



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**JOSÉ HERNEVIDES PONTES FERREIRA**

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO  
HUMANIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**FORTALEZA**

**2016**

**JOSÉ HERNEVIDES PONTES FERREIRA**

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO  
HUMANIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral.

Coorientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes.

**FORTALEZA**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- F441p Ferreira, José Hernevides Pontes.  
Percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva neonatal. / José Hernevides Pontes Ferreira. – 2016.  
90 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2016.  
Área de Concentração: Políticas, ambiente e sociedade.  
Orientação: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral.  
Co-Orientação: Profa. Dra. Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes.
1. Recém-Nascido. 2. Enfermagem Neonatal. 3. Humanização da Assistência. I. Título.

---

CDD 618.9201

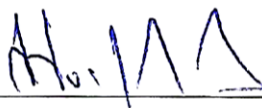
**JOSÉ HERNEVIDES PONTES FERREIRA**

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO  
HUMANIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, submetido como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em 23 de março de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)



---

Prof. Dra. Márcia Maria Coelho Oliveira Lopes (Coorientadora)

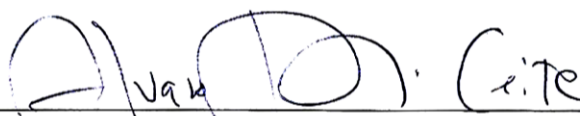
Universidade Federal do Ceará (UFC)



---

Prof. Dra. Raimunda Magalhães da Silva

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)



---

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

A todos os colegas profissionais de Enfermagem do Hospital Infantil Albert Sabin, em especial, àqueles atuantes no Centro de Terapia Intensiva Neonatal (CETIN), que se disponibilizaram como participantes essenciais para a construção do conhecimento e o despertar para um cuidado de enfermagem humanizado.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua fidelidade em todos os momentos da minha vida, pois Ele tem cuidado de mim, colocando suas mãos protetoras sobre minha vida e me alcançado todas essas bênçãos.

Aos meus pais, Fernando e Liduina, que tanto oram e torcem por mim, sem eles não teria tido nenhuma oportunidade de chegar a lugar nenhum.

À minha querida e amada esposa, Anistely, que está todos os dias ao meu lado me apoiando e me incentivando. Você é a minha maior e especial incentivadora.

Ao meu lindo e muito amado filho, Nicolas, tudo de bom que Deus me presenteou. E por sua presença constante ao meu lado, por isso agradeço muito pela sua vida.

À minha segunda família com quem convivo todos os momentos, minha sogra, sogro, cunhados e sobrinhos, que fazem parte da minha história. Agradeço os incentivos constantes, quando as lutas da vida querem me abater, minha eterna gratidão.

À minha amiga, Aline Mendonça, que me incentivou a entrar na pós-graduação, sempre solícita e não mede esforços em me ajudar.

Ao meu amigo e irmão em cristo, Marcos Barbosa, pessoa ímpar, sempre a me ajudar quando preciso, a você minha gratidão.

Ao meu orientador, Dr. João Amaral, pela postura e compreensão que esteve todo esse tempo acompanhando-me neste desafio.

À minha amiga e coorientadora, Dra. Márcia Coelho, que me incentivou muitas vezes, quando passei por dificuldades, e com palavras de ânimo, sempre me impulsionava para continuar com otimismo.

À minha turma que, sempre muito unida, não media esforços para nos ajudar quando o outro precisava. Turma inesquecível que com certeza, sempre lembrarei dos momentos bons que vivemos.

Ao corpo docente, por suas contribuições, em especial, ao nosso coordenador, Carlos Henrique, pela dedicação e referências durante todo o curso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa durante todo o período de realização deste mestrado.

Ao Centro de Estudos do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), pela atenção e disponibilidade com que me ajudaram nas orientações quanto ao Comitê de Ética e Pesquisa.

## RESUMO

A hospitalização do recém-nascido faz-se necessária, quando as condições de saúde requerem assistência imediata para o seu restabelecimento. As ações humanizadas na unidade neonatal têm sido desenvolvidas, a fim de tornar menos dolorosa a separação pais-filho, quando este necessita de suporte tecnológico e equipe de profissionais capacitados. Objetivou-se analisar a percepção e conhecimentos da equipe de enfermagem sobre a promoção do cuidado humanizado ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Trata-se de estudo qualitativo, realizado em hospital público, de grande porte, nível terciário, em Fortaleza-CE-Brasil, nos meses outubro e novembro de 2015, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Protocolo nº 1.191.339. Os sujeitos foram 14 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem atuantes na assistência ao neonato. Os dados coletados, por meio de entrevista semiestruturada, consistem dados de identificação e cinco questões norteadoras, que permeiam o conhecimento da equipe de enfermagem acerca do cuidado e a promoção da assistência humanizada na UTIN. Ademais, utilizou-se observação não participante e diário de campo. Para análise, buscou-se a técnica de Bardin, que se extraíram das falas três categorias: “Cuidar do ser humano”, “Contribuições de enfermagem para o cuidado humanizado” e “Fatores que interferem na qualidade do cuidado humanizado”. Os resultados revelaram que a equipe de enfermagem compreende a humanização como elemento indispensável para o cuidado integral ao bebê e família, o que se observou desde as intervenções de acolhimento, ao restabelecimento do processo saúde-doença do neonato. Os profissionais apresentaram conhecimentos acerca do cuidado humanizado, desempenharam suas ações de forma consciente, orientada e sensibilizada, quanto à qualidade da assistência ao neonato e aos pais que enfrentam os desafios inerentes ao processo de internação. Conclui-se que a atuação desses profissionais permeia o cumprimento aos regulamentos da Política Nacional de Humanização no que concerne o cuidado humanizado ao recém-nascido, família e ambiência neonatal. Acredita-se que tais atitudes minimizam o impacto causado pelas características da doença, tratamento, bem como os fatores estressantes.

**Palavras-chave:** Recém-nascido. Enfermagem Neonatal. Humanização da assistência. Cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

Hospitalization of the newborn is necessary when health conditions require immediate assistance for their recovery. Humanized actions in the neonatal unit have been developed in order to make it less painful separation parent-child when it needs technological support and team of trained professionals. It was aimed to analyze the perception and knowledge of the nursing team on the promotion of humanized care for newborn in a Neonatal Intensive Care Unit . It is a qualitative study conducted in a public hospital, large, tertiary level, in Fortaleza, Brazil, in the months October and November 2015, after approval by the Research Ethics Committee, under Protocol N. 1,191,339. The subjects were 14 nurses and 20 nursing technicians working in neonatal care. The data collected through semi-structured interviews consist identification data and five guiding issues that permeate the knowledge of the nursing team about the care and promotion of humanized care in the UTIN. In addition, we used non-participant observation and field diary. For analysis, we sought to Bardin technique that extracted the three categories lines: “Taking care of the human person”, “nursing contributions to the humane care” and “Factors that affect the quality of humanized care.” The results showed that the nursing team understands humanization as an indispensable element for the comprehensive care to the baby and family, which was observed from the speeches of welcome, restoring health and disease of the newborn process. The professionals had knowledge of the humanized care, played their actions conscious, oriented and appreciative way about the quality of neonatal care and parents who face the challenges inherent in the admission process. We conclude that the performance of these professionals permeates compliance with the regulations of the National Humanization Policy regarding humanized care to the newborn, family and neonatal ambience. It is believed that such actions minimize the impact caused by the characteristics of the disease treatment as well as stressors.

**Keywords:** Newborn. Neonatal Nursing. Humanization of assistance. Nursing care.



## RESUMEN

La hospitalización del recién nacido es necesaria cuando las condiciones de salud requieren asistencia inmediata para su recuperación. acciones humanizadas en la unidad neonatal se han desarrollado con el fin de hacerlo menos doloroso para la separación de los padres, cuando se necesita apoyo tecnológico y el personal de profesionales capacitados. Este estudio tuvo como objetivo analizar la percepción y el conocimiento del personal de enfermería en la promoción de la atención humanizada para los bebés recién nacidos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Se trata de un estudio cualitativo realizado en un hospital público, nivel terciario grande, en Fortaleza, Brasil, en los meses de octubre y noviembre de 2015, después de la aprobación por el Comité de Ética de la Investigación, en virtud del protocolo N° 1.191.339. Los sujetos fueron 14 enfermeros y 20 técnicos de enfermería que trabajan en la atención neonatal. Los datos recogidos a través de entrevistas semiestructuradas, los datos consisten en la identificación de cinco preguntas de orientación que impregnan el conocimiento del personal de enfermería en relación con el cuidado y la promoción de la atención humanizada en la NICU. Además, se utilizó la observación no participante y el diario de campo. Para el análisis, tratado de Bardin técnica que extrae las tres categorías de líneas: “cuidar del ser humano”, “contribuciones de enfermería en el cuidado humano” y “Factores que afectan a la calidad de la atención humanizada”. Los resultados mostraron que el equipo de enfermería comprenden la humanización elemento indispensable para la atención integral a la bebé y la familia, que ha sido observada desde los discursos de bienvenida, la restauración de la salud y la enfermedad del proceso recién nacido. Los profesionales tuvieron conocimiento de la atención humanizada, jugaron sus acciones de manera consciente, orientado y agradecido por la calidad de la atención neonatal y los padres que se enfrentan a los retos inherentes en el proceso de admisión. Está claro, por tanto, que estos profesionales impregna el cumplimiento de la normativa de la Política Nacional de Humanización. Llegamos a la conclusión de que la atención humanizada aplicada en este ambiente es esencial para el recién nacido y la familia, ya que minimiza el impacto causado por las características de la enfermedad, el tratamiento y los factores estresantes de la UCIN.

**Palabras clave:** Recién nacido. Enfermería neonatal. Humanización de la atención. Cuidados de enfermería.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BP	Baixo Peso
CTINE	Centro de Terapia Intensiva Neonatal
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
HP	Hipertensão pulmonar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade gestacional
MC	Método Canguru
NAVI	Núcleo de Assistência a Via Infantil
NO	Oxido nítrico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAD	Programa de Assistência Domiciliar
PAVD	Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar
PAVIC	Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica
PICC	Cateter central de inserção periférica
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-nascido
RNBP	Recém-nascido baixo peso
RNMBP	Recém-nascido de muito baixo peso
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RNT	Recém-nascido a termo
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SDR	Síndrome do desconforto respiratório
SMH	Síndrome membrana hialina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	11
1.1	Aproximação com a temática.....	11
1.2	Delimitações do objeto de estudo e problema de pesquisa.....	12
2	OBJETIVOS .....	17
2.1	Objetivo geral.....	17
2.2	Objetivos específicos .....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA .....	18
3.1	Neonatologia: conceitos e evolução histórica .....	18
3.2	Resgate histórico da Política Nacional de Humanização .....	23
3.3	Recém-nascido: internação na UTI neonatal .....	28
3.4	Humanização do cuidado: desafios da equipe de enfermagem.....	31
4	PERCURSO METODOLÓGICO .....	35
4.1	Natureza da pesquisa.....	35
4.2	Cenário e sujeitos da pesquisa.....	35
4.3	Construção dos dados.....	36
4.4	Análise dos dados.....	38
4.5	Aspectos éticos.....	39
5	APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	40
5.1	Caracterização dos participantes .....	40
5.2	Delineamento das categorias e subcategorias .....	42
6	DISCUSSÃO .....	52
6.1	Caracterização dos participantes .....	52
6.2	Delineamento das categorias e subcategorias .....	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS .....	68
	APÊNDICES.....	76
	APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	77
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	79
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PROFISSIONAL .....	80
	ANEXOS .....	82
	ANEXO A – CRITÉRIOS CONSOLIDADOS PARA RELATAR ESTUDOS QUALITATIVOS (COREQ).....	83

ANEXO B – TERMO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR E AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO.....	85
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	87

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aproximação com a temática

A trajetória de aproximação com a temática iniciou-se em 2010, ainda acadêmico no curso de graduado em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), quando bolsista do programa aluno voluntário de iniciação científica (PAVIC) e integrante no “Projeto Qualidade de Vida na Saúde do Binômio Mãe e Filho”. Como monitor da disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente também tive a oportunidade de participar da pesquisa sobre o cuidado na temperatura corporal do recém-nascido pré-termo (RNPT) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Ao longo das atividades acadêmicas, vivenciei com muita intensidade a busca do conhecimento, permitindo maior aprendizado e compreensão quanto à assistência ao recém-nascido (RN). Como bolsista no grupo de pesquisa participei de estudos e eventos relacionados à assistência neonatal, e realizei estágio extracurricular em hospital com especialidade em atendimento obstétrico e neonatal de alta complexidade. Essas experiências permitiram se envolver com a complexidade da Neonatologia, o que favoreceu impactos nas decisões futuras e sendo determinante na atuação profissional.

O interesse, a curiosidade e a vontade em aprofundar os conhecimentos por essa temática pode ser melhor compreendido pela descrição da trajetória profissional do autor. Em 2011, surgiu a oportunidade para exercer a assistência no Centro de Terapia Intensiva Neonatal (CTINE), em um hospital de referência.

Como enfermeiro, recém-formado, atuando em unidade de internação neonatal (UTIN), surgiram inquietações acerca da capacitação profissional para assegurar assistência neonatal, mediante tamanha complexidade de atenção ao recém-nascido (RN). Sensibilizado com a fragilidade e vulnerabilidade da clientela, buscou-se constantemente o aperfeiçoamento por meio de cursos de capacitação específica, participação em eventos, com o intuito de idealizar um planejamento de cuidado humanizado ao RN de risco e seus familiares.

Considerando que o enfermeiro pode ser o mediador no processo, aliado a competência ao cuidado humanizado com vistas a suprir esse déficit de conhecimento, pois dentre muitas atividades da Enfermagem, o enfermeiro, no seu cotidiano, desempenha funções de educador, além de prestar cuidados.

Nessa trajetória profissional, rotineiramente confrontam-se com situações que nos sensibiliza mediante as necessidades do RN e a oferta de assistência dispensada em serviços

de saúde, principalmente, para os nascidos com saúde comprometida que requerem atenção especializada, intervenções terapêuticas que favoreçam sua sobrevivência.

Neste seguimento, ocorreu o despertar para o Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal, o que permitiu a qualificação e aperfeiçoamento técnico-científico, ocasionando o aprimoramento das práticas assistenciais, bem como o senso crítico para melhoria no processo de cuidar.

Além disso, o ingresso, em 2014, no Curso de Mestrado em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará (UFC) impulsionou à vida acadêmica, o que favoreceu o desempenho na docência, bem como a inserção na Faculdade de Enfermagem, para a missão de ensinar àqueles que idealizam a profissão que zela pelo cuidado.

Nesta busca constante pelo saber, acredita-se que se deva promover uma assistência, permeada de conhecimento científico e sensibilidade para a humanização do cuidado, haja vista a complexidade das práticas desenvolvidas no âmbito da neonatologia. Diante da complexidade que consiste o ato de cuidar, é indispensável que os profissionais de enfermagem atuem de modo complementar e interdisciplinar.

A partir desse pensamento e interesse pelo tema, instigou otimizar a assistência ao neonato, sobretudo, contribuir com a equipe de profissionais, no contexto hospitalar, responsáveis pelo cuidado humanizado no planejamento das ações de enfermagem.

## **1.2 Delimitações do objeto de estudo e problema de pesquisa.**

O recém-nascido (RN) enfermo é separado bruscamente de sua mãe e encaminhado para uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a busca de um atendimento assistencial de qualidade, o que tem reduzido os índices de mortalidade e, sobretudo, a melhora significativa da sobrevivência humana.

A internação hospitalar está relacionada ao aumento de incidência de RN prematuros, nascimentos de baixo peso, malformações congênitas e, por sua vez, suas necessidades podem estar relacionadas às disfunções que afetam os sistemas vitais como respiratório, circulatórios, digestório, que pode evoluir com hipossaturação, apneia, hipotermia, hemorragia intracraniana, distúrbios metabólicos e dentre outras complicações.

Considera-se recém-nascido prematuro (RNPT) aquele apresenta idade gestacional < 34 semanas e recém-nascido de baixo peso (RNBP) aquele, ao nascer, com peso < 1.800 g (TAMEZ; SILVA, 2009). Dentre as malformações congênitas, destacam-se os diagnósticos de Mielomeningocele, Onfalocele, Atresias do trato gastrointestinal, cardiopatias

congênitas, hérnia diafragmática e outros, que necessitam de cuidados imediatos, bem como de intervenções cirúrgicas. Tal problemática se insere no contexto da mortalidade infantil, o que justifica a necessidade de atenção ao grupo de RN que usufruem maiores cuidados.

A ocorrência de óbitos neonatais, causado por afecções perinatais, tem levantado preocupações, uma vez que as causas relacionadas à interrupção precoce da gravidez ou ao crescimento intrauterino tardio estão frequentemente associadas à má qualidade dos serviços de assistência pré-natal (ROCHA *et al.*, 2011a).

O coeficiente de mortalidade infantil é um dos mais importantes indicadores de saúde utilizados universalmente para medir o nível de saúde de uma população e, indiretamente, seu desenvolvimento e qualidade de vida. As causas responsáveis pela morte neonatal entre recém-nascidos de termo (RNT) são na maioria das vezes diferentes das causas que acometem os prematuros (GRANZOTTO; FONSECA; LINDEMANN, 2012).

Estima-se que a mortalidade perinatal mundial seja em torno de 7,5 milhões a cada ano, sendo a maioria nos países em desenvolvimento, e, destas, quatro milhões ocorrem no período neonatal, sendo três quartos na primeira semana de vida. As causas diretas estimadas são: prematuridade, infecções severas, asfixia e tétano neonatal (GRANZOTTO; FONSECA; LINDEMANN, 2012). Entretanto, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de óbitos foi diminuído de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990, para 15,6 em 2010 (BRASIL, 2012b).

Com a evolução da terapêutica e dos cuidados ofertados aos neonatos na UTIN ampliou-se o universo da assistência mais qualificada e mais moderna. Fato que torna, assim, o marco na assistência ao RN, contribuindo, então, a sobrevivência (OLIVEIRA, 2009).

O estudo de Sá Neto e Rodrigues (2010) ressaltou que o cuidado ao neonato apresentou grandes progressos, a partir da década de 1960, com a origem das UTIN. Nessa ocasião, novos conhecimentos, equipamentos, tratamentos e técnicas foram introduzidos no cuidado neonatal, contribuindo para a redução da taxa de mortalidade nestes grupos e proporcionando, conseqüentemente, um aumento da sobrevida.

A tecnologia inserida nos processos de trabalho, tanto no ambiente como nas relações interpessoais, se apresenta com a finalidade de proporcionar resultados positivos. No contexto da saúde, ao mesmo tempo em que traz inovações contribuindo em alternativas terapêuticas, por outro lado, pode “atrapalhar” o cuidado humanizado.

As tecnologias implantadas nas UTIN devem ser utilizadas e valorizadas, uma vez que são primordiais ao tratamento e cuidado da criança, de modo que o foco deve sempre ser o paciente e sua família, preocupando-se com seu bem-estar e sua qualidade de vida. Portanto,

é necessário que os profissionais atuantes nessa ambiência sejam capacitados para manusear os aparelhos adequadamente.

Tais estimativas podem corroborar com as mudanças que vem ocorrendo nas UTIN, as quais tem se apresentado como um ambiente inovador, no qual os avanços e a intervenção profissional acontecem-nos mais diferenciados graus de complexidade, voltando-se principalmente à recuperação do bebê. Esse contexto trouxe possibilidades de melhora no atendimento ao neonato, culminando com a viabilização de bebês considerados inviáveis, como os que nasciam prematuramente e de baixo peso (SILVA, 2014).

Os avanços obtidos são estarrecedores, no que se refere à sobrevivência crescente de bebês cada vez mais prematuros e daqueles portadores de malformações. Com essas necessidades afetadas, o RN é submetido aos procedimentos invasivos e dolorosos que acarretam estresse, risco para iatrogenias e infecções, além de implicar maiores dias de permanência no nosocômio. Afirma-se que as possibilidades para o surgimento dessas consequências são provenientes da própria condição fisiológica do RN ou provocadas pelo uso da terapêutica, ambiência e pela atuação da equipe de profissionais na unidade neonatal (RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014).

A equipe de saúde da UTIN, que lida com situações emocionais difíceis, deve ser sensibilizada para manter a família informada sobre as necessidades do RN, informar o estado clínico e tratamento ao qual o neonato será submetido. A sobrevivência desses bebês impõe um desafio aos profissionais: a missão de devolver as famílias e à sociedade uma criança capaz de desenvolver de maneira plena seu potencial afetivo, cognitivo e produtivo (COSTA; PADILHA; MONTECELLI, 2010).

