que há falta de grupos de mães, grupos de funcionários e grupos de médicos com a equipe também, e assim por diante. (E01)

Para amenizar as dificuldades de ter um filho doente/prematuro internado em uma UTIN, algumas estratégias vêm sendo implementadas em alguns serviços, uma delas é o grupo de apoio aos pais, que constitui estratégia que pode ajudar a superar essa situação, criando espaços de comunicação para que os pais possam falar sobre seus sentimentos, o que estão vivendo, sanar suas dúvidas e perguntar sobre as condições de saúde do filho.<sup>25</sup>

Resultados de uma pesquisa realizada com mães participantes de um grupo de apoio aos familiares de bebês internados

em uma UTIN privada de Cuiabá-MT mostram que as mães necessitam de um espaço onde possam compartilhar medos e ansiedades e que o grupo tem papel de orientação e informação, além de apoiar e confortar os familiares.<sup>26</sup>

Pesquisadores referem que os pais participantes de grupos de apoio experimentaram significativa diminuição do estresse, bem como redução de sentimentos de isolamento social, maior interação com o filho, melhorando a habilidade de serem pais, com resultados positivos no desenvolvimento infantil.<sup>27</sup>

Coeso com o valor de capacitação do grupo de apoio, vários autores referem que a participação dos pais nos cuidados administrados ao filho restaura a competência e a confiança parental; ficam mais responsivos à presença do filho, e a interação entre eles aumenta, bem como a percepção do controle da situação durante a hospitalização do recém-nascido.<sup>28</sup>

Conforme o relato da enfermeira a seguir, fica demonstrado o reconhecimento pelo grupo de apoio aos pais, sendo este caracterizado como fundamental na sua recuperação psicoemocional, e eles acreditam na eficácia dessa terapêutica, porém revelam não conseguirem implementar o mesmo na unidade.

...mas a gente planejou o grupo de pais. Eu lembro que, eu (enfermeira) junto com a psicóloga, a gente chegou duas vezes a pensar: vamos conversar com as mães e assim por diante, acho que há falta de grupos de mães, grupos de funcionários e grupos de médicos e assim por diante, mas não conseguimos implantar o grupo de pais. (E01)

Percebendo o trabalho do psicólogo como uma estratégia para lidar tanto com a equipe quanto com a família

A presença frequente de um profissional psicólogo na UTIN é vista como uma estratégia de humanização. No entanto, fica evidente, nesta pesquisa, que é rara a presença desse profissional na UTIN estudada.

Eu acho superinteressante a presença do psicólogo. A gente tem a psicóloga que aparece esporadicamente aqui, eu vejo que é muito valioso quando ela (psicóloga) está presente [...]. (E02)

É sabido que a idealização do filho saudável é cogitada pelos pais desde a gravidez, portanto, ao deparar com o filho não idealizado, frágil, desprovido de diversos cuidados fundamentais para a sua recuperação, sentimentos como: frustração, negação, ansiedade, medo, culpa são acentuados, levando alguns pais ao rompimento do vínculo entre o filho e membros da própria família.

Estudo revela a necessidade de acolhimento e suporte psicológico aos pais, para que eles possam significar melhor os acontecimentos e sentimentos e ter condições emocionais para superar o trauma da hospitalização e relacionar-se com seus filhos na UTIN.<sup>3</sup>

Segundo Druon,<sup>29</sup> a escuta dos pais beneficia todos os envolvidos, pois ajuda a: evocar o traumático e a fazer a ligação entre o que é vivido realmente e as fantasias; identificar as demandas dos pais em relação aos seus bebês e ao serviço de neonatologia; reforçar os laços com o serviço e aumentar a perspectiva de um acompanhamento; produzir identificação mãe/bebê e trabalhar de forma interdisciplinar.