Nesse sentido, a Enfermagem destaca-se como ciência que vislumbra o bem-estar do indivíduo na condição da individualidade de cada ser humano, família ou comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde (CAMPOS; MELO, 2011). Sendo assim, os enfermeiros necessitam comprometer-se em seu papel de cuidador e educador, valorizando o ser humano conforme suas potencialidades e vivências, transformando a prática em processos dinâmicos, participativos e solidários.

A esse respeito, observam-se os esforços realizados pelos profissionais de Enfermagem, no sentido de humanizar o cuidado em UTIN, sendo tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante (MARTINS *et al.*, 2011). Neste contexto, a equipe de Enfermagem tem se destacado na prestação de



cuidados humanizados, além de transmitir as informações com clareza e objetividade, no nível de entendimento dos pais, respeitando suas crenças e valores.

Atualmente, a literatura tem ressaltado as políticas públicas direcionadas para assistência humanizada, favorecendo a diminuição dos índices de mortalidade neonatal. Como eixo de atuação nestas unidades, o Ministério da Saúde idealizou a Política Nacional de Humanização (PNH), que vislumbra o modelo assistencial humanizado, com estratégias que propõem melhoria da assistência ao cliente, bem como a valorização e crescimento profissional, com a participação nos processos de discussão, além de preconizar a gestão participativa e educação permanente aos integrantes nas unidades de saúde (SOUZA; FERREIRA, 2010).

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar tecnologia disponível com a promoção de acolhimento, respeito ético e cultural ao paciente (CAMPOS; MELO, 2011). No intuito de atender a essas diretrizes das políticas públicas, percebe-se que a equipe de profissionais tem modificado sua práxis, frente às mudanças no sistema de saúde.

Essas considerações causam inquietações para quem atua em UTI Neonatal, percebendo a fragilidade e vulnerabilidade do neonato, decorrentes de suas necessidades afetadas, bem como a dependência da aplicação de tecnologias, que muito tem contribuído a sobrevida. Entretanto, na maioria das vezes, o foco do cuidado é desviado para a maquinaria ao seu redor e sua condição de doença, pois, nesse ambiente, a equipe está voltada para dominar e manipular as ferramentas que auxiliam o cuidar (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009). Ademais, percebe-se a importância da sincronia do cuidado humanizado com a delicadeza e precisão pela equipe de Enfermagem.

A vivência profissional em unidade neonatal confronta-se com a assistência dispensada ao RN comprometido e, por sua vez, assistência a ser realizada de forma integral, de qualidade para promover a recuperação da saúde. Nesse sentido, deve-se garantir não só a sobrevivência desses bebês, mas, sobretudo, os mecanismos de proteção, neutralizando os fatores de risco para seu pleno desenvolvimento. Deve-se, portanto, minimizar os efeitos da hospitalização, bem como a necessidade de ampliar o cuidado, estendendo-se a família.

O interesse por esta temática coincide com o despertar para prática assistencial de Enfermagem e as evidências científicas que sinalizam o avanço da atenção neonatal, juntamente com a implementação de tecnologias complexas para condução clínica e cuidado ao bebê. Mediante essas considerações, surgem as seguintes indagações:

Qual a percepção dos profissionais de Enfermagem acerca da humanização da assistência ao recém-nascido internado em UTIN? As práticas de cuidado humanizado ao recém-nascido estão sendo implementadas pela equipe de Enfermagem, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde?

Considera-se que a humanização da assistência vem sendo abordada com crescente relevância, trazendo discussões significativas para a retomada desses valores éticos e morais, sobretudo, a atuação dos profissionais de Enfermagem que lidam diretamente com pacientes críticos.

Espera-se que os resultados deste estudo apontem meios para promover melhorias no atendimento aos RN internados em UTIN. Assim, as possíveis lacunas na assistência poderão direcionar para o aprimoramento das intervenções de cuidado, humanização dos serviços em saúde, bem como subsidiará programas de capacitação aos profissionais de enfermagem que lidam diretamente com essa clientela.

Nessa perspectiva, acredita-se que a desenvoltura da equipe de Enfermagem, no intuito de uma assistência de qualidade ao RN, bem como o convívio com os pais, por meio de uma comunicação efetiva, implicará menor tempo de internação, maior índice de sobrevida, menores sequelas ao RNPT e maior vínculo entre familiares.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a percepção e conhecimentos da equipe de enfermagem sobre a promoção do cuidado humanizado ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Compreender o significado do cuidado humanizado ao recém-nascido atribuído pela equipe de enfermagem que atua na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- Identificar o conhecimento sobre a promoção do cuidado humanizado ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- Descrever a prestação do cuidado humanizado ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- Verificar as dificuldades e aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Neonatologia: conceitos e evolução histórica

A Neonatologia foi definida como ciência, tratamento e diagnóstico dos distúrbios do recém-nascido. Para melhor compreensão dos termos gregos, *neo* significa novo, *nato*, nascimento, e *logos*, estudo (LOHMANN, 2011).

Assim, Goulart (2004) define recém-nascido (RN) como produto da concepção, independentemente da duração da gravidez, expulso ou extraído do corpo da mãe, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, com batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos.

A Neonatologia inicia-se como disciplina em Chicago (USA), pelo pediatra Julius Hess, em 1914, ao criar o centro de recém-nascidos para prematuros. Em 1916, havia uma disputa entre os obstetras e pediatras já que o recém-nascido não tinha um atendimento de uma especialidade específica (LOHMANN, 2011).

A Neonatologia surge como especialidade médica no século XXI (CHAFFER, 1997) e introduzida na nomenclatura médica, em 1963, por Alexander Shaffer, considerada uma sub especialidade da Pediatria (SOUZA, 2011). Nesta época, a taxa de mortalidade infantil atingia 85-95% para os RNPT, considerada alta como também os neonatos eram ignorados pela sociedade. Desta forma, esperava que os recém-nascidos prematuros e os nascidos com malformações fossem a óbito, havendo assim, uma seleção natural de sobrevivência (PEDRON; BONILHA, 2008).

Ao longo do tempo, pode-se acompanhar a evolução desse ramo da pediatria e o aprimoramento das atividades inerentes, de modo padronizado e confiável, no sentido de melhorar a saúde do neonato, acompanhar as fases da criança, na prevenção de doenças, esclarecendo sobre vacinação, alimentação, higiene, consequências e ações imediatas para manutenção da vida.

Lembra-se também que os cuidados com os recém-nascidos e as doenças associadas eram descritas nos livros de obstetrícia, sendo que o Obstetra Pierre Budin (1846-1907) e Sterphane Tarnier (1828-1897), em Paris, criaram o primeiro ambulatório de puericultura, anexo à maternidade do “Hospital La Charité”. Destaca-se que, em 1888, Budin foi o primeiro autor a publicar sobre a prematuridade, bem como divulgou o aleitamento artificial. Tarnier foi responsável pela criação da primeira incubadora, em 1878, sendo aperfeiçoada por Budin (SOUZA, 2011).

Contudo, Budin resolveu estudar e se preocupou com algo a mais relacionado à sala de parto e o nascimento. Logo, vislumbrou outras necessidades do bebê, como o controle da temperatura corpórea e o uso da incubadora, tempo de gestação, alimentação, higiene e, principalmente, a presença da mãe, para a relação de sobrevivência dos bebês. Logo, em 1888, Karl Siegmend Crédé introduziu o uso do Nitrato de Prata, utilizado até o momento atual, com a finalidade da prevenção da conjuntivite neonatal (LOHMANN, 2011).

Budin publica seu livro chamado “Le Nourrissons” (A enfermaria), em 1900, o que o torna reconhecido, dentre a Neonatologia. Com seus estudos, os avanços técnicos científicos iniciavam a redução das taxas de mortalidade e morbidade neonatal. Em 1938, o pediatra Julius Hess destacou a Enfermagem Neonatal pelo seu papel na redução dos índices de mortalidade, destacando as Especializações nessa área (LOHMANN, 2011).

Dentre a evolução dos acontecimentos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, adotou o conceito clássico de prematuridade, proposto por Arvo Ylpoo, que considera prematuro todo RN, com peso ao nascimento inferior a 2.500g, excluindo a idade gestacional (IG) (OLIVEIRA, 2005). Ressalta-se que idade gestacional (IG) significa a duração média da gestação, calculada a partir do primeiro dia do último período menstrual normal – muito próxima de 280 dias ou 40 semanas (GOULART, 2004).

A OMS estabeleceu que RN prematuro é toda criança nascida até 36 semanas e seis dias de IG, considerando o RN a termo todo aquele nascido entre 37 a 41 semanas e seis dias de IG e o pós-termo, o nascido com tempo superior a 42 semanas de IG. Outra classificação se baseia em dois critérios: peso do nascimento e a IG. Denominam-se RN de baixo peso (RNBP), quando o peso for inferior a 2.500g; muito baixo peso (RNMBP), quando menor que 1.500 g e muito muito baixo peso (RNMMBP) ou extremo baixo peso (RNEBP), quando abaixo de 1.000 g (OLIVEIRA, 2005).

Posteriormente, com o aumento de casos de prematuridade, a OMS, deu ênfase a IG, denominou outras classificações: Recém-nascido prematuro é classificado limítrofe, quando a IG estiver situada entre 36 semanas e 36 semanas e seis dias; prematuro moderado, quando estiver entre 31 semanas e 35 semanas e seis dias de IG; e prematuro extremo, quando estiver entre 24 semanas e 30 semanas e seis dias de IG (OLIVEIRA, 2005).

À medida que os especialistas reconheceram a importância desta ciência, favoreceram descobertas e criações foram desenvolvidas. Entre 1949 e 1959, foi identificada a Doença da Membrana Hialina, decorrente da imaturidade pulmonar e a deficiência da produção endógena do surfactante (LOHMANN, 2011).

Rodrigues e Oliveira (2004) descrevem que na África, em 1957, o primeiro recém-nascido foi mantido em ventilação mecânica, por meio de traqueostomia, e sobreviveu por 10 dias. Nesta década, havia preocupações sobre os cuidados à criança prematura, destacando-se procedimentos avançados, bem como as ciências Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição, como importante fonte de trabalho, tanto na assistência, como suporte ventilatório e alimentação específica.

Em 1957, Virgínia Apgar cria uma estratégia de avaliação do RN nos cinco primeiros minutos de vida (LOHMANN, 2011). Reconhecidos como escore de Apgar que avalia as condições do bebê ao nascer, no primeiro, quinto e décimo minuto de vida. São avaliados a frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, prontidão reflexa e cor da pele (MOREIRA, 2014).

Assim, tornou-se uma rotina nas maternidades brasileiras, ainda na sala de parto, considerado método que melhor avalia as condições de vitalidade do neonato, sua adaptação à vida extrauterina e determina se ele precisa ou não de assistência médica imediata.

Após o nascimento, dependendo da avaliação rápida da frequência respiratória (FR) e frequência cardíaca (FC) do neonato, caso apresente condições associadas à asfíxia perinatal, pode ocorrer à necessidade de manobras de reanimação neonatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2013). Por sua vez, a reanimação ao recém-nascido consiste de ventilação e a massagem cardíaca de forma sincrônica, mantendo a relação de 3:1, ou seja, três movimentos de massagem para um movimento de ventilação, com uma frequência de 120 eventos por minuto (90 movimentos de massagem e 30 ventilações) (SBP, 2013).

A reanimação em neonatos lançada pela Academia Americana de Pediatria é um procedimento que requer agilidade e habilidade dos profissionais que conduzem. Entretanto, enfermeiras que fizeram especialização na área, receberam seus certificados de Especialistas em Neonatologia (LOHMANN, 2011).

Na década de 60, os estudos com o neonato tomaram rumo crescente, bem como os cuidados assistenciais. Surge à primeira unidade de cuidados intensivos cirúrgicos, quando, em 1963, falece o filho do presidente dos Estados Unidos, com 34 semanas de gestação, pesando 2.100 g, com a Síndrome da Membrana Hialina (SMH), o que implicou ao Governo investir no aprimoramento tecnológico (LOHMANN, 2011).

Na década de 80, foram inseridos os exames radiológicos, a evolução de pesquisas sobre o tratamento do surfactante na SMH, a monitorização por oxímetria de pulso, dentre outros equipamentos e suporte terapêuticos (LOHMANN, 2011). Vale ressaltar que o oxímetro é útil para avaliar de forma contínua a FC e a perfusão periférica (SBP, 2013). A

cada ano, percebe-se uma diversidade de aparato tecnológico para favorecer a implementação terapêutica ao RN crítico, destacando-se o uso de surfactante, óxido nítrico inalatório (NOi) e antibióticos de amplo espectro.

Desde que Fujiwara publicara os primeiros resultados promissores da reposição de surfactante na SDR, esta terapia tornou-se prática rotineira em unidades neonatais que atendem aos prematuros, tendo modificado completamente a história natural desta síndrome (FREDDI; PROENÇA FILHO; FIORI, 2003).

Em relação à aplicação de NOi, como vasodilatador pulmonar seletivo, indica-se às doenças que levam à hipertensão pulmonar (HP), apresentando efeitos benéficos sobre as trocas gasosas e a ventilação, melhora a perfusão e aumenta o desempenho cardíaco direito, principalmente as cardiopatias congênitas (BARALDI; FILIPPONE, 2007).

Sucessivamente aos estudos e os avanços da tecnologia, iniciaram-se os descritos desta modalidade de cuidado registrando a sobrevida dos recém-nascidos. Foi, então, se percebendo a constante transformação na área da saúde com os avanços tecnológicos, farmacêuticos e assistenciais e com isso, juntamente com a equipe multidisciplinar, foi favorecendo maior índice de sobrevida ao RNPT. Todo cuidado destinado aos bebês visa o intuito de promover uma melhoria neonatal e de natalidade.

Compreende-se que com a tecnologia e as mudanças na terapêutica refletiram em maiores taxas de sobrevida do RN, cada vez mais imaturo e com menor peso de nascimento, o que implicou as unidades neonatais aplicarem normas e rotinas direcionadas à obtenção de melhores padrões de atenção e evolução da assistência.

Desta forma, as pesquisas e atividades para o controle de infecção se intensificaram, e a primeira atitude foi diminuir o tempo dos pais junto aos seus filhos, com a separação mãe e filho. Criaram-se, então, normatizações para o controle de infecções e o RN passou a ser estudado pelos profissionais da área neonatal (SOUZA, 2011).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram criadas e estruturadas, a partir da complexidade do conhecimento biomédico, avanço tecnológico e qualificação do cuidado em saúde, uma vez que possibilitam aumentar as chances de se recompor as condições estáveis do paciente e de propiciar sua recuperação e sobrevivência (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

No Rio Grande do Sul, na década de 60, já existiam registros de enfermeiros e auxiliares de enfermagem no cuidado de recém-nascidos. Desta forma, surgem em 1978 as Unidades Neonatais, consideradas dentre as primeiras no Brasil, e a partir desta data, iniciava a luta pela redução da mortalidade neonatal e materna (PEDRON; BONILHA, 2008).

Esse processo de mudança no Brasil suscita a necessidade de novos olhares e ações voltadas às diversas áreas de atenção à saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito de instituições hospitalares. Por sua vez, a assistência ao neonato merece atenção especial com visão voltada para promoção da saúde.

Visando o cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, essas unidades são dotadas de estruturas assistenciais que possuem condições técnicas adequadas à prestação de assistência humanizada e especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, segundo o art. 6º da Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde preconiza a classificação das unidades de internação neonatais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), também conhecidas como Unidades Semi-Intensiva, destinadas ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco, que demandam de assistência contínua de menor complexidade.

A Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) nas unidades hospitalares tem infraestrutura física e material que permite acolher mãe e filho para prática do Método Canguru, com repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.

Estudo de Silva *et al.* (2011) menciona que a promoção da saúde está inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico.

Torna-se fundamental atualizações nas práticas de cuidar, bem como o treinamento continuado dos profissionais de saúde que participam do cuidado ao neonato, para otimização da assistência nesse período crítico. Portanto, a equipe de profissionais que acompanha a internação deve ter conhecimento e sensibilidade para prever o melhor momento para implementar as intervenções terapêuticas e sistematizadas.

Ressalta-se que o trabalho em equipe, com papéis bem definidos e estabelecidos para cada membro, é essencial. Nesse contexto, dá-se ênfase as mudanças na assistência neonatal, mediante a idealização das políticas públicas que tem permitido melhoria na área de saúde, como por exemplo, o atendimento universal e integral, o aumento da eficácia no atendimento às questões epidemiológicas e sanitárias, bem como o apoio a assistência humanizada ao cliente



### **3.2 Resgate histórico da Política Nacional de Humanização**

Ao longo da história humana, o conhecimento político foi e continua sendo desenvolvido e aprimorado, por tratar-se de conhecimento e prática que interferem na vida dos cidadãos. Contudo, enfatiza-se que as profissões são construções sociais que se situam no tempo e no espaço daquilo que se chama sociedade.

A forma como uma profissão é vista e valorizada é determinada por seu contexto histórico. Neste tópico, destaca-se a atuação da Enfermagem como prática profissional reconhecida no estabelecimento da política de humanização no Brasil, vista como uma das dimensões fundamentais para a construção de uma política de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de operar de modo transversal a rede SUS (BRASIL, 2012).

Espera-se, portanto, que o Sistema de Saúde torne-se eficaz diante da qualidade do relacionamento humano estabelecido entre os profissionais e os usuários no processo de atendimento hospitalar, sendo importante ter atenção e vínculo, devem-se garantir os direitos dos usuários e seus familiares, estimular que eles se coloquem como atores do sistema de saúde, conquistar melhores condições para que os profissionais efetuem seus de modo digno e criador de novas ações (BRASIL, 2004).

O tema da participação em saúde igualmente assume novos contornos, ampliando-se na direção da inclusão protagonista e corresponsável dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A PNH, através da Portaria n° 693, de 05 de julho de 2000, surge como uma proposta para novos modos de fazer, como um cuidar de si e do outro que prescinde da tutela e do moralismo, que problematiza os imperativos e questiona o lugar de detentor do saber a que os profissionais de saúde tão facilmente se ocupam. Também se propõe uma aposta na criação de sujeitos, de novos modos de estar no mundo, de negociação permanente na construção da saúde como bem comum (MARTINS; LUZIO, 2011).

As diretrizes da PNH são orientadas pelos seguintes princípios: valorização dos diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) implicados no processo de produção de saúde, viabilização da participação dos trabalhadores no processo de gestão, mudança nos modelos de atenção, identificação das necessidades de saúde, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, bem como o compromisso com a ambiência das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Acredita-se que, para humanização, tornar-se viável nos serviços de saúde, pressupõe transcender a usual produção de saúde voltada apenas para a cura plena, de forma a

direcionar a operacionalização de práticas que visam à satisfação do usuário por meio de um atendimento de qualidade, permitindo a “escuta” das dificuldades dos pacientes e sua resolubilidade, ou seja, praticando o cuidado integral (BARROS; QUEIROZ; MELO, 2010).

Nesta perspectiva, a política de humanização deve ser trabalhada como um elemento de transversalidade para o SUS, a qual deve permear desde a recepção e acolhimento do usuário no sistema de saúde, até o planejamento e gestão das ações e estratégias (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

A Humanização, como uma política, apresenta alguns princípios e modos nas relações profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as unidades e os diferentes serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Tais processos de relações devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, como também com a produção de sujeitos.

A humanização no contexto da relação profissional de saúde e usuário ou comunidade com a unidade é caracterizada como ser bem tratado, reconhecido, que o tratamento seja conduzido de modo afetuoso, cujos usuários valorizem claramente o vínculo afetivo que se estabelece entre eles e profissionais, quando definem os sentidos da humanização (TRAD; ESPERIDIÃO, 2010).

No intuito de desenvolvimento o processo de humanização hospitalar, criou-se o grupo de trabalho de humanização, que envolve os vários atores de cada instituição na modificação da cultura institucional hospitalar, tornando-a mais humanizada (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010).

Portanto, humanizar significa proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais, o que resultou, em 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSus) (BRASIL, 2004). Nesse sentido, o Ministro da Saúde na época, José Serra, convocou profissionais da saúde para elaboração de um projeto que promovesse mudança no atendimento à saúde, no intuito de melhorar o atendimento hospitalar (BRASIL, 2001).

Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) vem obtendo repercussão, agregando esforços das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde por todo o país.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao neonato (BRASIL, 2012a). Além disso, o manual de atenção e cuidados ao neonato

lançado pelo Ministério da Saúde traz como guia para os profissionais de Saúde, e sobre a atenção nos cuidados ao recém-nascido que preconiza a vigilância e os cuidados humanizados ao RN internados, bem como os diversos cuidados que começam antes do nascimento, com a atenção à saúde da mulher e da gestante (BRASIL, 2012b).

Para compreender a experiência pioneira realizada na Colômbia, Método Canguru, vários serviços hospitalares têm atribuído importância especial ao binômio, no aspecto psicológico, ao contato pele a pele entre a mãe e bebê. Esse modelo de assistência ao recém-nascido surgiu como uma tentativa de mudar a postura na abordagem perinatal com a humanização da assistência prestada.

Como Política Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria n° 693, de 05 de julho de 2000, a norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso Método Canguru, que assegura o binômio mãe-filho aproximação precoce, estímulo de reflexo de sucção, aleitamento materno, acesso ao atendimento e cuidados especializados (BRASIL, 2013b). Reconhecido como guia para equipe de profissionais, normatiza uma assistência humanística, estabelece regras e procedimentos que devem ser conhecidos e seguidos pela equipe interdisciplinar que trabalha em unidades neonatais.

Nesta perspectiva, buscou-se a implantação da humanização na UTIN, uma vez que esse processo propicia a melhoria das práticas cuidadoras, o cuidado comprometido com ética, diálogo e autonomia do paciente e de sua família, maior participação da mãe no cuidado ao paciente, além de que a equipe pode ser solidária no desenvolvimento dos cuidados, respeitando a individualidade do paciente e de cada família (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009). Contudo, os profissionais devem ser estimulados ao aprimoramento e incluídos nos processos, para sentirem-se valorizados e apoiados pela sua instituição.

O método é um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo maior participação dos pais (SBP, 2015), contudo, favorece maior vínculo entre mãe e filho, diminui o tempo de separação mãe-filho, estimula o aleitamento materno, promove melhor desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo, estimulação sensorial adequada do recém-nascido, reduz estresse e dor do recém-nascido de baixo peso, proporciona melhor relacionamento da família com a equipe de saúde, possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado com seu filho (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012). Além disso, melhora controle térmico, diminuição nas infecções hospitalares, menor permanência na internação, favorecendo maior confiança dos pais para cuidar do seu filho, após a alta hospitalar.

Destaca-se que um dos pilares do Método Canguru é o estímulo ao aleitamento materno, incentivando a presença constante da mãe junto ao neonato, e o contato precoce com seu filho. Estudo realizado em hospitais que pratica o Método Canguru demonstrou que o volume de leite diário é maior nas mães que realizam o contato pele a pele com seu bebê e mantêm a amamentação por mais tempo (SBP, 2015).

Vale ressaltar que a aplicação do Método Canguru consiste em três etapas. A primeira etapa inicia no pré-natal na gestação de alto risco, e, após, na internação do recém-nascido prematuro nas UTIN que se destinam a pacientes em estado crítico, com instabilidade hemodinâmica ou das funções vitais, apresentando alto risco de mortalidade. Destacam-se os RN gravemente doentes tais como os prematuros extremos, de muito baixo peso que requerem vigilância clínica, monitorização e/ou tratamentos intensivos.

Nessa ambiência, os pais devem ser acolhidos na Unidade Neonatal, pela equipe que cuidará de seu filho, oferecer livre acesso, informações sobre as condições de saúde, os cuidados dispensados, as rotinas e sobre o funcionamento da unidade. Além disso, os pais devem ser encorajados a tocar no bebê, estimulados a participar do cuidado. Destaca-se que os estímulos ambientais prejudiciais da unidade neonatal, como ruídos, iluminação e odores devem ser atenuados (SBP, 2015).

Na segunda etapa, o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe, em posição canguru, maior tempo possível, o que implica aumento de calor e, conseqüentemente, ganho ponderal e aumento do vínculo afetivo. A mãe participa ativamente dos cuidados do prematuro, adquire total segurança para cuidar do filho no domicílio. A transferência para a terceira etapa exige alguns critérios: mãe estar segura, motivada, orientada e os familiares conscientes dos cuidados necessários para o RN em casa (SBP, 2015).

Na terceira e última etapa, o recém-nascido recebe alta hospitalar e o acompanhamento ambulatorial deve ser assegurado até o peso de 2.500 g. O ganho de peso deve estar adequado durante três dias antes da alta. O bebê deve estar em amamentação exclusiva no seio materno ou, em situações especiais, a mãe e a família devem estar habilitados a realizar a complementação. Após a alta, a primeira consulta deve ser realizada em até 48h, e as demais no mínimo uma vez por semana. O atendimento na unidade hospitalar de origem deve ser garantido até a alta da terceira etapa (SBP, 2015).

A partir da evolução tecnológica, a atuação do enfermeiro amplia sua maneira de cuidar, em prol do cuidado holístico: focaliza um olhar abrangente para além do corpo biológico do neonato, sendo facilitador na promoção do bem-estar físico e emocional do cliente, minimizando a melhor maneira de interação com o RN e sua família.

Considera-se, portanto, que a humanização e qualidade da assistência não podem ser vistas como fenômenos dissociados. Essa ampliação do olhar sobre o método foi de fundamental importância para a sua disseminação no Brasil. Entretanto, outros dois fenômenos também estão inseridos nesse contexto.

Após reconhecimento que o Método Canguru traz inúmeros benefícios para recém-nascido de baixo peso e pais, foi lançado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, em 2004. Este pacto teve o intuito de promover a melhoria da atenção obstétrica e neonatal, através da participação de gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal, com o objetivo de realizar promoção e monitoramento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Primeiro, o crescente reconhecimento, por parte das equipes de neonatologia e equipe multidisciplinar, onde houve avanço na sobrevivência de alguns neonatos de baixo peso, tornando a sobrevivência viável, da importância dos cuidados maternos para a recuperação dos RN e, em segundo lugar, o momento atual no qual a humanização da assistência tem sido apresentada como política nacional do Ministério da Saúde (LAMY *et al.*, 2005).

Recentemente, em 2011, o Ministério da Saúde, reconhecendo iniciativas e acúmulo de experiências em Estados e Municípios, organizou grande estratégia, denominada Rede Cegonha, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil, em todo País, com vistas a reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012).

A Rede Cegonha é um programa lançado pelo Ministério da Saúde que tem o objetivo de atender todas as brasileiras pelo SUS, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (CEARÁ, 2013).

Assim, a Rede Cegonha se propõe garantir a todos RN boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização. Este processo se inicia, quando o RN nasce sem intercorrências, sendo colocado em contato pele a pele com a mãe, recebe estímulo para o aleitamento materno, ainda na primeira meia hora de vida, além do clampeamento tardio do cordão (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

Embora a tecnologia avance velozmente em parceria com as ciências, trazendo inúmeros benefícios, inclusive a Neonatologia, no que tange à utilização de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, necessita-se repensar estes avanços nas unidades de internação neonatais, para não se contemplar somente questões técnicas e biológicas.

Ainda, dentro dos procedimentos que compõem a atenção integral neonatal, atualmente ocorre a realização dos testes de triagem neonatal: pezinho, olhinho e orelhinha,

entre outros. Ressalta, entretanto, que em grande parte do País, tais exames não são realizados de rotina na rede básica de saúde (BRASIL, 2013b).

No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), conforme a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 2012b).

A Portaria MS/GM nº 930, em 3 de setembro de 2012, permeia a nova normativa nacional sobre cuidado neonatal e garante ao RN que, em todas as unidades neonatais brasileiras (públicas e privadas), o livre acesso de seus pais, bem como a permanência de um deles a seu lado, durante todo tempo de internação, seja na UTIN, na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) ou enfermaria mãe canguru (BRASIL, 2012b).

A partir deste entendimento histórico e político da Neonatologia, acredita-se que além do conhecimento científico, a sensibilidade à humanização do cuidado é essencial para os profissionais que atua na UTIN, sobretudo a equipe de enfermagem, haja vista a complexidades das práticas de cuidado desenvolvidas a essa clientela, RN de risco.

### **3.3 Recém-nascido: internação na UTI neonatal**

O contexto das UTI está associado à tecnologia, atribuindo-o as máquinas e equipamentos, implicando em um conceito reducionista e simplista criando, por vezes, uma barreira grande entre o humano e o artificial. Nas UTI, existe um arsenal que se parece mais com uma mostra tecnológica de equipamentos do que um ambiente de cuidado (SIMSEN; CROSSETTI 2004). Entretanto, esse aparato é necessário, pois muitos pacientes dependem dele para recuperar-se da enfermidade que os levaram a esse ambiente de cuidado.

Especificamente, a UTI Neonatal representa o lugar de recuperação do neonato doente ou com vulnerabilidade de desenvolver problemas de saúde, constituindo-se um ambiente terapêutico apropriado para tratamento de RN de risco, considerado de alta complexidade. O surgimento dessa estrutura possibilitou ao RN um local específico para atender suas demandas de cuidado (COSTA; PADILHA, 2010), além de contribuir na produção de saber dos profissionais envolvidos na equipe interdisciplinar.

Destaca-se que a dinâmica no âmbito de uma UTIN impera o aparato tecnológico e a equipe de enfermagem está quase sempre envolvida em inúmeros procedimentos, situações estressantes, urgências e intercorrências, além de não se construir em uma visão

agradável para mãe e/ou os familiares ali presentes para visitar o neonato, muitas vezes, inviabiliza o encontro, o diálogo e a comunicação efetiva entre estes profissionais de saúde.

O número de hospitalizações nas UTIN é considerado muito elevado, decorrente, sobretudo, das situações anormais de nascimento, tais como: prematuridade, baixo peso ao nascer, anóxia, malformações e RN que nascem precisando de correções cirúrgicas, por consequência, as terapêuticas consistem tratamentos especializados.

No caso de uma broncoaspiração meconial ou anóxia neonatal, o bebê requer tratamentos invasivos, como a entubação que se utiliza de ventilação mecânica, considerada como suporte vital para melhorar a função respiratória e trocas gasosas, porém, é considerada uma conduta que pode ocorrer, hipoxemia, acidose, pneumotórax e outros problemas (ARAÚJO; EICKMANN; COUTINHO, 2013).

Nesse sentido, é importante enfatizar o uso introdutório das novas tecnologias para a construção de um atendimento com maiores facilidades para o reestabelecimento do bebê, tendo ao alcance diversos equipamentos e aparelhos sofisticados, como: incubadora, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, bomba de infusão, respirador, além de administração de antibióticos, antifúngicos drogas sedativas e nutrição parenteral.

No que concerne à administração de medicamentos em pacientes neonatos, apresenta problemas variados, uma vez que tem-se a relação com a idade, peso, superfície corporal, capacidade de absorver, metabolizar e excretar os fármacos (HOCKENBERRY; WILSON, 2014). Salienta-se que o enfermeiro e sua equipe devem redobrar os cuidados durante a administração de medicamentos, observando essas particularidades.

Em virtude de diagnósticos e respectivos tratamentos, Pelliciotti e Kimura (2010) mencionam que os pacientes em UTIN são mais vulneráveis aos erros, vistos que, a variedade e quantidade de medicamentos que utilizam duplicam, mais que dos pacientes em setores menos críticos, bem como estão mais propensos aos efeitos adversos. Ademais, a administração de oxigênio destaca-se como uma das mais importantes modalidades de terapia para pacientes com hipóxia, resultante de condições comuns como infecções do trato respiratório que, quando graves, podem levar à morte ou a sequelas em qualquer idade.

Na necessidade de um suporte ventilatório, o uso da pressão positiva contínua na via aérea (CPAP) é uma das formas mais usadas de ofertar oxigênio ao RN. O sistema CPAP consiste de um gerador de fluxo que, através de uma máscara nasal, fornece uma pressão de ar suplementar que mantém a via aérea desobstruída (MARTINS *et al.*, 2011).

Nestas circunstâncias, o RN na UTIN sofre o impacto da gravidade sobre seus movimentos, há um alto nível sonoro, intensa iluminação, excesso de manipulação, submissão

a procedimentos invasivos e dolorosos, bem como restrição de contato com a mãe. Este aparato tecnológico propicia um ambiente extremamente barulhento e ruidoso, necessitando um maior número de profissionais nos cuidados neonatais e passando do mínimo manuseio à intervenção e manipulação excessiva da equipe intensivista.

Frente aos estímulos desencadeados pelos bebês internados, os profissionais devem valorizar as manifestações, como as expressões faciais, choro, posicionamento (MENON; MARTINS; DYNIEWICZ, 2008). Considerando que os RN não verbalizam, precisam ser decodificados pelos profissionais atuantes na UTIN, a fim de que possam identificar e interpretar nos bebês que caracterizam dor ou quaisquer alterações na sua saúde (PINHEIRO *et al.*, 2008).

A fragilidade dos recém-nascidos, a introdução e crescente implementação de procedimentos de alto risco em neonatos de extremo baixo peso, somados à baixa tolerância a erros nas microdoses de medicação, constituem-se em algumas das preocupações dos profissionais das UTIN. (ALTON; MERICLE; BRANDON, 2006, p. 116)

Souza *et al.* (2006) enfatizam que o tratamento da dor no recém-nascido se inicia pelas ações e atitudes de humanização das UTIs, pela redução do ruído e da luz, proteção das incubadoras para amenizar a claridade, e pelos protocolos de intervenção mínima do RN, pela abordagem não farmacológica da dor e pelo uso da sucção da glicose ainda utilizada no RN, nos procedimentos invasivos e dolorosos. O carinho, e os toques assim como as medidas não farmacológicas, devem fazer parte da rotina das UTINs, cabendo a equipe de enfermagem promovê-las por meio da capacitação e do fazer cotidiano.

Apesar da importância da UTIN para os neonatos doentes, contraditoriamente, essa unidade que deveria zelar pelo bem-estar do RN em todos os seus aspectos, é por excelência um ambiente nervoso, impessoal, e até temerosos para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas. Tal ambiente é repleto de luzes fortes, barulho, mudança de temperatura, e todo instante ocorre a interrupção do ciclo do sono, visto que são necessárias repetidas avaliações e processos, acarretando, muitas vezes, desconforto e dor (LINS *et al.*, 2013).

Estudos indicam uma preocupação da equipe referente ao longo período de internação em ambiente com níveis sonoros altos, como no caso da UTIN, que pode vir a comprometer o funcionamento do sistema auditivo em decurso de desenvolvimento, uma vez que a manutenção da estabilidade clínica do RN e a preservação das funções neurosensoriais deve ser um compromisso, além de que a diminuição ou perda auditiva é difícil de ser diagnosticada no primeiro ano de vida (CARDOSO; CHAVES; BEZERRA, 2010).



Os profissionais, por sua vez, convivem diariamente neste ambiente e se acostumam com ruídos gerados pelos alarmes de aparelhos diversos e conversas dispersas, tal contexto vai se tornando comum a audição dos profissionais, não se atentando que um ambiente tranquilo faz parte do plano de cuidados.

Essas estratégias unidas a outras práticas, baseadas nos mesmos princípios de disponibilidade para interação com o RN e de estimulação do desenvolvimento facilitarão o processo de autorregulação e organização do recém-nascido na UTIN, favorecendo sua melhora de estado clínico e sua trajetória desenvolvimental.

De acordo com Barros, Queiroz e Melo (2010), a ambiência constitui um espaço no qual os protagonistas do processo para a construção do cuidado humanizado, no caso os pacientes, podem construir um território de bem-estar, conforto, privacidade e respeito para com o humano.

Observa-se que, nos últimos dez anos, as iniciativas acerca do cuidado humanizado ao neonato doente tem culminado à importância de se articular a qualidade da assistência com o aparato no espaço tecnológico de acolhimento, uma vez que foram implantadas como suporte de sobrevivência aos RN.

Nesse percurso de afirmação profissional, o enfermeiro busca conhecimentos científicos e teorias próprias para fundamentar sua prática e passa por um processo de definição e aproximação com o cerne do seu trabalho: o cuidado humano.

Diante dessas condições, busca-se a relação pessoal com o RN, criando uma rotina humana e a compreensão de suas necessidades de carinho, atenção e contato pele a pele (BRASIL, 2012). Frente ao neonato, destaca-se a equipe de enfermagem que desempenha suas funções, centraliza atenção para atender às necessidades afetadas, essencial para o pronto restabelecimento da saúde do RN internado. Portanto, a atuação desta equipe requer conhecimentos e habilidades para desenvolver o manuseio e as técnicas com eficiência.

### **3.4 Humanização do cuidado: desafios da equipe de enfermagem**

A enfermagem é ciência e arte de cuidar, cuidar de pessoas. Neste sentido, Bosi *et al.* (2011) afirmam que é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado, sendo necessário troca de informações e de sentimentos entre pessoas.

Considera-se que a enfermagem é uma profissão humana, que se completa no trabalho multiprofissional realizando o cuidado. O corpo da enfermagem é consciente do compromisso com o ser humano (ROLIM; CARDOSO, 2006). Neste contexto, respeitar o

paciente é componente primordial no tocante aos cuidados humanizados (BERTOLINO; DIEFENBACH; COSTA, 2012).

Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do ser humano e construir um espaço concreto nas instituições de saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas. Assim, para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação.

A humanização é vista como uma proposta de articulação inseparável do bom uso da tecnologia na forma de equipamentos, procedimentos e saberes, como uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afeto, num processo de comprometimento e de felicidade. O ser humano abrangendo os cuidados técnicos com o bebê, favorecendo o acolhimento à família, a promoção do vínculo entre o binômio mãe e filho e o incentivo ao aleitamento materno (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Conforme essas citações, Quirino, Collet e Neves (2010) mencionam que o cuidado é a essência da enfermagem, e mediante a internação hospitalar do recém-nascido juntamente com sua família, é relevante que seja prestado de forma humanizada e acolhedora.

Cuidar de recém-nascido em UTIN não se resume à sua sobrevivência. O foco principal é o cuidado ao recém-nascido, pois além de sua vulnerabilidade, sua internação requer maior atenção, diante a diversidade de terapêuticas como ventilação mecânica, cateterismo umbilical, flebotomia, fototerapia, entre outros. Destacam-se as intercorrências mais frequentes nos RN prematuros, as instabilidades térmicas, insuficiências respiratórias, devido à imaturidade pulmonar, hemorragia pulmonar, crises de apneia e as persistências do canal arterial.

O trabalho da equipe de Enfermagem torna-se indispensável, pois ele une o conhecimento científico à realidade e à prática da UTIN. Com efeito, pode reconhecer as necessidades do RN e planejar sua assistência ainda mais humanizada. Dentre muitas ações do enfermeiro na Unidade Neonatal, destacam-se àquelas que envolvem os procedimentos pertinentes ao cuidado como cateterismo vesical, sondagem nasogástrica e orogástrica, curativos, punção venosa, além da inserção do cateter periférico. Além de atuação em procedimentos técnicos, ressaltam-se as funções administrativas, assumindo elo importante na liderança de sua equipe.

Segundo Coelho e Namba (2009), cateter venoso central de inserção periférica (PICC) é um dispositivo intravenoso inserido através de uma veia superficial da extremidade

e progride por meio de uma agulha introdutora e com a ajuda do fluxo sanguíneo, até o terço médio distal da veia cava superior ou veia cava inferior.

O PICC está indicado para recém-nascidos, trazendo inúmeras vantagens. Indica-se, principalmente, aos prematuros extremos, àqueles submetidos à cirurgia, com más formações e que necessite de infusão hidroeletrólítica, por um período superior a seis dias. Aponta-se como facilidade de inserção a beira do leito, menor risco de acidente na inserção do cateter, menor risco de contaminação, menor risco de infecção em relação a outros dispositivos vasculares centrais, menor desconforto e dor, melhor evolução clínica e maior permanência, além de baixo custo (COELHO; NAMBA, 2009).

A equipe de enfermagem por vivenciar os sinais emitidos pelos recém-nascidos passa a conviver com as necessidades singulares de cada um. É de grande relevância que os profissionais sejam mais atentos e proativos, quanto aos procedimentos e cuidados de rotina com o recém-nascido. Nesse sentido, um dos primeiros passos é a observação acurada das respostas comportamentais e fisiológicas do bebê, visando à diminuição do estresse e dor, contribuindo para o conforto, segurança e bem-estar.

As intervenções junto aos sinais de aproximação apresentados pelo bebê visam sua organização e refletem sua habilidade em estabelecer um nível de funcionamento integrado entre os sistemas fisiológicos e comportamentais. Além de afetar positivamente a sobrevivência do bebê, permeiam todas suas interações no meio e, conseqüentemente, promove seu desenvolvimento neurológico (ALMOHALLA; GUERRA, 2011).