Além da internação do bebê, permeada por ansiedade em função da proximidade com a ameaça de morte ou de sequelas, a família vinha experimentando um período de funcionamento psíquico especial que

precede a chegada de um novo membro. Intervir, portanto, nesse momento, pressupõe o conhecimento dos aspectos próprios do período, especialmente os relativos à mulher grávida, que traz consigo demandas únicas e pontuais, além da compreensão da experiência familiar quando da internação de um bebê.<sup>30</sup>

### **Cobrando a presença do médico junto à família como uma estratégia**

A presença do médico junto à família do RN internado é uma estratégia de humanização. As enfermeiras percebem o tempo todo a necessidade que os pais sentem de esclarecimentos do médico sobre o diagnóstico e prognóstico do filho.

Sabe-se que é essencial que o médico esteja em contato com a família do RN, esclarecendo dúvidas, porém na prática há uma dificuldade grande, por parte da enfermeira, de conseguir a participação do mesmo junto aos familiares na UTIN.

Embora a visita do médico durante o horário de visita dos pais deva ser uma rotina, algumas vezes ela deixa de ser praticada, sendo necessário a enfermeira estar o tempo todo ligando e solicitando a presença desse profissional para sanar dúvidas da família.

Em questão de conduta de médico, a gente cobra, se o médico não passa para fazer visita para os pais, a gente dá uma ligadinha e fala que o pai quer conversar [...] não deveria precisar cobrar, né? Porque é rotina, mas se você cobra eles vêm, conversam [...] então eu cobro mesmo porque eu acho que é essencial que a mãe e o pai eles tenha conhecimento de como o filho deles estão. (E04)

### **Procurando comprovar para a instituição a necessidade de aumentar recursos humanos**

Outra estratégia que viabiliza a humanização dentro da UTI é o aumento do número de funcionários para prestar assistência ao RN/família. Com o objetivo de provar para a instituição a necessidade de aumento do quadro de técnicos e enfermeiros no setor, a enfermeira lança mão de recursos como a utilização de score de gravidade do cliente que comprovem essa necessidade.

A estratégia que a gente utiliza é realizar um Score de cuidados prestado à criança, quanto tempo você utiliza para cuidar de cada criança, então essa é a estratégia. É você administrar um Score de tempo de cuidado. Perante essa estratégia, você consegue ver a quantidade de funcionários que você precisa ter no setor [...]. (E07)

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio desta pesquisa, percebe-se que a experiência do enfermeiro de unidade de terapia intensiva neonatal é marcada por ações, limitações e estratégias implementadas, buscando conferir ao neonato/família uma assistência holística.

Para as enfermeiras, assistir o neonato de forma humanizada engloba um conjunto de ações que são diariamente colocadas em prática como: confortar e acolher o neonato e a sua família; ampliar os horários de visita familiar e permitir aos pais participarem do cuidado ao neonato.

As ações humanizadoras configuram-se em prestar uma assistência holística não só ao neonato, mas também à sua família, que vivencia a inesperada hospitalização do filho. Ao acolher e confortar o neonato e a

família; ao abrir exceções em relação ao horário de visita da família e ao permitir a participação dos pais no cuidado ao neonato as enfermeiras procuram realizar intervenções oportunas na melhoria da assistência prestada ao binômio.

É sabido que é necessário estar atento às necessidades do RN, observar também as necessidades da família e propor melhorias para o seu envolvimento junto ao filho, possibilitando a sua interação entre a equipe multiprofissional. O vínculo estabelecido entre a equipe e a família favorece o desenvolvimento de estratégias para a construção de uma assistência humanizada, minimizando os aspectos frios do espaço físico, do aparato tecnológico e das rotinas.

Mesmo propondo e praticando ações humanizadoras no ambiente da UTIN, a enfermeira revela que se depara com uma diversidade de limitações que dificultam a viabilização dessas ações como: a escassez de recursos humanos, a falta de um espaço físico que comporte os pais 24 horas na UTIN, a percepção de profissionais com comportamentos não humanizados, a necessidade de respaldo institucional e a percepção da equipe médica como limitadora de ações humanizadas. Essas limitações são caracterizadas pelas enfermeiras como encapichos para uma prática holística ao RN/família.

A falta de recursos humanos, a hierarquia entre médicos e enfermeiros, o espaço limitado e os horários restritos de visita dos pais e familiares são alguns quesitos que dificultam para que a assistência às famílias e ao neonato seja humanizada e distanciam ainda mais a teoria da prática desenvolvida pelos profissionais da saúde.