A realização de intervenções nos diferentes contextos e ambientes nos quais os recém-nascidos estão envolvidos, com vistas a promover os aspectos favorecedores ao seu desenvolvimento, diminuindo os efeitos adversos de suas condições neonatais (ROSEIRO, 2010). Para isso, torna-se pertinente que a equipe de enfermagem demonstre disponibilidade e atenção recíproca, demonstrando dedicação e habilidades no atendimento de qualidade aos pais, tornando-as instrumentos da prática do cuidar.

Como parte do cuidado humanizado ao neonato, é direito da mãe, cujo bebê se encontra internado na UTIN, ser informada sobre quais circunstâncias determinaram o internamento, onde e como está o momento. Esta realidade de cuidar nos remete a pensar como o quanto somos convidados a abrir mãos de nossos desejos e expectativas em relação a nossa tarefa (CAMPOS *et al.*, 2008). Portanto, o processo de cuidar envolve ações, atitudes e comportamentos com base na intuição e conhecimento científico.

Quanto ao processo de informação do recém-nascido, teme-se os momentos de angústia e medo e expectativas que esses familiares irão conviver. A equipe de Enfermagem,

responsável por esse cuidado diariamente, deve envolver os pais nos planos de cuidados do recém-nascido, pois se torna de grande relevância que esses procedimentos devem ser repassados para os pais, correta manipulação dos bebês, a questões de higiene, organização do bebê no leito, e observação dos seus parâmetros e postura. Todos esses cuidados permitirão aos pais segurança e agilidade para suprir as necessidades do bebê, pois a Enfermagem neonatal engloba responsabilidades, habilidades e amabilidade (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Nesse processo de internação, a Enfermagem deve utilizar a comunicação efetiva para que a aproximação dos pais se torne mais próximas e confiantes, procurando perguntar, escutar, ouvir. A comunicação é indispensável para a equipe de enfermagem para com os pais do neonato, pois se torna um recurso viável, para estabelecer uma vinculação dos pais ou acompanhante ao profissional nos serviços de saúde, tornando como finalidade principal desenvolver um cuidado humano, visando à proteção da saúde e a prevenção de um modo holístico, nas bases da integralidade (BRASIL, 2010).

Oliveira *et al.* (2009) afirmam que a presença de um profissional atencioso poderá ajudar e enfrentar a situação conflitante diante do RN enfermo. Consideram que o enfermeiro utiliza comunicação efetiva, baseados na valorização dos meios tecnológicos e na execução de tarefas padronizadas e rotineiras, em detrimento dos aspectos mais subjetivos do cuidado humanizado.

Acredita-se que para enfermagem alcançar a qualidade do cuidado, é necessário que sua prática seja baseada nas melhores evidências sobre o assunto. O conhecimento dessas evidências sobre cuidado humanizado deve fazer parte do rol de conhecimento de todos os profissionais da área de enfermagem.

Lins *et al.* (2013) acreditam que o cuidado humanizado a ser implementado ao bebê deve ser exercido e vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do bebê. Enfatiza-se também que o cuidado ao neonato está cercado de paradoxo que fazem parte desta assistência.

O maior êxito nas ações de enfermagem depende de uma interação eficaz e, nesta, o enfermeiro atribui à comunicação como definição mais ampla, possibilitando envolvimento, conhecimento do outro e segurança.

Além disso, a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) é de grande importância, pois pode levar a visão global da atual situação, favorecendo a continuação da assistência e direcionando através do embasamento científico.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Natureza da pesquisa**

Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, pois proporciona maior aproximação com a problemática, além de aprimorar ideias e descobrir intuições, objetiva a descrição das características de determinado fenômeno (FIGUEIREDO, 2008).

Minayo (2010) justifica a utilização da pesquisa qualitativa por permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, além disso, caracteriza-se pela empiria e sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do fato pesquisado.

A metodologia qualitativa, quando aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, que se busca entender o significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, tornando-se imprescindível conhecer o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas (TURATO, 2005).

### **4.2 Cenário e sujeitos da pesquisa**

O estudo realizou-se em um hospital terciário da rede pública estadual, referência no atendimento à criança e ao adolescente para Fortaleza e todo Estado do Ceará. Instituição fundada em 1976, cuja evolução no sistema de saúde é considerada de grande porte, com potencial de atendimento para tratamento cirúrgico, urgência e emergência, realiza uma média mensal de 650 internações, 4.500 consultas, 30 mil exames laboratoriais e 350 cirurgias, nas emergências clínicas, cirúrgicas, UTI pediátrica e neonatal, possui 287 leitos.

A missão do hospital é “Prestar assistência terciária à criança e ao adolescente, de forma segura e humanizada, sendo instituição de ensino e pesquisa”. Contudo, o hospital desenvolve ações de humanização que envolve a melhoria da qualidade de vida de crianças, mediante vários programas: ABC mais saúde, A hora e a vez da leitura, Biblioterapia, Biblioteca viva, Cidade da criança, Cirurgia sem medo, Coral, Mãe canguru, Mãe amiga, Mãe acompanhante, Mãe puérpera, Comissão de maus tratos, Núcleo de Assistência a Via Infantil (NAVI), Programa de Assistência Domiciliar (PAD), Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar (PAVD) e Pintando o sete.

O cenário do estudo o CETIN, com capacidade para 12 leitos, onde admite recém-nascidos, com até 28 dias de vida, em estado de saúde crítico, considerados de alto risco, predominando os diversos diagnósticos médicos de prematuridade, muito baixo peso, más formações congênitas, que requer intervenções cirúrgicas, dentre outros.

Nesse setor, a equipe interdisciplinar consiste 14 enfermeiros, 20 técnicos equipe de enfermagem, médicos pediatras, neonatologistas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiologia, nutricionista, técnicos de laboratório, de radiologia e auxiliares dos serviços gerais, todos distribuídos em serviços no período diurno e noturno, com uma média de atendimento mensal de 25 recém-nascidos.

Destaca-se a equipe de enfermagem composta por 17 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem, que prestam assistência direta ao recém-nascido. Entretanto, participaram da pesquisa 14 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem, mediante os seguintes critérios de inclusão: profissionais que esteja na escala de serviço, durante a coleta de dados, que tenham experiência mínima um ano de atuação na unidade, independente do vínculo empregatício e aceitem participar do estudo. Excluíram-se, portanto, os profissionais que se encontravam de férias ou afastado do serviço, por algum motivo pessoal e que tenham experiência de serviço menor que um ano.

### **4.3 Construção dos dados**

A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a novembro de 2015. Inicialmente, fez-se um levantamento acerca dos participantes, por meio da escala de serviço, o qual se computou a quantidade de profissionais que trabalham no setor.

Após esse momento, foram realizadas visitas semanais ao CETIN, no intuito de se familiarizar com os profissionais e convidá-lo para a pesquisa. Cada participante foi abordado de forma individual, esclarecendo o objetivo da pesquisa, processo metodológico e relevância do estudo. Esse contato prévio com os integrantes da equipe favoreceu uma articulação, aproximação e condução da entrevista. Em seguida, o autor adotou medidas necessárias para o agendamento dos encontros, no horário disponibilizado por cada participante.

A produção das informações efetuou-se mediante aplicação de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), que tem como característica questionamentos básicos relacionados ao tema da pesquisa.

A entrevista é uma técnica indicada para buscar informações sobre opinião, concepções, expectativas, percepções sobre objetos ou fatos ocorridos que não puderam ser

observados pelo pesquisador, como acontecimentos históricos ou em pesquisa sobre história de vida, sempre lembrando que as informações coletadas são versões sobre fatos ou acontecimentos. A entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual se confecciona um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A entrevista, considerada a primeira etapa da coleta, foi realizada em uma sala de reuniões da própria unidade, com garantia de privacidade e duração média das entrevistas de 30 minutos. Enquanto, os participantes respondiam à vontade, o autor esperava pelo preenchimento do instrumento.

O formulário de entrevista semiestruturado compôs-se de questões concernentes à identificação dos sujeitos (idade, estado civil, tempo de formação, de atuação na unidade), além de cinco perguntas norteadoras, que aproximam o objeto de estudo. Assim, puderam ser concretizadas sem qualquer necessidade de interrupção ou situações de desconforto.

Os dados da pesquisa qualitativa, elaborados em ambiente natural, permitem o pesquisador observar detalhes da realidade em estudo, identificando sua essência. Segundo Figueiredo (2008), na observação não participante, se busca um relato significativo da natureza complexa do comportamento humano, representando uma fonte de dados para a compreensão do significado dos mesmos.

Nesse sentido, optou-se em realizar observação não participante durante atuação do profissional, desenvolvendo suas habilidades com o RN, destreza técnica com material e/ou equipamentos, além das atitudes inerentes ao cuidar. Para uma coleta de dados mais eficaz, aplicou-se o roteiro que consiste a implementação dos cuidados nesta unidade (APÊNDICE B). Esse momento foi oportuno atentar para o desempenho profissional, às características do RNPT exposto ao procedimento e aos aspectos relacionados, como: princípios de biossegurança, dificuldades enfrentadas, presença de complicações e cuidados ofertados diante destas.

Para esta segunda etapa de coleta, escolheu-se permanecer em cada turno, manhã, tarde e noite, durante as primeiras duas horas que se iniciava o plantão, considerando-se que nesse horário ocorre o maior número de rotinas implementadas pela equipe, como: peso dos bebês, higienização e trocas de fraldas, renovação de curativos e de acesso venoso, instalação de nutrição parenteral (NPT). A permanência do autor nessa fase variou de trinta minutos a duas horas, uma vez que dependia da atuação do profissional ao realizar o tipo de procedimento, bem como as condições clínicas de cada bebê. Ressalta-se que foi possível

concretizar esta etapa em qualquer dia da semana, incluindo os finais de semana, em consonância com a chefia da unidade.

Nesta etapa, o profissional executante fazia-se ciente de que o autor não interviria em qualquer momento ou a qualquer decisão por ela adotada, já havendo manifestado autorização para isto. Durante esse momento, puderam ser registradas em diário de campo anotações, observações, além das impressões do pesquisador acerca de situações observadas. Para Souza (2013), o diário de campo é um instrumento utilizado pelos investigadores para registrar/anotar os dados recolhidos susceptíveis de serem interpretados. Considera-se uma ferramenta que permite sistematizar experiências para posteriormente analisar os resultados.

#### **4.4 Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados, conforme o método de análise de Bardin (2009), que aborda a existência de três etapas diferentes: pré-análise ou organização do material; exploração desse material mediante a classificação e codificação ou categorização e a interpretação dos resultados, desencadeando reflexões a propósito dos objetivos previstos.

Na pré-análise, tem-se a fase de organização propriamente dita, que apresenta três momentos: escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação das hipóteses e dos objetivos e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Ressalta-se que a exploração do material é longa e consiste de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas e o tratamento dos resultados, quando significativos, podem-se propor e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2009).

A transcrição das entrevistas, leitura do material para uma primeira aproximação com a estrutura e descoberta das orientações gerais para análise, registrando também as impressões sobre a mensagem, ainda faz parte dos componentes da pré-análise. Busca-se elaborar sínteses de cada uma das entrevistas realizadas no sentido de captar a mensagem geral das falas. Os elementos considerados como mais representativos são aqueles que se repetem, nos quais são colocadas mais ênfase. Esta análise contribuirá a ter uma visão mais ampla do conjunto de falas.

Durante a exploração do material, as entrevistas serão lidas repetidas vezes para apreensão dos elementos contidos nas falas. Para Minayo (2010), a fala é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo o mesmo um deles) e,



ao mesmo tempo, tem a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Em seguida, realizou-se a codificação das entrevistas, de modo a aprender os elementos que integram as representações. Para manter o anonimato, as falas das participantes foram apresentadas utilizando as iniciais de cada categoria dos entrevistados (E - Enfermeiro e TE- Técnico de Enfermagem), e número arábico, conforme a sequência das entrevistas.

Após este processo, realizou-se uma reorganização dos códigos, estabelecendo um conceito capaz de abranger os elementos e ideias agrupadas e elaborando as categorias que convergirem para o tema central (BARDIN, 2009). Em seguida, tem-se o tratamento dos resultados, no qual os dados serão discutidos e interpretados. Nessa etapa, buscou-se captar o conteúdo subjacente ao que possa ser manifesto, em um processo de apreensão do significado das falas dos sujeitos do estudo.

#### **4.5 Aspectos éticos**

O estudo seguiu as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a), que permeia toda a pesquisa, incluindo a abordagem dos princípios da Bioética. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, sob Nº protocolo:1.191.339.

Solicitou-se aos participantes assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que antes se informou sobre a relevância do estudo e o modo como seria desenvolvido, assegurando-lhes o direito de decidir participar ou não da pesquisa ou de desistir em qualquer momento desta sem prejuízo algum (APÊNDICE C). Ademais, assegurou o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a garantia de esclarecimento durante o processo da pesquisa, além dos riscos e benefícios da pesquisa.

Serão elucidados aos informantes que os benefícios permeiam a conscientização da equipe que trabalha na unidade. A partir de subsídios teóricos que serão adquiridos durante a pesquisa, visa o aperfeiçoamento da prática profissional no contexto da humanização e melhora nas condições de internação do neonato.

## 5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Apresentam-se neste capítulo os resultados em sequência, conforme os itens: Caracterização dos participantes que consiste os dados sociodemográficos, tempo de formação e atuação profissional dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, bem como o delineamento de três categorias e sete subcategorias que emergiram dos questionamentos, acerca da humanização na assistência, aplicação do cuidado humanizado em relação ao RN, ambiente e aos pais, além dos aspectos que dificultam a promoção da assistência humanizada no contexto neonatal.

De forma descritiva será apresentada a caracterização dos participantes, mostrando valores absolutos e relativos, e em uma tabela, serão demonstrados o tempo de formação e atuação profissional do enfermeiro e os demais profissionais de enfermagem.

### 5.1 Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa 14 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem. Em relação aos enfermeiros, verificou-se que houve predomínio do gênero feminino para os Enfermeiros (99%) e 100% para os Técnicos de Enfermagem. Quanto à idade dos Enfermeiros, em sua maioria, do sexo feminino, apresentou faixas etárias predominantes entre 41 a 50 anos e maior que 61 anos, equivalentes (28,6%). Sobre o estado civil, 7(50%) são casados, 5 (35,7%) solteiros e dois (14,3%) com união consensual.

Em relação aos dados dos Técnicos de Enfermagem, prevaleceram duas faixas etárias de 41 a 50 anos (30%) e 51 a 60 (30%) anos de idade, 14 (70%) são casados e 4 (20%) são solteiros.

Na Tabela 1, a seguir, apresentam-se valores relacionados ao tempo de formação e atuação profissional dos enfermeiros e demais profissionais de enfermagem.

Tabela 1 – Tempo de formação e atuação profissional dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. Fortaleza, 2015 (continua)

Variáveis	Enfermeiros (N=14)		Téc. Enfermagem (N=20)	
	N	(%)	N	(%)
<b>Tempo de formação acadêmica (anos)</b>				
1 a 10	4	28,6	8	40,0
11 a 20	2	14,3	5	25,0
21 a 30	5	35,7	5	25,0
31 a 40	3	21,4	2	10,0

Tabela 1 – Tempo de formação e atuação profissional dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem. Fortaleza, 2015 (conclusão)

Variáveis	Enfermeiros (N=14)		Téc. Enfermagem (N=20)	
	N	(%)	N	(%)
<b>Tempo de atuação profissional (anos)</b>				
1 a 10	4	28,6	5	25,0
11 a 20	2	14,3	7	35,0
21 a 30	6	42,8	4	20,0
31 a 40	2	14,3	4	20,0
<b>Tempo de atuação na CETIN (anos)</b>				
1 a 10	4	28,6	10	50,0
11 a 20	3	21,4	5	25,0
21 a 30	4	28,6	4	20,0
31 a 40	3	21,4	1	5,0
<b>Trabalha em outra instituição</b>				
Sim	6	42,9	5	25,0
Não	8	57,1	15	75,0
<b>Pós-graduação</b>				
Especialização	12	85,7		-
Doutorado	4	28,6		-
Mestrado	2	14,3		-

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Conforme dados da tabela acima, verifica-se que o tempo de formação de 5 (35,7%) Enfermeiros predominou entre 21 a 30 anos, bem como 4 (28,6%) destacaram-se com 1 a 10 anos. Para os Técnicos de Enfermagem, 8 (40%) deles sobressaíram com 1-10 anos.

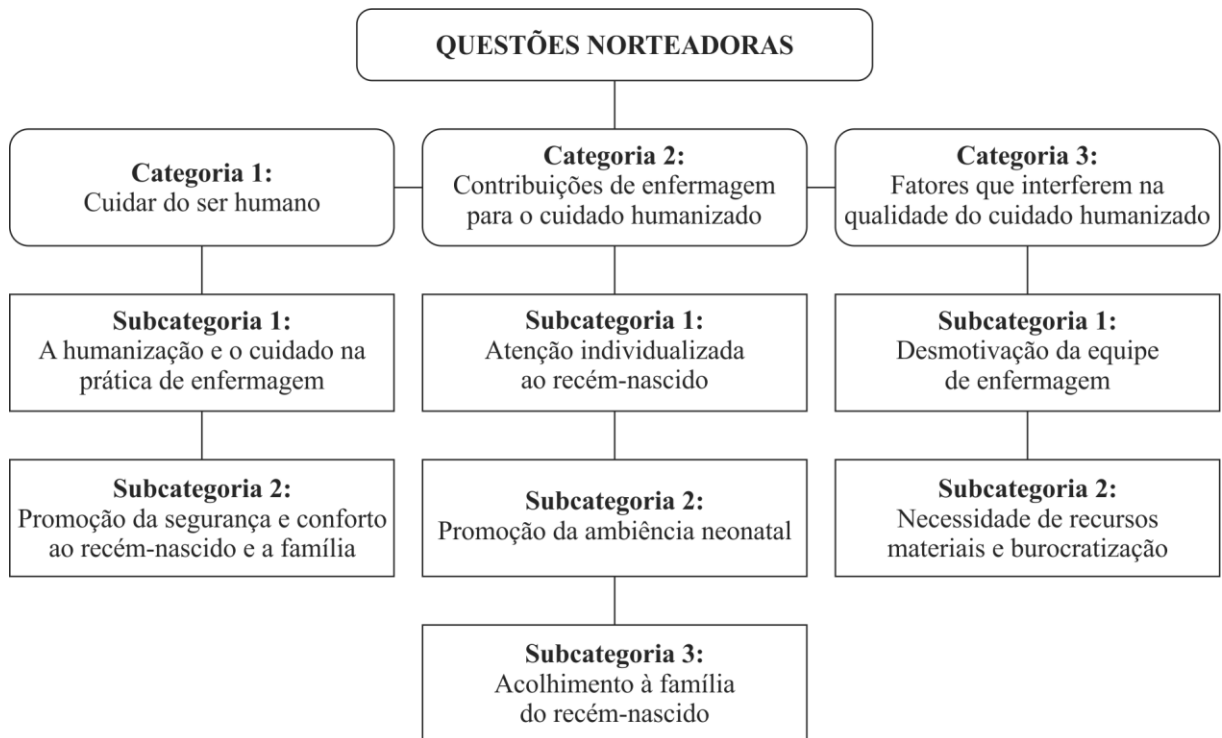
Quanto ao tempo de atuação profissional, observa-se que 6 (42,8%) Enfermeiros apresentam 21-30 anos, e os Técnicos de Enfermagem destacaram-se com o tempo de 21-30 anos e 31 a 40 anos, equivalentes 4 (20%).

Em relação ao tempo de atuação no CTINE, destacaram-se 4 (28,6%) Enfermeiros com 1-10 anos e 21 a 30, respectivamente. Para os Técnicos de Enfermagem, 10 (50%) têm de 1-10 anos de atuação.

Verifica-se que os 8 (57,1%) Enfermeiros e 15 (75%) Técnicos de Enfermagem não trabalham em outra instituição, entretanto, identificou-se que as respectivas categorias atuam em outras instituições, com jornada de trabalho. Para os profissionais que possui pós-graduação, predominou a titulação de Especialista com 12 (85,7%), 4 (28,6%) Doutores e 2 (14,3%) Mestres.

Mediante entrevista, a descrição das falas que tinham a mesma abordagem foi alocada em três categorias. Na Figura 1, mostra-se como emergiu o delineamento das categorias e subcategorias.

Figura 1 – Síntese das categorias



Fonte: Dados da pesquisa (2015).

## 5.2 Delineamento das categorias e subcategorias

### Categoria 1 - Cuidar do Ser Humano

Esta categoria emergiu a partir da indagação, em busca do significado do “cuidado humanizado” prestado ao recém-nascido internado na UTIN. As respostas dos participantes remeteram alguns aspectos relacionados à existência do ser humano, considerando-o como ser pensante, dotado de dignidade.