Porém, apesar das inúmeras dificuldades em humanizar esse ambiente complexo caracterizado por uma alta tecnologia e ao mesmo tempo a mão de obra escassa que propicia a desumanização, muitas são as estratégias adotadas pelas enfermeiras, buscando a melhoria da assistência prestada ao RN/família.

Essas estratégias incluem: a necessidade de um grupo de pais, o trabalho do psicólogo, a presença do médico junto a família e a busca de formas de provar para a instituição sobre a necessidade de aumentar os recursos humanos.

Embora as enfermeiras considerem o grupo de pais como uma estratégia importante que confere à família a oportunidade de expressarem seus sentimentos, angústias e compartilharem suas experiências de ter um filho na UTIN, as mesmas referem não conseguirem implementá-lo no setor.

Outra estratégia considerada como essencial para as enfermeiras é o papel do profissional psicólogo junto aos pais/familiares e à equipe de saúde. Embora a presença desse profissional seja caracterizada, também, como de extrema importância para o processo de humanização, as enfermeiras relatam que é rara a presença desse profissional na UTIN estudada.

A necessidade da presença do médico nos horários de visita dos pais com o objetivo de sanar as dúvidas dos familiares em relação ao diagnóstico, prognóstico e evolução do RN é percebida pela enfermeira como facilitador do processo de humanização. Porém, o médico, ainda hoje, tem desenvolvido o seu trabalho de forma muito enraizada no modelo biomédico de assistência, o que confere aos RNs/família um cuidado técni-

co e pouco humano. Isso fica claro quando as enfermeiras, em diversas situações, precisam estar ligando e cobrando do médico a presença do mesmo na UTIN para dialogar e esclarecer as dúvidas dos pais.

Para as enfermeiras, há uma contrariedade entre o pensar e o agir de médicos e enfermeiras, o que acaba levando sempre à prevalência das concepções do médico sobre as delas. Para elas, isso ocorre devido a própria hierarquia que coloca o médico em uma posição acima em relação às tomadas de decisões.

Fica claro na análise dos dados que as decisões do médico são frequentemente acatadas pela enfermagem sem nem ao menos serem questionadas, o que impede que os enfermeiros realizem ações humanizadoras consideradas fundamentais para a minimização dos agentes nocivos e estressantes durante o período de hospitalização do RN e sua família.

Neste sentido, há a necessidade do profissional enfermeiro propor uma nova forma de organizar a assistência, respaldando-se na literatura científica com o objetivo de colocar o seu ponto de vista nas situações que envolvem a humanização, de forma a realizar a sua prática baseada em evidências e com autonomia.

Fica evidente nesta pesquisa o quanto é necessário um maior envolvimento da ins-

tituição hospitalar nas questões não só gerenciais, mas também de humanização. A enfermeira tenta provar o tempo todo para a instituição a necessidade de contratação de profissionais para reduzir a escassez de recursos humanos, o que caracteriza a dificuldade da equipe de enfermagem prestar, em diversas situações, uma assistência humanizada.

Buscando sensibilizar toda a equipe gerencial da instituição em relação à necessidade de aumentar o número de funcionários na UTIN, a enfermeira lança mão de recursos como a utilização de score de gravidade do cliente.

Diante deste contexto, torna-se urgente uma maior conscientização e sensibilização da equipe de saúde como um todo em relação à implementação de práticas que promovam o cuidado humanizado na UTIN. É necessário que haja um maior envolvimento entre a equipe multidisciplinar, de maneira que ela trabalhe de forma interdisciplinar.

Para que haja a formação de um grupo de pais no qual os familiares possam esclarecer as suas dúvidas e falar sobre suas experiências de ter um filho na UTIN, é necessário a participação não só de enfermeiros, mas também dos médicos, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social entre outros.