Considera-se que este contexto perpassa uma relação dialógica que traz o sentido mais próximo de relacionamento, convivência, vinculação e comunicação, o que bem caracteriza a enfermagem, destacando o instrumento de trabalho: o cuidado, o qual consiste a relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizada, que requer cuidados em sua totalidade (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009).

A esse respeito, categorizaram-se duas subcategorias que se denominaram: “A humanização e o cuidado na prática de enfermagem” e “Promoção da segurança e conforto ao recém-nascido e a família”.

### **Subcategoria 1:** A humanização e o cuidado na prática de enfermagem

Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do ser humano e construir um espaço concreto nas instituições de saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas. Neste contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados (BARBOSA; SILVA, 2007).

Os sentidos atribuídos à humanização do cuidado pelos participantes podem ser conferidos nas diferentes interpretações:

“Humanizar é acima de tudo cuidar com carinho, amor e dedicação”. (T1)

“Humanização é proporcionar um cuidado holístico, para que esse RN volte ao seu lar e retorne a Sociedade.” (E12)

“O cuidado deve ser integral e estendido por toda a equipe multiprofissional”. (T5)

“Cuidado humanizado é a satisfação no que fazemos com o RN no nosso cotidiano”. (T11)

“Cuidado humanizado é aquele que você realiza transmitindo conforto, bem estar, segurança ao recém-nascido”. (E11)

O cuidado e o cuidar são formas complexas, vistas como prática técnica da equipe de enfermagem. Nesse sentido, os profissionais mencionaram definições que traduzem o cuidado humanizado, como essencial na assistência de enfermagem, referindo o cuidado holístico, que envolve sentimentos e respeito às particularidades.

Durante a observação aos participantes, mediante sua atuação, detectou-se a presença de conhecimentos, consciência dos valores e princípios que norteiam a ação. Ainda, quando se buscou saber a definição sobre o cuidado humanizado, durante a internação do RN, as respostas remetem aos cuidados acerca da promoção da saúde.

### **Subcategoria 2:** Promoção da segurança e conforto ao recém-nascido e a família

A essência do cuidar não deve limitar-se, apenas, ao ato de medicar, consultar e examinar em situações de saúde-doença, logo, deve ser um processo interativo, dinâmico, de envolvimento entre a enfermagem, bebê e família, levando em consideração os

conhecimentos, hábitos, sentimentos, valores, enfim, a singularidade das necessidades de cada momento, propiciando uma relação autêntica.

A esse respeito, os participantes relataram seu empenho, relacionados ao atendimento de qualidade e de humanização como mostram nas falas:

“São ações desenvolvidas que objetiva promover a segurança do RN, durante sua internação, enquanto estiver sobre nossos cuidados”. (E1)

“Cuidado para evitar falhas, negligências e falta de compromisso nos cuidados prestados”. (E2)

“É um conjunto de cuidados prestados ao recém-nascido, através de uma prática assistencial individualizada”. (E4)

“Harmonia na equipe e empenho no ato do cuidar holisticamente”. (E3)

Pelas expressões, os profissionais sinalizam sentimentos em relação ao bebê, durante os cuidados assistenciais prestados ao neonato, ao que fazem e ao que está envolvido ao ambiente de terapia intensiva. Além disso, esses cuidadores relatam a importância de uma assistência segura e com atitudes éticas para contemplar o cuidado humanizado.

Observou-se, durante a admissão do recém-nascido, o desempenho da enfermeira frente à mãe, a qual se mostrava com olhar de angústia e sensação de medo, ao chegar na unidade de internação. Logo, a enfermeira se aproxima, conversa, explica sobre o ambiente, rotinas da unidade e consola, ao explicar a respeito do tratamento, cuidados e reabilitação do seu filho. Percebe-se, ainda, que a mãe permanece algum tempo olhando em volta, observa o ambiente e depois demonstra um semblante mais calmo.

Ao realizar ações como essas, o profissional estará mantendo o conforto e o bem-estar da mãe que se encontra fragilizada. Mediante ações desenvolvidas ao binômio, percebe-se nos depoimentos o modo que estão sendo realizados esses cuidados, e se o acolhimento oferecido condiz com as diretrizes do Ministério da Saúde, as quais se preconizam como ações humanizadas e integradas ao recém-nascido (RN) e a família.

Visando o atendimento ao RN e no intuito de promover cuidados humanizados essenciais para implementação da assistência, os profissionais relatam sobre a importância da aquisição de aprendizado diante a busca de novas condutas e procedimentos atuais, tendo em vista a recuperação da saúde dos bebês.

## **Categoria 2 – Contribuições de enfermagem para o cuidado humanizado**

O cuidado acontece de forma constante, a partir das interações entre profissionais de saúde e usuários. Em relação aos profissionais, o cuidado se constrói com ênfase na

atenção, orientações e, no contexto dos usuários, o cuidado se dá de forma espontânea, fazendo referência à corporalidade e as respostas a situações que se apresentam (BUSTAMANTE; McCALLUM, 2010).

Na área da enfermagem neonatal, o cuidado engloba responsabilidades e habilidades dos profissionais, entre as quais se têm a avaliação e a compreensão do contexto e da participação da família na internação do RN.

Por meio da análise dos depoimentos aliados a observação junto aos profissionais de enfermagem apontaram-se três subcategorias que se denominaram: “Atenção individualizada ao recém-nascido”, “Promoção da ambiência neonatal” e “Acolhimento à família do recém-nascido”.

### **Subcategoria 1: Atenção individualizada ao recém-nascido**

A humanização ao recém-nascido foi vista por boa parte dos entrevistados como uma assistência, cujo cuidado está relacionado a um tipo de atendimento que envolve profissionais que cuidam capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível, visando à promoção de acolhimento e respeito ético ao neonato.

Neste estudo, percebe-se que os profissionais agem com sensibilidade, responsabilidade, com carinho, para desenvolver o cuidado de enfermagem de qualidade e humanizado. Pode se observar nos discursos dos profissionais essa característica.

“Procuro identificar sinais de dor, e evito muito manuseio, principalmente quando ele é prematuro” (E12).

“Deve-se priorizar a hora do soninho, mantendo o silêncio” (E1)

“Realizar rodizio de oxímetro nos RNS, para evitar queimaduras” (E14)

Nas falas, observa-se que a equipe de enfermagem retrata o zelo no cuidado, pela manutenção e recuperação da vida desses seres, que estão sob suas responsabilidades. Verifica-se que os profissionais expressam conhecimentos, habilidades e atitudes no cuidar, considerados instrumentos básicos inerentes à profissão de enfermagem.

A partir do conteúdo registrado em diário de campo, percebeu-se que a equipe de enfermagem se mantém alerta, quanto aos cuidados e alterações emitidas pelo RN, quando este apresenta sinais de alterações, com fáceis de dor, choro e agitação constante, que não são comuns ao seu comportamento diário. As estratégias que foram aplicadas promovem a qualidade de vida do bebê de forma humanizada diante a dor do neonato.

Este saber consolida-se a partir das vivências e experiência contínua dos profissionais de enfermagem na UTIN, que busca a promoção de cuidados apropriados para o desenvolvimento do RN, como evitar exposição do bebê, quanto à temperatura, identifica sinais de dor, prioriza a hora do soninho, dentre outros relacionados à ambiência neonato.

Dentre esses cuidados, identificou também que os profissionais ressaltam a importância do manuseio mínimo, bem como se estimula a realização para o toque carinho.

“Manuseio mínimo e aproveitamento para todos os procedimentos serem feitos em um só momento”. (T7)

“Usar o toque, passar a mão na cabeça e conversar suavemente com ele”. (T18)

“Manter o RN bem agasalhado, evitando perda de calor, procurar posicionar o RN de forma correta sem elevar os membros do paciente” (T12)

Estas falas demonstram a atuação da equipe de enfermagem de forma consciente, orientada e sensibilizada, quanto à assistência de qualidade. As descrições citadas pelos profissionais referem-se às recomendações do Ministério da Saúde, acerca da PNH, que requer cuidado humanizado ao recém-nascido internado.

Observa-se que os profissionais retratam o zelo no cuidado, pela manutenção e recuperação da vida desses seres, que estão sob suas responsabilidades. Nestas circunstâncias, expressam conhecimentos, habilidades e atitudes no cuidar, considerados instrumentos básicos inerentes à profissão de enfermagem.

No intuito de conhecer como a equipe de enfermagem promove o cuidado humanizado na ambiência neonatal, configurou-se maior êxito nas ações que envolvem atenção especial, tornando ambientes mais acolhedores, diferentemente, do modelo tradicional de assistência. A atenção humanizada ao recém-nascido é uma política pública que surgiu como estratégia de humanização, que potencializa e complementa os cuidados clínicos dos bebês internados nas UTIN.

### **Subcategoria 2:** Promoção da ambiência neonatal

Em relação ao ambiente, quando se indagou sobre a promoção do cuidado humanizado, os profissionais reportaram-se para atenção voltada às características da complexidade de uma unidade de terapia intensiva, esclarecendo:

Este método promove uma melhor adaptação ao ambiente extrauterino, cujo cuidado implica em promover uma atenção individualizada, evita reduzir os agentes



estressores ambientais, como ruídos, barulhos e luminosidade (ROCHA *et al.*, 2011b), como são evidenciados nos seguintes depoimentos:

- “Está atento aos alarmes e monitores”. (E1)  
 “Evito ruídos dos aspiradores que sempre ficam ligados após os procedimentos”. (T7)  
 “Procuro reduzir ruídos e claridades, e peço para a equipe se atentar nos alarmes”. (T14)  
 “Procuro ficar atenta quanto os alarmes das incubadoras, [...] as vezes, a temperatura está elevada e o bebê muito agitado e chora muito”. (T17)

Além dessas estratégias, percebe-se que os profissionais estão conscientes quanto ao ambiente acolhedor, se reportando para prestação da assistência humanizada, na perspectiva da integralidade do cuidado, que abrange também os aspectos tecnológicos. Pode se verificar nestas expressões:

- “Deve-se usar de sutileza na abertura das portas da incubadora”. (E1)  
 “Peço para a equipe para diminuir o tom de voz “. (T18)  
 “Procuro conscientizar os colegas que o barulho em excesso trará danos para RNs”. (T19)

Percebe-se que os profissionais estão conscientes para falar baixo, manipular com cuidado as portinholas da incubadora, diminuir a intensidade dos alarmes sonoros dos aparelhos, reduzir a luz ambiente, mantêm a incubadora com pano isolante de luz, não batem, nem colocam objetos em cima da incubadora.

Com a implementação de novas estratégias na área neonatal, percebe-se que esses ambientes tornaram-se mais acolhedores e menos impessoais aos bebês prematuros, garantindo-lhe a sobrevivência, antes considerados inviáveis.

### **Subcategoria 3:** Acolhimento a família do recém-nascido

A humanização do cuidado à criança hospitalizada envolve a inserção da família. Assim, torna-se essencial desenvolver o cuidado centrado nas necessidades da criança-família, compartilhando sentimentos e dificuldades para que ela enfrente com coragem a internação do filho.

A equipe de Enfermagem insere os pais, como agentes do processo de cuidar, em especial, a mãe, promovendo e fortalecendo os laços afetivos ao binômio. Nestes relatos, demonstra-se sensibilização da equipe:

“Promover e acolher a mãe durante toda internação, aumenta o vínculo mãe e bebê”. (E8)  
 “[...] faz-se necessário a humanização da equipe de enfermagem com o RN”. (E14)  
 “Acolher o recém-nascido e sua família no ato da admissão”. (T9)  
 “Transmito cuidado e zelo para com o RN, com o objetivo de devolver aos seus pais”. (T18)

Os discursos mostram que a presença da família na UTIN foi um processo de mudanças, e aos poucos, foram instituídas novas práticas de acolhimentos como a aproximação das mães e o estímulo ao colo. Estas transformações foram ocorrendo de acordo com a conscientização da equipe multiprofissional, após treinamento pelo Ministério da Saúde, tendo em vista a humanização da assistência ao RN e seus familiares.

Outro aspecto abordado pelos entrevistados relacionam-se as expressões com dedicação aos pais, havendo assim uma preparação que permita potencializar os pais como cuidadores e possibilitar a continuidade do cuidado. Conforme as falas percebe-se que os profissionais são conscientes para desempenhar um cuidado atencioso.

“Deve ser um cuidado voltado para o afeto, carinho e o saber dialogar com esses pais que chegam tão aflitos”. (E7)  
 “Procuro sempre chamar a mãe quando vou higienizar o bebê e explico passo a passo, e digo que no próximo será dado por ela, percebo ela se interessar e ficar mais alegre”. (T9)  
 “Acolher, transmitir as informações com clareza para a família no caso de algum procedimento invasivo que o RN irá se submeter e as mães ficam muito apegadas a nós”. (T17)

Verifica-se no encontro entre profissionais e recém-nascido/família que ocorre uma negociação, visando à identificação de necessidades, uma busca de formação de vínculo, com o objetivo de instituir uma relação humanizada da assistência.

Assistir a família do neonato hospitalizado é atributo da equipe de saúde, sobretudo da enfermagem, que permanece em tempo integral no cuidado ao RN. Observa-se que a equipe de enfermagem se preocupa com os pais fragilizados com a saúde e recuperação de seus filhos, como se demonstram nestas falas:

“Converso com os pais sobre a continuação do cuidado do bebê quando for para casa”. (T14)  
 “Procuro dar uma força a mãe, quando ela se encontra angustiada e depressiva, apresentando choro fácil”. (T10)

Verifica-se que a equipe de enfermagem é sensível, se preocupa com os pais fragilizados, quanto à saúde e recuperação do filho internado. As falas desvelam a atuação

desses profissionais ao desenvolver o cuidado centrado nas necessidades do recém-nascido e a família, compartilhando sentimentos e dificuldades para que ela enfrente com coragem a internação do filho.

Observou-se também que as relações iniciais entre o bebê e seus pais são estimuladas pelos profissionais como um cuidado contínuo, buscando um relacionamento único, uma ligação afetiva entre duas pessoas. Assim, é importante sempre transmitir as informações com clareza e objetividade, no nível do entendimento desses pais, respeitando suas crenças e valores, uma vez que as mães, em face do desconhecimento de algumas intervenções, mostram-se apreensivas diante do filho submetido a procedimentos muitas vezes dolorosos, e invasivos que requer cuidados.

Ao procurar conhecer o que interferia na qualidade do cuidado humanizado do RN, a equipe de profissionais elencou os fatores que influenciam tanto positivamente, quanto prejudicialmente ao neonato. Portanto, foi favorável o surgimento da terceira categoria.

### **Categoria 3 - Fatores que interferem na qualidade do cuidado humanizado**

A partir da análise desta categoria, apontaram-se duas sub categorias que se denominaram: Atenção individualizada ao recém-nascido, Promoção da ambiência neonatal e Acolhimento à família do recém-nascido.

#### **Subcategoria 1: Desmotivação da equipe de enfermagem**

O trabalho da enfermagem é complexo, contínuo e imprevisível, podendo, por sua natureza, acarretar desgaste e sofrimento psíquico, principalmente, quando submetidos a situações conflitantes ou onde não haja um ambiente propício para a sua realização (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A equipe mostrou-se interessada em adquirir novos conhecimentos para trabalhar com o neonato, bem como referiram a necessidade de cursos de capacitação em serviço, com vistas ao desenvolvimento de competências. Essa afirmação corrobora com os relatos de alguns profissionais da equipe.

“Profissionais precisando de mais motivação”. (E1)

“Treinamento voltado para a própria humanização com alguns profissionais”. (E4)

“Necessita-se de interação entre as equipes multidisciplinar e um bom relacionamento para integração com todos “(E13)

“Valorização do profissional, relacionado com as responsabilidades dentro da UTIN”. (T14)

“É um trabalho especializado que exige muita concentração”. (T16)

Em razão desses diversos aspectos mencionados pelos profissionais e ao presenciar a forma como eram realizados os procedimentos no CTINE, percebeu-se bom relacionamento no ambiente de trabalho e boa interação entre as equipes multidisciplinares. Concorde-se com a equipe que há necessidade de mais avanços no crescimento profissional, em busca de um aprendizado contínuo no contexto do cuidar.

A atenção ao recém-nascido deve ser estruturada e organizada no sentido de atender uma população tão vulnerável e sujeita a riscos, pois se trata de uma profissão voltada para um aprendizado contínuo e preventivo.

Além da capacitação em serviço e estímulo a atualização dos conhecimentos para o domínio do processo de trabalho, há necessidade de suporte para a resolução de problemas no que concernem ao provimento de insumos materiais em quantidade e qualidade e manutenção preventiva dos aparelhos utilizados na assistência do RN.

### **Subcategoria 2:** Necessidade de recursos materiais e burocratização

As dificuldades referidas pelos profissionais de enfermagem estão voltadas para a assistência prestada, que envolve uso de aparelhos, equipamentos, principalmente, quando se refere a terapêutica e o bem estar do bebê:

“Falta material que é essencial para o RN”. (T9)

“Equipamentos necessitando de renovação”. (E6)

“Há necessidade de uma estrutura melhor e mais acolhedora para o RN e a mãe”. (T2)

“[...] fazemos tudo para que nada falte ao bebê, vendo ele sair é a nossa melhor recompensa”. (T15)

“Vejo a necessidade da instituição em promover cursos de capacitação para os profissionais voltado para o cuidar”. (E8)

“Sinto falta de constante atualização, para aprimorarmos nossos cuidados com o RN em um ambiente tão complexo como da UTIN”. (T18)

Observa-se que diante os discursos, para desenvolver a assistência humanizada ao recém-nascido, é também importante à existência de recursos materiais e humanos suficientes e especializados. Portanto, é meta da instituição, buscar por um ambiente de qualidade, boa assistência prestada ao paciente, bem como evitar insatisfação dos profissionais.

Estudo de Cardoso *et al.* (2010) ressalta que para melhor assistência ao cliente, a junção de fatores de estrutura física da UTIN, provimentos de materiais específicos e de qualidade, embasamento científico e tecnológico da equipe multiprofissional associado à comunicação efetiva, proporciona resultados satisfatórios na saúde do neonato.

Além da falta de materiais que traz implicações no cuidar, foi referido o excesso de burocracia e a morosidade na resolução dos problemas estruturais, sendo, então, considerados fatores que intensificam o estresse, o que pode afetar o desempenho profissional e a qualidade do serviço prestado.

“Aumento na parte burocrática da unidade e esquecendo da humanização focada no RN”. (E8)

“[...] fazemos tudo para que nada falte ao bebê, [...] ele sair, é a nossa melhor recompensa”. (T15)

Os profissionais citam como fatores estressantes aqueles ocasionados, no que se refere a parte organizacional do ambiente e que podem proporcionar desestímulo ou desconforto, conforme as falas.

“A sobrecarga nas jornadas dos profissionais torna-se um fator negativo e desmotivador para trabalharmos”. (T8)

“Esse é um ritmo de trabalho, às vezes, muito cansativo! Tem dias que tem muita criança grave! Então é muito o trabalho”. (T5)

“Mantenho relacionamento saudável com todas as equipes! [...] a gente faz reuniões periódicas e traçamos estratégias para evitar o estresse, assim evitamos muitos problemas”. (E6)

Constata-se que dificuldades e desafios na realização do trabalho de Enfermagem podem interferir na assistência ao paciente, familiares e na saúde psíquica destes profissionais. Porém, a equipe objetiva um relacionamento saudável, buscando sanar problemas que venham a prejudicar o andamento do serviço e o relacionamento, como referido nas falas.

Entretanto, apesar dos problemas enfrentados, os enfermeiros criam estratégias e desenvolvem ações com o intuito de facilitar o trabalho, constituindo-se fonte de prazer, na medida em que compartilham as dificuldades e valorizam o bom relacionamento interpessoal.

## **6 DISCUSSÃO**

No presente estudo, propôs analisar a percepção e os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre a promoção do cuidado humanizado ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Este capítulo estruturou-se em tópicos, conforme apresentação dos resultados. O primeiro, “Caracterização dos participantes” que apresenta os dados sociodemográficos, tempo de formação e atuação profissional dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

O segundo tópico abordará “Delineamento das categorias e subcategorias”, que emergiram das falas, e por sua vez, contemplaram os objetivos do estudo.

### **6.1 Caracterização dos participantes**

Para melhor compreensão do perfil dos participantes, destacam-se as informações pessoais. A equipe composta por 14 (82%) enfermeiros e 20 (66,6%) técnicos de enfermagem predominou gênero feminino, (99%) Enfermeiros e 100%, Técnicos de Enfermagem. A maior parte dos enfermeiros e técnicos de enfermagem apresenta-se entre 41 a 50 anos de idade, são casados, com apenas dois em união consensual.

Nesse sentido, Coutinho e Rolim (2005) destacam que a profissão de Enfermagem é predominantemente feminina com percentual reduzido do gênero masculino. Os autores também ressaltam que a mulher é cuidadora por excelência, preparada à concepção e ao cuidado da família desde os primórdios.

Pedroza, Campos e Oliveira (2006) chamam a atenção ao papel da enfermeira, como mulher, mãe, esposa e profissional de saúde, ora no trabalho em instituições, ora no cumprimento das atividades domésticas. Ressalta-se, portanto, que o trabalho das enfermeiras é um desafio constante, que conta com experiência, habilidade e busca constante pelo conhecimento para lidar com clientela tão vulnerável.

Em relação ao tempo de formação dos profissionais, sobressaíram as faixas entre 21 a 30 anos para cinco enfermeiros (35,7%) e dez Técnicos de Enfermagem, com 11 a 20 anos (25%) e 21-30 anos (25%). Pode se observar que o tempo de formação acadêmica coincide com o tempo de atuação profissional da grande maioria dos integrantes.

Ao verificar o tempo de formação da equipe, acredita-se que, logo após a formação do curso, seja de graduação ou nível técnico, buscaram experiências e, contudo,

maturidade no exercício profissional. Segundo Coutinho e Rolim (2005), a enfermeira não constrói conhecimentos somente por meios de estudos acadêmicos, mas os reconstrói no dia-a-dia, a partir dos desafios da sua rotina diária.

No que se refere à atuação no setor onde desenvolveu o estudo, destacaram-se que oito (57,2%) enfermeiros apresentaram-se com bastante experiência, atuando no CETIN, entre 21 a 30 anos e 1 a 10 anos. Em relação aos Técnicos de Enfermagem, dez (50%) referem trabalhar de 1 a 10 anos, cinco (25%), entre 11 a 20 anos, também demonstraram muito tempo de atuação nesse setor.

Estudo realizado em Fortaleza-Ce, com o objetivo de descrever os principais desafios e estratégias das enfermeiras que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), buscou conhecer o perfil e tempo de formação das profissionais. Resultou que predominou a faixa etária de 24 a 45 anos, que a maioria tem atuação em UTIN, entre 1 e 5 anos (CARDOSO *et al.*, 2010). Esses achados diferem deste estudo, pois mostram profissionais mais jovens e com menor tempo de atuação.

Ainda sobre o perfil dos participantes, verificou-se ainda que estes profissionais atuam em outras instituições com vínculo empregatício, assumindo, às vezes, a mesma carga horária. Vale ressaltar que em quase todas as instituições hospitalares, esta categoria profissional é submetida a uma elevada carga horária mensal.

Coutinho e Rolim (2005) questionam a sobrecarga e a dupla jornada de trabalho. Por um lado, será preciso em razão da situação econômica e em busca de uma complementação para atender as necessidades da família. Embora, são consideradas condições que podem afetar a assistência de enfermagem, uma vez que as ações podem tornar mecanizadas e tecnicistas e não priorizando o cuidado humanizado.

Os profissionais apresentam-se com bastante tempo de atuação profissional e atuante na área neonatal. Vale destacar o quanto buscam a realização da qualificação profissional, fazendo cursos de Especialização, Mestrado e/ou Doutorado. Logo, os participantes do estudo predominaram a titulação de Especialistas.

Na Neonatologia, a equipe de enfermagem assume um papel complexo, que exige aperfeiçoamento técnico-científico e, para contribuir na melhoria da assistência neonatal, tem procurado mais conhecimentos em cursos de qualificação. Os profissionais devem ser preparados para realizar as tarefas com a necessária consciência, quanto à importância do seu trabalho para a qualidade da assistência prestada. Lima *et al.* (2013) defendem a ideia de que se deve conciliar saber técnicos-científicos, recursos tecnológicos com cuidado humanizado e integral ao recém-nascidos.

Silva e Araújo (2007) afirmam que o trabalho com recém-nascido é apontado como fator positivo, uma vez que os profissionais se identificam, gostam de atuar com esse cliente, zelam pelo seu bem-estar e segurança, acompanham sua evolução até sair da UTIN.

Após descrever o perfil dos enfermeiros e os demais profissionais de enfermagem, dar-se ênfase as três categorias: Cuidar do Ser Humano, Contribuições de enfermagem para o cuidado humanizado, Fatores que interferem na qualidade do cuidado humanizado e as respectivas subcategorias que emergiram das entrevistas.

## **6.2 Delineamento das categorias e subcategorias**

A internação de um filho recém-nascido significa uma interrupção na regularidade da vida dos pais. Por sua vez, o passo em direção a uma melhor relação deve ser dado sempre pelos profissionais de saúde que compõe a equipe interdisciplinar capacitada para atender o paciente nos mais diversos contextos da doença.

A relação profissional/cliente/família é bastante próxima e há sempre uma troca de informações, conhecimento ou respeito, sendo necessário existir uma reciprocidade no tratamento entre os mesmos, com a valorização do ser humano.

Dando ênfase à hospitalização do recém-nascido, o cuidado deve se voltar às ações de integralidade, assim, é preciso repensar o fazer, atuando junto neonato e sua família, compartilhando conhecimento para atingir um cuidado autêntico, preocupado com a singularidade e integralidade do cuidar (SOUZA *et al.*, 2012).

Essa prática é importante para a enfermagem, logo, o profissional de saúde interage, cuida e colhe informações que guiará a devida assistência humanizada. Conforme Ponte *et al.* (2015), essa prática não é uma tarefa fácil, pois requer do profissional conhecimento e habilidade observacional.

Das falas dos participantes, emergiram três categorias, sendo a primeira denominada: “Cuidar do ser humano”, mediante o questionamento a respeito do significado sobre o cuidado humanizado.

Percebe-se que os participantes idealizam e realizam a prestação do cuidado humanizado ao recém-nascido internado na UTIN. Nota-se que esse cuidado humanizado se inicia no acolhimento, desde o momento da internação do neonato e, se estende durante todo atendimento. Essas atitudes foram observadas pelo autor, permitindo a visualização de situações, envolvendo atitudes de solidariedade e experiências de cuidar do outro, o que implica numa reflexão positiva.



O cuidado humanizado ao neonato é uma forma de assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem, cujo cuidado relaciona-se a um processo assistencial resultante de conhecimento e de prática das várias categorias profissionais atuantes na produção de cuidados em saúde (MARTINS *et al.*, 2011).

O cuidar profissionalmente na enfermagem deve estar voltado para olhar clínico e humano para com o outro, ouvir e escutando, sentir e empatizar com o outro, estando sempre disponível para fazer com o outro o que ele necessita e não consegue realizar. Para isso, deve se garantir a articulação entre os profissionais da UTIN e os das demais unidades de cuidados intermediários (SILVA; VIEIRA, 2008).

Entretanto, na subcategoria 1, denominada a humanização e o cuidado na prática de enfermagem, os participantes revelam a importância da humanização no cuidado atribuídos ao RN na UTIN, sendo descritos como algo relevante na assistência prestada ao binômio.

Percebeu-se no estudo que os profissionais buscam no princípio da integralidade, exercer a enfermagem com o objetivo, de manter um relacionamento harmonioso, e terapêutico com o recém-nascido e família, como preconiza o Ministério da Saúde.

Segundo Martins *et al.* (2011), cuidar de maneira humanizada é uma necessidade atual, tendo em vista que, por muitas vezes, o cuidado acaba se tornando a aplicação de uma técnica cotidiana da equipe de Enfermagem. A maneira como se trata os recém-nascidos é um fator determinante no que tange a humanização.

Em face dessas considerações, fica evidente a importância do cuidado de enfermagem e a aproximação com os RN internados na UTIN, bem como os pais, favorecendo o processo de vinculação, que permite serem participantes ativos na assistência ao filho, de modo que se possam constituir como família.

Na dissertação estudada, observou-se através das entrevistas e da observação a aproximação dos participantes da equipe de Enfermagem com neonato, tornando-se fundamental, o contato e o diálogo vinculados aos cuidados ao RN, o que permite associá-lo à humanização da assistência.

Portanto, os conceitos citados sobre humanização, são possíveis pensar que estes profissionais influenciados pela experiência viva do trabalho idealizado pelas diretrizes e metas prescritas no PNH, tornando verdadeiro o cuidar humanizado. Verifica-se um relacionamento baseado em atitudes humanas, respeito, e confiança com os sentimentos da família do neonato, isso é o esperado de todos os profissionais responsáveis pelo cuidar.

A PNH tem investido no apoio como método para a implementação de suas diretrizes e dispositivos. Produzindo outros modos de relação do Ministério da Saúde (MS)

com os territórios, por meio da ativação de coletivos de trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Produzindo conhecimentos e desenvolvendo tecnologias para a sustentação de uma política transversal. A PNH traz como diretrizes atuar, a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho (BRASIL, 2015).

Considerando que a PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável (BRASIL, 2013c).

Por meio de cursos e oficinas de formação intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da PNH são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, os trabalhadores são formados politicamente e reconhecidos como multiplicadores e apoiadores da PNH, pois são os construtores de novas realidades em saúde e poderão se tornar os futuros formadores da PNH em suas localidades (BRASIL, 2013c).

As percepções da humanização dos profissionais de saúde aproximam-se dos princípios norteadores do PNH, fundamentando-se na valorização das relações interpessoais, na consideração do outro como sujeito, nos elementos do cuidado e na assistência junto às famílias, entendendo a humanização como elemento indispensável para o cuidar.

No que se refere à promoção da segurança e conforto ao recém-nascido e a família, foram observadas nas falas dos profissionais, ações relacionadas ao zelo e o conforto humanizado ao recém-nascido, que certamente representam as prioridades para este grupo de profissionais do estudo, considerando ser o cuidado indispensável para o ser humano, e estimado como essência da Enfermagem, pois lida com pessoas em situações de vulnerabilidade envolvendo o saber afetivo com a arte de cuidar.

Estudo de Lohmann (2011) mostra através da acolhida harmoniosa, que a enfermagem se mostra como um elo, sendo visto como um facilitador no processo de cuidar, favorecendo meios de interagir com os familiares do neonato, usando como metodologia a escuta e o diálogo, assim os pais ficarão mais próximos e confiantes aprendendo a tocar e conversar com o seu bebê até o momento em que o possam acolher de forma mais íntima, promovendo assim, cuidados humanizados essenciais para implementação da assistência.

A equipe deve apoiar e promover condições para que os pais possam tocar seu bebê, proporcionando ambiente acolhedor e favorecendo aumento do vínculo afetivo. A emissão de toques afetivos, o cuidado com o sono do bebê, priorizar o silêncio, bem como interagir com o RN durante os procedimentos demonstram carinho, empatia, segurança e proximidade do profissional. O toque carinhoso constitui um modo de comunicação não verbal, uma forma ideal para que os sentimentos sejam expressos e compreendidos. A enfermeira é uma pessoa humana, revelada pelo modo carinhoso ao tocar o recém-nascido, durante o cuidado (ROLIM, 2006).

Diante disto, Carvalho *et al.* (2009) também ressaltam a importância de valorizar o primeiro contato dos pais com o RN internado, incentivando os a tocar e conversar com o filho, chamando-o pelo nome. Outro tema importante a ser considerado no tratamento do RN é diminuir a ansiedade dos pais por meio do fornecimento de informações, que deve ser realizado pela equipe de enfermagem.

Salienta-se que a equipe de enfermagem faz um acompanhamento psicologicamente contínuo com a família do neonato, que se torna um ponto importante a ser considerado no tratamento do RN de risco, reduzindo assim a ansiedade por meio do apoio, para ajudá-los na expressão de seus sentimentos. Se o pai ou a mãe experimenta um relacionamento positivo com um profissional capacitado para ouvi-lo, torna-se mais claros suas dúvidas e reduzem seus níveis de ansiedade (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A enfermagem se mostra como um diálogo vivo, e ao perceber angústia e expectativas dos pais, orienta situações, diagnósticos, procedimentos, estimula a permanecer no ambiente, incentiva a amamentação. Assim, os pais ficarão mais próximos, tocando seu bebê, cuidando até o momento em que o possam acolher de forma mais íntima.

Sendo assim, observa-se que, cuidar da família tornou-se parte de um cotidiano da equipe de enfermagem que visa preparar os pais para cuidar do bebê. Todo movimento do profissional visa garantir que a família esteja capacitada a desenvolver cuidados com o recém-nascido e disposta a dar continuidade ao atendimento que esse neonato necessite.

Na categoria 2, intitulada Contribuições de enfermagem para o cuidado humanizado identificam-se abordagens cuidadosas dirigidas à atenção das necessidades do recém-nascido e dos familiares, em especial, os pais. Os mesmos consideram a assistência ao neonato muito importante, exigindo deles muito cuidado e habilidades para identificar as percepções de sinais de estresse, pelo qual o bebê passa, para que possam ser reduzidos da melhor forma possível pela equipe de Enfermagem.

Neste sentido, a obtenção do conforto do neonato, faz-se necessária a construção de um ambiente externo favorável harmonioso, amoroso, que propicie crescimento, segurança, proteção, bem-estar e que inclua a presença de profissionais de forma empática. Isto deve ser uma prática integral dirigido ao recém-nascido (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Para Rocha *et al.* (2011b), o cuidado da equipe de enfermagem centrado na família tem sido prioridade dos serviços de neonatologia. O longo período de internação tem gerado grandes problemas no contexto familiar, aumentando a angústia, o medo e o estresse da mãe e da família, prejudicando o estabelecimento do vínculo e apego. O recém-nascido, não existe sozinho, pois necessita da presença da mãe, dessa maneira, suas habilidades e dificuldades devem ser contempladas na promoção e na segurança prestada ao RN e a família.

Para o êxito do tratamento do bebê durante o período de sua internação, é necessário o estabelecimento de vínculo afetivo entre a família e o neonato, o mesmo acontecendo com os profissionais que prestam cuidados ao RN, tornando-se a relação de sentimentos de amor o que proporcionará respostas satisfatórias em termos de segurança, e bem-estar, físico e emocional (CAMPOS; SILVA; AMARAL, 2010).

A relevância do relacionamento da equipe de Enfermagem ao recém-nascido e a família torna-se viável para uma melhor condição de cura, havendo necessidades do desenvolvimento do diálogo e interação continua passando dessa forma a ter um cuidado holístico e humanizado como preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde.

Em relação à atenção individualizada ao recém-nascido, contextualizou os cuidados em agrupamentos, promovendo manuseio mínimo. Sasso *et al.* (2008) afirmam que à reciprocidade no cuidado ao RN, entre os profissionais que o assistem, possibilitam um cuidado mais integral e holístico e humano, minimizando assim, o sofrimento e o impacto do doente na hospitalização.

Importa salientar que durante a observação do estudo na UTIN, observou-se durante a admissão de um recém-nascido proveniente de outro hospital na fala com o profissional que a mãe acredita que a UTIN é um local onde as pessoas estão em estado crítico e prestes a morrer. Por isso atribuem fatos negativos em relação a este ambiente, que para elas é estranho, o qual pode desencadear sentimentos conflitantes, onde elas ficam inseguras e com medo de que algo mais grave aconteça com seu filho.

Apesar da grande relevância da UTIN para os RN enfermos, Oliveira *et al.* (2009) reconhecem que há uma incoerência, quando se percebe que uma unidade que deveria zelar pelo bem-estar do RN em todos os aspectos, é considerada um ambiente impactante e temeroso devido barulhos e luminosidade intensa, o que pode causar desconforto para o RN.

Para Chaves (2011), alguns procedimentos invasivos realizados no neonato pelos profissionais de Enfermagem desencadeiam estímulos dolorosos no recém-nascido, promovendo complicações fisiológicas e comportamentais que aumentam a sua morbidade e mortalidade no período de internação. O recém-nascido sente dor e este sintoma precisa ser visto com brevidade e prevenido quando possível, além de diagnosticado e tratado, traz ao RN sensação de alívio e bem-estar.

A atenção no cuidado humanizado pela equipe de Enfermagem deve contemplar a capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, visando dessa forma conhecer o outro, compreendê-lo para que possa propiciar o bem-estar recíproco (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Neste sentido, Martins *et al.* (2011) afirmam em seus estudos que as mães apresentam esses sentimentos por não saberem o que está acontecendo com seu filho, uma vez que para os pais, a hospitalização é vista como uma situação crítica e delicada. Para Costa, Klock e Loks (2012), o enfermeiro deve promover a formação e o fortalecimento dos laços afetivos, aproximando esse binômio, para que os efeitos negativos da internação hospitalar sejam atenuados.

No que concerne à promoção da ambiência neonatal, constitui fonte de stress e desorganização para o bebê, podendo gerar danos a seu desenvolvimento (ROSEIRO; PAULA, 2015). Caracteriza-se como um ambiente de superestimulação para o RN (alto nível de ruído, luminosidade e manipulação), geralmente não contingente às respostas dos bebês e incompatível com sua capacidade de autorregulação.

Identificado pelos profissionais do estudo como um dos cuidados de Enfermagem mais importante dentre da UTIN, a iluminação e o nível de ruído e a manipulação excessiva nos RN, foram apontados como meios de proporcionar estresse para o bebê. Torna-se como cuidado essencial protegê-lo quanto a possíveis sequelas ou problemas em seu desenvolvimento.

No estudo percebeu-se que a tecnologia está associada a um conjunto de conhecimentos e que não devem ser isoladas, especialmente nos princípios científicos, aplicados a determinado ramo de atividade. A tecnologia do cuidado está inserida na classificação das tecnologias específicas da equipe de Enfermagem, onde a humanização ao bebê se completam, assim as técnicas utilizadas, com o conhecimento pelo enfermeiro, resultam em um cuidado humanizado (NIETSCHE; LEOPARDI, 2011).

A necessidade de intervenções no ambiente sensorial da unidade neonatal, com vistas a diminuir o nível de estimulação, garantindo-lhes uma melhor maturação física e

neurológica. A estimulação, quando adequada, proporciona benefícios para o RN, tornando-se assim de extrema relevância a adequação do nível dos estímulos à condição evolutiva do neonato e às suas necessidades individuais (ROSEIRO; PAULA, 2015).

Martins *et al.* (2011) mencionam que é importante agasalhar o neonato para evitar perdas de calor, manter um período de repouso com luzes e ruídos amenizados, pois estas estratégias possibilitam a regulação dos sistemas corporais do neonato, diminuem o gasto de energia e aceleram o ganho de peso no RN.

Como relatados nos depoimentos dos profissionais do estudo, observou-se durante a observação que os profissionais atuam de forma cuidadosa e atenciosa quanto às normas e diretrizes do Ministério da Saúde nos procedimentos realizados com o neonato, visando um cuidado voltado para assistência humanizada.

A equipe de enfermagem deve proteger o RN no ambiente sensorial da unidade neonatal, minimizando os efeitos dos ruídos e das luminosidades para os neonatos, procurando acrescentar um ambiente calmo e tranquilo, evitando assim sequelas e complicações para o RN na ambiência neonatal (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Observou-se pelo autor durante a observação não participante que ações humanizadas ao neonato faz parte das rotinas no cenário do estudo pelos profissionais no ambiente neonatal. Entre eles cita-se o controle do nível sonoro, respondendo prontamente aos alarmes e monitores, o abrir e fechar as portas da incubadora de forma suave, o uso de cobertores sobre a incubadora para diminuir ou controlar a luminosidade, a hora do soninho, o falar suavemente antes de tocar no RN, alterna a posição do bebê, mantém diminuição na campainha do telefone convencional, e restrições no uso dos celulares.

Quanto ao acolhimento à família do recém-nascido, a equipe de Enfermagem deve promover a aproximação e o envolvimento dos familiares com o cuidado prestado ao RN, oferecendo apoio, informando e orientando sobre o estado do bebê e formas de realizar o cuidado, haja vista que a experiência de ter um filho internado em uma UTIN é marcada por sentimentos de medo, insegurança e tensão, o que pode abalar a estrutura familiar como unidade de cuidado (LOHMANN, 2011).

A esse respeito, a acolhida na unidade faz parte da implementação do cuidado humano que se inicia desde a admissão e se estende ao binômio e todos familiares. No decorrer da coleta de dados deste estudo, percebeu-se, na observação não participante, uma interrelação entre os profissionais com as famílias dos neonatos, envolvendo atitudes humanas, que demonstra respeito, atenção e sentimentos com a internação dos RN. Por sua vez, essas atitudes, por todos os profissionais, estão voltadas para o verdadeiro cuidar

humano, conforme descritas nas diretrizes do Ministério da Saúde, acerca da humanização do cuidado ao recém-nascido.