## REFERÊNCIAS

1. Kenner C. **Enfermagem Neonatal**. In: **Avaliação do neonato**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Reichmann & Affonso. 2001. p. 30-72.
2. Almeida MI et al. O ser mãe de criança dependente: realizando cuidados complexos. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 2006;10 (1): 36-46.
3. Moreira MEL; Rodrigues MA; Braga NA; Morsh DS. Conhecendo uma UTI Neonatal. In: Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz. 2003. p. 29.

4. Oliveira K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 2013. 17(1): 46-53.
5. Silva PSCL; Valença NC; Germano MR. Percepções dos profissionais de enfermagem intensiva frente a morte do recém-nascido. **Rev. bras. enferm.** 2010. 63 (2): 238-42.
6. Almeida AKA; Silva DB; Vieira ACB. Percepção dos pais em relação ao atendimento do RN prematuro em UTI neonatal do Hospital Materno Infantil de Goiânia-GO. **Revista de trabalhos acadêmicos**, n. 2, 2010.
7. Lamego T.; Deslandes SF; Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2005. 10 (3): 669-975.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**, Brasília, DF. 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança: Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**, Brasília. 2002.
10. Brasil. **Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, Brasília, DF, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. (Séries C. Projetos, Programas e Relatórios) n. 20. 2001.
11. Pettengil MAM; Ribeiro CAR; Borba RIH. **O cuidado centrado na criança e na sua família: uma perspectiva para a atuação do enfermeiro pediatra**. Barueri (SP): Editora Manole. 2008.
12. Strauss A. Corbin J. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory**. 3. ed. California: Sage. 2008.
13. Oliveira K.; Orlandi MHF; Marcon SS. Percepções de Enfermeiros Sobre Orientações Realizadas Em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Rene**, Fortaleza. 2011. 12 (4): 767-75.
14. Gaíva MAPM; Scuchi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.** 2006. 58(4): 444-8.
15. Morsch DS; Delamonica J. Análise das repercussões do Programa de acolhimento aos Irmãos de bebês internados em UTI neonatal: “Lembraram-se de mim!”. Rio de Janeiro: **Revista de Ciência e Saúde coletiva**. 2009. 10(3).
16. Lamy ZC. **Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira. 2000.
17. Souza KMO; Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2010. 15 (2): 471-80.
18. Silva LG; Araújo RT; Teixeira MA. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem **Rev. Eletr. Enf.** 2012. 14 (3): p. 634.
19. Molina, RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. esc. enferm.** USP. 2009. 43 (3): 630-8.
20. Eleutério FRR et al. O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. **Ciênc. cuid. Saúde**. 2008.7(4): 439-46.
21. Molina RCM. et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multiprofissional. **Esc. Anna Nery**. 2007, 11(1): p. 437-44.
22. Rios IC. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Rev. bras. educ. med.** 2010. 33(2): 253-61.
23. Silva MJP. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico**. São Paulo (SP): Atheneu. 2000. p. 1-11.
24. Faquinello P., Higarashi, IH, Marcon SS. O Atendimento Humanizado em Unidade Pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto – enferm**. 2007. 16(4): 609-16.

25. Scuchi CGS. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem** [tese livre-docênci]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2000.
26. Santos DSD; Gaíva MAM; Gomes MMF. **Grupo de apoio às famílias de recém-nascidos internados em UTI neonatal: experiência de familiares participantes**. In: Congresso Brasileiro de Perinatologia 17; Reunião de Enfermagem Perinatal, 14. Anais, Florianópolis, p. 266. 2001.
27. Linhares MBM et al. **Compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental**: In: Marturano EM, Linhares MBL, Loureiro SR. Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004. p. 11-37.
28. Barros L. Initial beliefs, emotions and coping processes of parents of high-risk babies. Disponível: [http://aifref.uqam.ca/actes/pdf\\_ang/barros.pdf](http://aifref.uqam.ca/actes/pdf_ang/barros.pdf). Acesso: 25/05/2004.
29. Druon C. **Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neonatal**. In: DB Wanderley (org.). Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade. Ed. Ágalma, Salvador. 1999. p. 35-54.
30. Valansi L.; Morsch DS. O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. **Psicol. cienc. prof.** 2004. 24 (2): p. 112-119.