Os resultados encontrados se assemelham ao estudo de Fialho *et al.*, (2015) tornando-se relevante mencionar um dos principais ganhos na assistência humanizada ao recém-nascido internado em UTIN. A inserção da família do recém-nascido e, quando possível, a inserção da mãe no cuidado prestado ao neonato, são primordiais, desde que sejam respeitadas as condições de saúde do binômio e o desejo manifestado da mãe.

Os profissionais destacaram a importância da presença e participação dos pais durante a internação do bebê, estabelecendo uma relação entre atenção humanizada ao RN, e participação da família. Isso se estabelece por meio de ações de apoio e promoção de condições que facilitem um contato mais próximo com o filho e uma participação mais efetiva dos pais nos cuidados (ROSEIRO; PAULA, 2015).

Estudo de Oliveira (2009) ressalta a importância do cuidado envolvendo a promoção do cuidado humanizado ao RN e a família, percebe-se uma grande necessidade que esses cuidados sejam repassado para a família, uma vez que estes darão continuidade nos cuidados ao neonato, e que superada a necessidade da assistência intensiva, os cuidados tenham continuidade nas fases subsequentes.

Destaca-se, portanto, que para ocorrer assistência ao RN de forma humanizada na UTIN, a equipe de enfermagem deve estar sensibilizada sobre a importância do contato precoce entre pais e filhos, bem como incentivá-los a participar dos cuidados ao bebê, ensinando-os como realiza-los, além de oferecer o apoio psicológico de que necessitam.

Nesse processo de trabalho, com vistas a ampliar o objeto de ação por meio da inserção da família como sujeito e objeto do trabalho, rumo à construção de um novo modelo assistencial que visa à humanização da assistência ao neonato e sua família.

No encontro entre profissionais e recém-nascido/família, deve ocorrer o diálogo e a comunicação, visando à identificação de necessidades, bem como em busca de formação de vínculo, com o objetivo de instituir uma relação humanizada com a família do RN.

Conforme estudo de Loureiro, Castilho e Silva (2009), o atendimento não deve ser focado apenas ao recém-nascido, mas também, procurar acolher os pais, fornecer-lhes informações sobre o estado de saúde de seu filho, bem como da importância dos equipamentos que estão sendo utilizados na recuperação dele. Esses achados assemelham-se ao presente estudo que apresentou interação e comunicação, entre profissionais e os pais, onde se estabeleceu de forma efetiva.

Tais fatores são considerados importantes na produção de mudanças na cultura assistencial, primando-se pela qualidade e integralidade do atendimento ao bebê e sua família. Os profissionais entendem a humanização a partir de uma reconfiguração da relação paciente-profissional, por meio de uma assistência centrada no respeito, em uma melhor comunicação e orientação do paciente e sua família, e, sobretudo, em seu acolhimento. Esses princípios, pautados nos valores de solidariedade são considerados importantes para a mudança da cultura assistencial (ALVES; DESLANDES; MITRE, 2009).

A posição canguru lançada pelo Ministério da Saúde foi destacada como uma forma de obter maior aproximação entre o bebê e os pais, por meio do contato direto pele a pele, em que não se troca somente calor, mas também carinho e aconchego.

O Ministério da Saúde, juntamente com outros órgãos, proporcionou a capacitação das equipes neonatais do país, realizou seminários e estabeleceu centros de referência regionais, esses investimentos em treinamentos e palestras podem motivar os profissionais inicialmente, tendo como objetivo principal o cuidado humanizado ao binômio (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Percebeu-se pelo autor no cenário do estudo durante a observação não participante, e também registrado no diário de campo, o cuidado minucioso que a equipe de enfermagem enfrenta no seu cotidiano, que é a instabilidade do recém-nascido prematuro na UTIN, sendo importante considerar a insegurança e a ansiedade vivida pela família.

Vale salientar que o nascimento de um recém-nascido pré-maturo impõe obstáculos às famílias, além disso, torna-se um dos problemas enfrentados pelos profissionais de enfermagem, em lidar com os pais, o que constitui uma possível barreira para implantação do cuidar conforme determina e preconiza as diretrizes do Ministério da Saúde no que se refere a promoção do cuidado humanizado ao neonato.

O estudo de Viera e Mello (2009), desenvolvido no município de Cascavel-PR, pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná UNIOESTE, objetivou apresentar experiências de cuidados, a partir de relatos de famílias com filhos prematuros internados em UTIN, que pode corroborar com o estudo, mostrando os mesmos problemas aqui citados.

Portanto, o estudo mostrou que a equipe de Enfermagem, foi referida como uma forma de aproximar mãe e bebê, promovendo a construção de vínculos afetivos entre o binômio, mostrando que a postura adotada, especialmente pela equipe de Enfermagem pelos profissionais, pode aproximá-lo do cuidado humanizado ao RN, e dos benefícios que são atribuídos a sua presença no ambiente neonatal.



Nesse contexto, deve-se buscar uma ação conjunta dos profissionais, procurando adotar práticas que valorizem a participação dos indivíduos no processo de mudanças incentivadoras e organizacionais.

Quanto aos fatores que interferem na qualidade do cuidado humanizado, os profissionais do estudo em pequena minoria ressaltaram que, no cotidiano de trabalho, o desestímulo é grande, devido principalmente à falta de valorização do trabalhador, o que contribui para o processo de adoecimento dos profissionais de saúde nessa direção.

As palavras mais apontadas foram falta de motivação, treinamento voltado para a humanização, e interação em equipes. Para o atendimento não se tornar mecanizado e desumano, além dos aspectos relacionados ao bebê e família, é imprescindível considerar que a humanização também inclui as relações profissionais e as condições do ambiente de trabalho (BRASIL, 2012; GOULART; CHIARI, 2010).

Os profissionais de Enfermagem devem sempre estar em condições adequadas para prestação da assistência ao neonato, pois além das diversidades de doenças que implica complexa terapêutica, depara-se com aparelhos e equipamentos altamente sofisticados que requer manuseio adequado (CARDOSO *et al.*, 2010). Além disso, as condições dos profissionais, em prol de melhorias, são fatores de motivação que determinam aumento de produção e satisfação pelo trabalho (PEDROZA; CAMPOS; OLIVEIRA, 2006).

No que concerne à organização do trabalho hospitalar, destacam-se fontes de pressão para os profissionais no exercício de suas atividades e o prolongamento da jornada de trabalho que intensificam desgaste físico e psicológico, resultando em fator desencadeante de estresse e sofrimento mental (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Outros aspectos abordados pelos entrevistados dessa pesquisa indicaram que os profissionais de enfermagem, a despeito do grau de insatisfação com o ambiente de trabalho, reclamavam melhores condições para a assistência ao paciente, principalmente no que diz respeito à falta de materiais para a execução do cuidado, demonstrando desmotivação.

A proposta de humanização da assistência à saúde visa à melhoria da qualidade de atendimento ao usuário e das condições de trabalho para os profissionais. Visa-se, também, o alinhamento com as políticas mundiais de saúde e à redução dos custos excessivos e desnecessários decorrentes da ignorância, do descaso e do despreparo que ainda permeiam as relações de saúde em todas as instâncias (BRASIL, 2012).

Assim, estudos de Roseiro e Paula (2015) atestam a premissa de que o profissional é elemento fundamental para a humanização do atendimento, defendendo a

realização de investimentos nos serviços de saúde, número suficiente de pessoal, melhor salário e condições adequadas de trabalho.

A realidade expressa no discurso dos participantes que aponta a importância da promoção de ações direcionadas ao “cuidado do cuidador”, que contemplem a criação de espaços onde eles possam expressar suas vivências das situações cotidianas nas UTIN. Além disso, é importante oferecer treinamento para gerenciarem situações estressantes, em um processo de educação permanente.

A capacitação de profissionais para uma nova visão do bebê é de grande importância para que os procedimentos e manuseios de rotina do neonato sejam empregados de forma individualizada, mantendo-se atento aos procedimentos realizados e voltado ao RN (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Os resultados destacados se assemelham aos encontrados por Rolim e Cardoso (2006) e Beck *et al.* (2007), os quais apontam que a assistência humanizada era percebida por profissionais de saúde a partir do resgate dos aspectos emocionais, do fortalecimento das relações interpessoais e do aprimoramento dos sentimentos internos, caracterizando o cuidado integral ao recém-nascidos.

Analisa-se, portanto, que a estruturação do cuidado humanizado, dessa forma, torna-se indispensável para aprender a cuidar melhor do ser humano, mas cuidar em todas as suas dimensões.

Em relação à necessidade de recursos materiais e burocratização, gera falhas no cuidado oferecido pela equipe de Enfermagem ao neonato, ausente do sentido de integralidade, poderá gerar resultados insatisfatórios para o indivíduo, para a família e para a sociedade. A efetivação de assistência muitas vezes é dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho, falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde, para atendimento das novas necessidades de trabalho, bem como pela ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas de atenção à saúde, na perspectiva da transformação (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

A integralidade que consiste um dos princípios do SUS, no cotidiano dos serviços de saúde, deve contemplar uma ação de cuidados, que produza relações de acolhimento, dignidade, vínculo e respeito, no encontro dos vários atores envolvidos, profissionais, usuários e instituição (DUARTE *et al.*, 2009).

O trabalho em equipe também foi apontado como um aspecto da humanização, na medida em que os profissionais apresentam objetivos comuns e atuam de forma interdisciplinar (ROSEIRO; PAULA, 2015).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou compreender a percepção dos profissionais de Enfermagem sobre o cuidado humanizado ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, cenário desta pesquisa, bem como suas implicações para a realização de uma assistência pautada pelos sentidos da integralidade e pela garantia da continuidade do cuidado ao neonato.

A respeito das características dos sujeitos da pesquisa, considera-se uma equipe que apresenta tempo de formação suficiente, classificando-os experientes, competentes, habilidosos e maduro profissionalmente. Pode-se afirmar que o desempenho das atribuições neonatais, requer habilidades técnica e eficácia nas intervenções terapêuticas. Contudo, observou-se que os participantes que compõem a equipe de enfermagem caracteriza-se como profissionais capazes de zelar integralmente pelo cuidado humanizado ao recém-nascido.

Ao se perguntar sobre o significado do cuidado humanizado, todos os profissionais de Enfermagem relataram que o cuidado prestado pela equipe ao RN e à família no ambiente da UTIN é essencial para a sua reabilitação/cura, dando-se ênfase à competência, ética e sensibilidade dos profissionais.

Além disso, a atuação do enfermeiro e os demais profissionais de enfermagem requer conhecimentos básicos essenciais para o atendimento eficaz, o que lhe compete compreensão e segurança na execução da terapêutica, atualização quanto ao aparato tecnológico específico para cada área de atuação.

Assim, para cuidar de forma humanizada, o profissional de enfermagem deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, oferecendo cuidados integrais, mantendo sempre eficiência e respeito. Relatam que se deve construir um espaço concreto nos serviços de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas

Esses profissionais mantêm em seu cotidiano o zelo pela vida do outro e relatam que, além das normas e diretrizes impostas, trazem consigo a missão de humanizar os cuidados aos recém-nascidos e famílias, independente dos entraves e obstáculos existentes. Percebe-se, portanto, que a equipe de enfermagem tem usado de estratégias para atender às necessidades, bem como desenvolvem ações que facilitam suas práticas.

Em relação às contribuições de enfermagem para o cuidado humanizado os profissionais em seus depoimentos deram bastante ênfase ao acolhimento e a comunicação com a família do RN. Essa aproximação torna-se mais fácil demonstrar-lhes interesse pela presença deles na UTIN, fazendo com que eles possam ser percebidos e valorizados na

unidade. Esses profissionais enfatizaram a importância de uma linguagem fácil de ser compreendida, como também intensificar as rotinas da unidade, como uma maneira de aproximar o profissional e familiares.

Em relação à família, os profissionais de enfermagem oferecem aos pais do neonato, uma boa receptividade e um bom acolhimento, fortalecendo assim laços afetivos, proporcionando a manutenção do binômio mãe e filho, o que se torna parte essencial nesse processo, uma vez que a presença da mesma transmite segurança emocional, equilíbrio durante o período de internação.

No que se refere à ambiência neonatal, dá-se ênfase a iluminação, ruído, temperatura e técnicas de contato com o recém-nascido, sendo formas de assegurar o cuidado humanizado no atendimento ao bebê. Os profissionais ressaltam que esses cuidados são primordiais para promover o desenvolvimento adequado do neonato, enquanto estiver internado na UTIN.

Torna-se imprescindível o empenho da equipe em buscar estratégias capazes de ajudar a vivenciar o momento presente, superar as dificuldades e dar suporte para facilitar a continuidade do cuidado durante a internação e finalmente, promover o tratamento para melhorar as condições de saúde do bebê e devolvê-la à sua família.

Além das falas dos participantes, a observação do autor deste estudo durante a implementação terapêutica reforça para uma percepção voltada à qualidade da produção da saúde neonatal e das condições de trabalho disponíveis para o alcance das metas e diretrizes instituídas pelo Ministério da Saúde, no que concerne à produção de cuidados humanizados.

Vale salientar que na observação não participante foi pertinente para conferir análise, interação e constituíram ferramentas ideais para a promoção de maior interação, clima de ludicidade e bom humor.

Sendo assim, torna-se necessário o aperfeiçoamento e a atualização dos profissionais de enfermagem para que possam aplicar o conhecimento de forma responsável, desenvolvendo um senso crítico e reflexivo de suas ações. Pode se inferir a importância de se repensar novas maneiras de cuidar, utilizando a arte, a sensibilidade e a criatividade na adequação e humanização das tecnologias.

A idealização de políticas públicas voltadas para a Neonatologia, idealizado pelo Ministério da Saúde, teve como finalidade sensibilizar os profissionais atuantes em UTIN e acredita-se que há uma adequação ao que se preconiza. Além disso, observa-se, portanto, que a imersão de novas tecnologias nas unidades neonatais tem provocado grande impacto na assistência à saúde ao recém-nascido.

Os resultados deste estudo respondem de maneira satisfatória, sobre a promoção do cuidado humanizado ao recém-nascido na UTIN, por parte dos profissionais de enfermagem, que por sua vez, mantém-se aliado a competências, habilidades e segurança na sua prática de cuidar.

Embora as limitações deste estudo se refiram algumas lacunas nas respostas dos enfermeiros e demais profissionais de Enfermagem, acredita-se que poderá contribuir com o exercício da Enfermagem Neonatal, otimizando a assistência ao recém-nascido e família, bem como a comparação com investigações já realizadas sobre esse tema para desvelar novos conhecimentos.

Destaca-se o profissional de Enfermagem como elo fundamental no processo do cuidado, de modo que se pretende realizar encontros com a equipe envolvida na pesquisa para apresentar os dados obtidos, inerentes a prestação do cuidado humanizado ao binômio RN e mãe, e discutir estratégias para otimização da assistência neonatal.

Dessa forma, o presente estudo traz a importância da inovação frente a essas práticas mencionadas e que as mesmas sejam fruto para se desenvolver novos estudos, bem como melhorar a realidade, tanto do desempenho da categoria, da ambiência, sobretudo, o cuidado humanizado ao recém-nascido.

## REFERÊNCIAS

- AITA, M.; SNIDER, L. The art of developmental care in the NICU: a concept analysis. **J Adv Nurs**, v. 41, n. 3, p. 223-32, 2003.
- ALMOHALLA, L.; GUERRA, R. M. R. Identificação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo por profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 117-26, maio/ago. 2011
- ALTON, M.; MERICLE, J.; BRANDON, D. One intensive care nursery's experience with enhancing patient safety. **Adv Neonatal Care.**, v. 6, n. 3, p. 112-9, 2006.
- ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 1, p. 581-94, 2009.
- ARAÚJO, A. T. C.; EICKMANN, S. H.; COUTINHO, S. B. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de criança prematuras internadas em unidade de neonatologia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 119-28, abr./jun. 2013.
- BARALDI, E.; FILIPPONE, M. Doença pulmonar crônica após nascimento prematuro. **N Eng J Med.**, v. 357, p. 1946-55, nov. 2007.
- BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-51, set./out. 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARROS, S. D. O. L.; QUEIROZ, J. C.; MELO, R. M. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 598-603, out./dez. 2010.
- BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; DENARDIN, J. M.; TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 503-10, 2007.
- BERTOLINO, K. C. O.; DIEFENBACH, G. D. F.; COSTA, R. F. A humanização no contexto da assistência ao paciente hospitalizado: uma breve reflexão. In: JORNADA INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM UNIFRA, II., 2012, Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2012.
- BOSI, M. L. M.; PRADO, S. D.; LINDSAY, A. C.; MACHADO, M. M. T.; CARVALHO, M. C. V. S. O enfoque qualitativo na avaliação do consumo alimentar: fundamentos, aplicações e considerações operacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1287-96, out./dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização compõe novo arranjo de apoio do Ministério da Saúde às regiões de saúde. **RHS**, 07 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/91684-politica-nacional-de-humanizacao-compoe-novo-arranjo-de-apoio-do-ministerio-da-saude-as-regioes-de-saude>>. Acesso em: 21 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 maio 2012a.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUSTAMANTE, V.; McCALLUM, C. A. O cuidado de grávidas e bebês no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo etnográfico. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 607-18, jul./set. 2010.

CAMPOS, A. C. S.; ODISIO, M. H. R.; OLIVEIRA, M. M. C.; ESTECHE, C. M. G. C. E. Recém-nascido na Unidade de Internação Neonatal: o olhar da mãe. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 52-9, jan./mar. 2008.

- CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. Assistência em Enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em unidade de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 189-93, 2011.
- CARDOSO, S. N. M.; ESTECHE, C. M. G. E.; LOPES, M. M. C. O.; SHERLOCK, M. S. M.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Desafios e estratégias de enfermeiras na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 76-84, 2010.
- CARDOSO, M. V. L. M. L.; CHAVES, E. M. C.; BEZERRA, M. G. A. Ruídos e barulhos na unidade neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 561-6, jul./ago. 2010.
- CARVALHO, J. B. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.; BRITO, R. S.; SOUZA, N. L. Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 734-8, set./out. 2009.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Fórum discute Rede Cegonha das regiões de Canindé e Tauá**. Fortaleza: SESA, 10 jul. 2013. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45954-forum-discute-rede-cegonha-das-regioes-de-caninde-e-taua>>. Acesso em: 21 out. 2015.
- CHAVES, L. D. A avaliação da dor no recém-nascido. In: SOUZA, A. B. G. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 130-142.
- COELHO, N. A.; NAMBA, M. Cateter Central de Inserção Periférica: cuidados de enfermagem. **Rev. Enferm. UNISA**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 167-71, 2009.
- CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, M. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 349-54, maio/jun. 2009.
- COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M. O. H. Acolhimento na Unidade Neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 349-53, jul./set. 2012.
- COSTA, R.; PADILHA, M. I. O Hospital Infantil como marco no atendimento ao recém-nascido de risco em Santa Catarina (1987-2009). **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 469-78, 2010.
- COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 199-204, mar. 2010.
- COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 1, p. 571-80, 2009.
- COUTINHO, R. L. C.; ROLIM, K. M. C. Caracterização de enfermeiros e da prática assistencial em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 78-86, set./dez. 2005.



- DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIER, C. C. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo v. 43, n. 3, p. 647-54, set. 2009.
- FIALHO, F. A.; DIAS, M. A. V.; SILVA, L. R.; SANTOS, R. S.; SALVADOR, M. Tecnologias aplicadas pela Enfermagem no cuidado neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 23-32, jan./mar. 2015.
- FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Paulo: Yendis, 2008.
- FREDDI, N. A.; PROENÇA FILHO, J. O.; FIORI, H. H. Terapia com surfactante pulmonar exógeno em pediatria. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 79, n. 2, p. S205-S212, nov. 2003.
- FROTA, M. A.; CAMPOS, A. C. S.; PIMENTEL, Z. B.; ESTECHE, C. M. G. C. E. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 323-9, jul./set. 2007.
- GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 935-44, maio 2012.
- GOULART, A. L. Caracterização da população neonatal. In: KOPELMAN, B. I.; SANTOS, A. M. N.; GOULART, A. L.; ALMEIDA, M. F. B.; MIYOSHI, M. H.; GUINSBURG, R. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 3-11.
- GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-68, 2010.
- HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M.; HENNIG, M. A. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-68, jul./set. 2005.
- LIMA, A. C.; SANTOS, R. P.; SILVA, S. P.; LAHM, J. V. Sentimentos maternos frente hospitalização de um recém-nascido na UTI Neonatal. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v. 15, n. 4, p. 112-115, 2013.
- LINS, R. N. P.; COLLET, N.; CECCHETTI VAZ, E. M.; REICHERT, A. P. S. Percepção da equipe de Enfermagem acerca da humanização do cuidado na UTI Neonatal. **R bras ci Saúde**, v. 17, n. 3, p. 225-232, 2013.
- LOHMANN, P. M. **O ambiente de cuidado em UTI Neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde**. 2011. 83 f. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento) – Centro Universitário Univates, Lajeado (RS), 2011.
- LOUREIRO, L. L.; CASTILHO, M. A.; SILVA, Y. E. **Reações dos pais diante da internação da hospitalização de um recém-nascido na UTI Neonatal**. 2009. 94 f.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins-SP, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, C. F.; FIALHO, F. A.; DIAS, I. V.; AMARAL, J. A. M.; FREITAS, S. C. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: o papel da Enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 2, p. 268-76, abr./jun. 2011.

MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Considerações sobre o processo de humanização no H.U. de Dourados – MS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS: Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 3. p. 63-80.

MASCARENHAS, L. S. A importância da humanização da assistência de enfermagem no setor de emergência. **Portal da Educação**, 21 jun. 2012. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/13744/a-importancia-da-humanizacao-da-assistencia-de-enfermagem-no-setor-de-emergencia>>. Acesso em: 21 out. 2015.

MENON, D.; MARTINS, A. P.; DYNIEWICZ, A. M. Condições de conforto do paciente internado em UTI Neonatal. **Cadernos da Escola de Saúde Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, C. P. **As dificuldades das mães de recém-nascidos prematuros em domicílio, pós-alta hospitalar**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação) – Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 129-132, 2011.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BERSUSA, A. A. S.; SIQUEIRA, S. R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 942-9, out. 2010.

OLIVEIRA, E. B.; SILVA, A. V.; PEREZ JUNIOR, E. F.; COSTA, H. F.; NASCIMENTO, L. P.; SOUZA, L. A. M. Fatores de risco psicossocial em terapia intensiva neonatal: repercussões para a saúde do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 490-5, out./dez. 2013.

OLIVEIRA, M. M. C. **Avaliação do crescimento de crianças prematuras de muito baixo peso egressas da unidade de internação neonatal**. 2005. 106 f. Dissertação (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

OLIVEIRA, M. M. C.; BARBOSA, A. L.; GALVÃO, M. T. G.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, S. J. G. S.; MELO, S. N.; OLIVEIRA, S. M. B.; SOUSA, D. S.; PINHEIRO, F. G. M. S. Assistência humanizada no período perinatal com a utilização do Método Canguru: uma revisão bibliográfica. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v. 2, n. 2, p. 79-91, out. 2014.

OLIVEIRA, S. R. **A alta do recém-nascido da unidade de terapia intensiva neonatal: implicações para a continuidade do cuidado**. 2009. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-8, 2011.

PEDRON, C. D.; BONILHA, A. L. L. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 612-8, dez. 2008.

PEDROZA, M. A. D.; CAMPOS, A. C. S.; OLIVEIRA, M. M. C. Dano ocupacional na unidade de terapia intensiva neonatal: a percepção da enfermeira. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 17-24, maio/ago. 2006.

PELLICIOTTI, J. S. S.; KIMURA, M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1-9, nov./dez. 2010.

PINHEIRO, E. M.; SILVA, M. J.; ANGELO, M.; RIBEIRO, C. A. O significado da interação das profissionais de enfermagem com o recém-nascido/família durante a hospitalização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 1012-8, nov./dez. 2008.

PONTE, K. M. A.; GOMES, M. C. F.; PONTE, H. M. S.; FARIAS, M. S. Cuidados de enfermagem que proporcionam conforto à criança hospitalizada: visão do responsável. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 17, n. 3, p. 165-8, 2015.

QUIRINO, D. D.; COLLET, N.; NEVES, A. F. G. B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 300-6, jun. 2010.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 200-13, 2007. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; THOFEHRN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 530-9, 2014.

ROCHA, R. S.; LÚCIO, I. M. L.; LOPES, M. M. C. O.; LIMA, C. R. C.; FREITAS, A. S. F. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na Unidade Neonatal. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 502-9, jul./set. 2011b.

ROCHA, R.; OLIVEIRA, C.; SILVA, D. K. F.; BONFIM, C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 114-20, jan./mar. 2011a.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Rev Eletr Enferm.**, v. 6, n. 2, p. 286-91, 2004. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista6\\_2/pdf/R3\\_primordio.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R3_primordio.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.

ROLIM, K. M. C. **Enfermagem humanística: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira na Unidade Neonatal.** 2006. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2006.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de alto risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 85-92, 2006.

ROSEIRO, C. P. **O cuidado ao recém-nascido em UTIN: concepções e práticas de humanização.** 2010. 181 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES), 2010.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 32, n.1, p. 109-19, jan./mar. 2015.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-7, abr./jun. 2010.

SASSO, L.; BONVENTO, C. M.; GAGLIANO, C.; BAGNASCO, A. Scienze infermieristiche generali e cliniche. 2. ed. Milano: McGraw Hill, 2008.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 684-9, set. 2009.

SILVA, M. A. M.; PINHEIRO, A. K. B.; SOUZA, A. M. A.; MOREIRA, A. C. A. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-9, maio/jun. 2011.

SILVA, N. D.; VIEIRA, M. R. R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 3, p. 110-116, 2008.

SILVA, R. M.; ARAÚJO, M. A. L. Promoção da Saúde no contexto interdisciplinar. **RBPS**, Fortaleza, v. 20, n. 3, p. 141-2, 2007.

SILVA, T. L. S. **Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.** 2014. 22 f. Artigo (Especialização em Arquitetura de Sistemas de Saúde) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2014.

SIMSEN, C. D.; CROSSETTI, M. G. O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 231-42, ago. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Entenda o método canguru, atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **EBC**, 17 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/infantil/para-pais/2015/07/entenda-o-metodo-canguru-atencao-humanizada-ao-recem-nascido-de-baixo>>. Acesso em: 21 out. 2015.

SOUSA, B. B. B.; SANTOS, M. H.; SOUSA, F. G. M.; GONÇALVES, A. P. F.; PAIVA, S. S. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 88-96, 2006.

SOUZA, A. B. G. (org.). **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido.** São Paulo: Martinari, 2011.

SOUZA, A. R. **Razão áurea e aplicações: contribuições para a aprendizagem de proporcionalidade de alunos do 9º Ano do Ensino Fundamental.** 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado em Educação Matemática) – Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2013.

SOUZA, K. M. O.; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 471-80, 2010.

SOUZA, L. P. S.; SILVA, C. C.; BRITO, J. C. A.; SANTOS, A. P. O.; FONSECA, A. D. G.; LOPES, J. R.; et al. O brinqueado terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. **J Health Sci Inst.**, v. 30, n. 4, p. 354-8, 2012.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099-117, 2010.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-82, 2009.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**Dados pessoais e profissionais:**

Sexo:  Masculino             Feminino

Idade:  < 30 anos             31 a 40 anos             41 a 50 anos

51 a 60 anos             > 61 anos

Estado civil:  Casado     Solteiro     União consensual

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de formação acadêmica: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho no CETIN: \_\_\_\_\_

Trabalha em outra instituição?     Não     Sim    Se Sim, Qual o setor? \_\_\_\_\_

Tem curso(s) de pós-graduação?     Não     Sim    Se Sim, Qual? \_\_\_\_\_

**Roteiro da Entrevista Semiestruturada:**

1. Como você define o cuidado humanizado ao recém-nascido?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Visando o atendimento ao recém-nascido internado no CETIN, quais os cuidados humanizados você considera essenciais para implementação da assistência?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Descreva como você atua na prestação do cuidado humanizado no CETIN.

Em relação ao RN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em relação ao ambiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em relação aos pais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Relate as dificuldades encontradas para promover assistência humanizada no contexto neonatal.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Liste os aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado ao recém-nascido internado no CETIN.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, José Hernevides Pontes Ferreira, aluno do curso de Mestrado da Universidade Federal do Ceará- UFC, RG: 96023082814, estou lhe convidando para participar de uma pesquisa, cujo objetivo é analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado humanizado no Centro Terapia Intensiva Neonatal (CETIN). Sua participação neste estudo é livre e deve durar em média 20 minutos. Caso haja concordância em participar do estudo, realizarei algumas perguntas por meio de um formulário, contendo questões referentes à sua identificação pessoal e profissional como escolaridade, estado civil, trabalho, renda familiar, tempo de formação, de atuação e desempenho na prestação da assistência humanizada ao recém-nascido internado nesta unidade. Asseguro que não haverá despesas por parte do participante, será mantido sigilo e o anonimato de todas as informações fornecidas, mediante as entrevistas. O participante poderá desistir em qualquer etapa da pesquisa e terá acesso as suas informações cedidas bem como o direito das mesmas sempre que desejar antes, durante e ao final desta. A pesquisa contribuirá de forma positiva para se ampliar o cuidado humanizado prestado pela equipe de enfermagem ao bebê internado, bem como apresenta risco mínimo de algum constrangimento ou desconforto psicológico. Este termo será confeccionado em duas vias; uma para mim e outra para o responsável da pesquisa para informar ocorrências ou dúvidas durante sua participação no estudo. Caso precise entrar em contato comigo, com meu orientador ou sobre os trâmites desse projeto, informo-lhe nossos nomes e contatos, inclusive do Comitê de Ética da instituição.

Em caso de dúvidas, entre em contato com CEP ou o pesquisador:

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HIAS: (85) 3101.4212.

José Hernevides Pontes Ferreira - End.: Av. General Osório de Paiva, 1431, apto 302.

Bairro: Parangaba. Fortaleza-Ce - CEP: 60.720.000 - Fone: 3483.7323

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado(a) do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PROFISSIONAL

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO PROFISSIONAL

#### 1. Dados de identificação:

Profissional que realiza o cuidado: \_\_\_\_\_

Tipo de cuidado: \_\_\_\_\_

#### 2. Observando o profissional em suas atividades:

	SIM	NÃO
<b>Na execução das atividades e procedimentos com o recém-nascido:</b>		
Observa e registra sinais e sintomas do RN.	( )	( )
Palavras de conforto e tranquilidade.	( )	( )
Busca o toque carinhoso durante o procedimento.	( )	( )
Fala suavemente antes de tocar no RN.	( )	( )
Melhora posição e a contenção do bebê.	( )	( )
Outras: _____	( )	( )
<b>Manejo da dor:</b>		
Utiliza enrolamento para evitar hipotermia.	( )	( )
Oferece Sacarose (chupeta de glicose), quando realizado procedimentos invasivos.	( )	( )
Procura realizar mudanças de posição do RN, quando esse apresenta irritabilidade ou choro persistente.	( )	( )
Observa rigorosamente a escala de dor no pós-operatório (SQN).	( )	( )
Procura alternar os locais de punção glicêmicas no RN.	( )	( )
Outras: _____	( )	( )
<b>Desenvolvimento do bebê:</b>		
Alterna posição do bebê regularmente.	( )	( )
Aquece as mãos friccionando antes de tocar o bebê.	( )	( )
Posiciona o RN de maneira correta ao realizar higiene ou trocas de fraldas.	( )	( )
Utiliza rolinhos de tecido (fraldas) para dar suporte ao corpo do bebê.	( )	( )
Toca o bebê de forma vagarosa e segura.	( )	( )

- Mantém sintonia com o bebê durante os cuidados. ( ) ( )
- Procura alternar de 3/3 oxímetro de pulso para evitar lesões e queimaduras. ( ) ( )
- Outras: \_\_\_\_\_ ( ) ( )

### 3. Prestação do cuidado humanizado em relação ao ambiente físico:

#### Iluminação:

- Cobre a incubadora para reduzir a luz do ambiente. ( ) ( )
- Regula a intensidade luminosa à noite. ( ) ( )
- Verifica a temperatura adequada da incubadora ou berço. ( ) ( )
- Outras: \_\_\_\_\_ ( ) ( )

#### Ruídos:

- Baixa o volume de voz. ( ) ( )
- Responde rapidamente aos alarmes de oxímetro, respiradores e bomba de infusão. ( ) ( )
- Manipula a incubadora com cuidado (ao abrir e fechar as portas por exemplo). ( ) ( )
- Evita o acúmulo de água nas traqueias do respirador e CP AP nasal. ( ) ( )
- Desliga o celular durante o atendimento com o RN. ( ) ( )
- Outras: \_\_\_\_\_ ( ) ( )

### 4. No compartilhamento do cuidado com os pais do RN:

- Incentiva a permanência da mãe e do pai o maior tempo possível com o bebê. ( ) ( )
- Aproxima-se dos pais transmitindo segurança e afetividade. ( ) ( )
- Estimula os pais a realizarem os cuidados com o bebê. ( ) ( )
- Dá orientações claras aos pais sobre como manipular o bebê. ( ) ( )
- Orienta a respeito do cuidado e evolução clínica. ( ) ( )
- Incentiva o aleitamento materno e sua importância. ( ) ( )
- Incentiva o toque dos pais no RN. ( ) ( )
- Coloca o RN no colo dos pais, quando possível. ( ) ( )
- Outras: \_\_\_\_\_ ( ) ( )

**ANEXOS**

**ANEXO A – CRITÉRIOS CONSOLIDADOS PARA RELATAR ESTUDOS  
QUALITATIVOS (COREQ)**

Tabela 2 – Critérios consolidados de comunicação de estudos qualitativos (COREQ): lista de verificação de 32 itens (continua)

No	Itens	Perguntas guias/descrição
<b>Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade</b>		
<b>Características pessoais</b>		
1.	Entrevistador ou facilitador	Qual ou quais autores conduziram a entrevista ou grupo focal?
2.	Titulação	Quais são as titulações dos pesquisadores?
3.	Ocupação	Qual foi a ocupação dos pesquisadores na época do estudo?
4.	Gênero	Qual o gênero dos pesquisadores?
5.	Experiência e formação	Que experiência ou formação o pesquisador tem?
<b>Relacionamento com os participantes</b>		
6.	Relação estabelecida	Estabeleceu-se uma relação com os participantes antes do início do estudo?
7.	O conhecimento do participante sobre o pesquisador	O que os participantes sabem sobre o pesquisado? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para fazer a pesquisa.
8.	Características do entrevistador	Que características foram relatadas sobre o pesquisador? Suposições, razões e interesses do tema de pesquisa.
<b>Domínio 2: Desenho do estudo</b>		
<b>Quadro teórico</b>		
9.	Orientação metodológica teórica	Que orientação metodológica foi utilizada no estudo? Por exemplo, teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, a fenomenologia, a análise de conteúdo.
<b>Seleção de participantes</b>		
10.	Amostragem	Como participantes foram escolhidos? Por exemplo: intencional, por conveniência consecutiva, bola de neve, etc.
11.	Método de abordagem	Como foram convidados os participantes? Por exemplo: cara-a-cara telefone, correio, e-mail.
12.	O tamanho da amostra	Quantos participantes foram no estudo?
13.	A não participação	Quais foram as recusas em participar ou desistir da pesquisa? Razões?
<b>Ambiente</b>		
14.	Ambiente de coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: casa, clínica, local de trabalho, etc.

Tabela 2 – Critérios consolidados de comunicação de estudos qualitativos (COREQ): lista de verificação de 32 itens (conclusão)

No	Itens	Perguntas guias/descrição
15.	Presença de não-participantes	Quem estava presente na coleta de dados? Somente participantes e pesquisadores?
16.	Descrição de amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo, dados demográficos.
<b>Coleção de dados (Informações)</b>		
17.	Guia de entrevista	Quais foram às perguntas realizadas pelos autores? Houve um teste piloto?
18.	Repetição das entrevistas	As entrevistas foram realizadas mais de uma vez ao mesmo participante? Se sim quantas vezes?
19.	Registro sonoro e visual	Qual foi o registro audiovisual utilizado para coletar as informações?
20.	Notas de campo	Quando foram realizadas as anotações pelo pesquisador durante e/ou após a entrevista ou grupo focal?
21.	Duração	Qual foi a duração das entrevistas ou grupo focal?
22.	A saturação dos dados	Utilizou-se a saturação dos dados?
23.	Transcrições devolvidas	Após a transcrição dos dados coletados, foi apresentado aos participantes para comentários e ou correção?
<b>Domínio 3: Análise e conclusões</b>		
<b>Análise de dados</b>		
24.	Número de codificadores de dados	Quantos autores fizeram a codificação dos dados?
25.	Descrição da árvore de codificação	Os autores fornecem uma descrição da árvore de codificação?
26.	Derivação de temas/ categoria	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?
27.	Software	O software, se for o caso, foi usado para analisar' gerenciar os dados?
28.	Verificação pelos participantes	Sei a que os participantes forneceram <i>feedback</i> sobre os resultados?
<b>Relatórios</b>		
29.	As contribuições dos participantes	As contribuições dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas categorias? Cada citação foi identificada? Por exemplo: número do participante.
30.	Dados e achados consistentes	Home coerência entre os dados apresentados e as descobertas/conclusões?
31.	A clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados dos resultados?
32.	A clareza de temas menores	Existe uma descrição dos diversos achados ou discussão de temas menores?

**ANEXO B – TERMO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR E AUTORIZAÇÃO  
DO CHEFE DO SERVIÇO**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
Rua Tertuliano Sales 544 – Vila União Fortaleza – Ceará  
Fone/Fax: (85) 3101.4212 – 3101.4283  
E-mail: cep@hias.ce.gov.br



**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

EU JOSE HERNEVIDES PONTES FERREIRA, RG  
46023082814, pesquisador (a) responsável do projeto  
de pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFER-  
MAGEM SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

declaro conhecer a Resolução do MS/CNS - 466/12 e suas complementares e comprometo-me a seguir todas as suas normas e orientações, bem como, dar conhecimento delas e exigir a corresponsabilidade de todos os outros participantes.

Declaro também que o material e/ou dados obtidos serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e que os resultados serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

Fortaleza, 22 de Julho de 2015

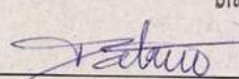
Jose Hernevides P. Ferreira  
Assinatura Pesquisador (a) Responsável

## AUTORIZAÇÃO DO CHEFE DO SERVIÇO

Eu Patrícia Jereissati Sampaio,  
 chefe do serviço de \_\_\_\_\_ do Hospital  
 Infantil Albert Sabin, declaro estar ciente e de acordo com a  
 realização do trabalho de pesquisa intitulado PERCEPÇÃO DA  
EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO HUMANI-  
ZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INT. NEONATAL tendo como  
 pesquisador (a) JOSE HERNEVIDES PONTES FERREIRA e  
 orientador (a) JOÃO JOAQUIM FREITAS DO AMARAL, após  
 protocolo ser analisado e aprovado pela Comitê de Ética em  
 Pesquisa do HIAS

Fortaleza, 22 de Julho de 2015

Dra. Patrícia Jereissati Sampaio  
 Diretora Clínica  
 HIAS

  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Chefe do Serviço



## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL INFANTIL ALBERT  
SABIN - CE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

**Pesquisador:** JOSÉ HERNEVIDES PONTES FERREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47947215.1.0000.5042

**Instituição Proponente:** Hospital Infantil Albert Sabin - CE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.191.339

#### **Apresentação do Projeto:**

A humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais para a construção de uma política de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de operar de modo transversal a rede SUS. Desse modo, a humanização supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber e/ou poder que se ocupam da produção da saúde. Para o atendimento a esta clientela, as UTINs dispõem de equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e outros, com elevado nível técnico-científico para situações de risco na unidade. No entanto, a atuação da equipe de enfermagem na assistência aos recém-nascidos, são intervenções feitas sendo necessário agrupar cuidados para oferecer uma assistência adequada.

O estudo será realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (CTINE) em um hospital terciário da rede pública estadual, de nível terciário, referência no atendimento à criança e ao adolescente para todo o Estado do Ceará, na cidade de Fortaleza. Os participantes da pesquisa serão integrantes da equipe de enfermagem que atuam na unidade que prestam assistência direta ao recém-nascido, sendo 17 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem.

A coleta de dados ocorrerá através de entrevista semiestruturada que será composta por

**Endereço:** Rua Tertuliano Sales, 544

**Bairro:** Vila União

**CEP:** 60.410-790

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-4212

**Fax:** (85)3101-4212

**E-mail:** cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT  
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.191.339

perguntas norteadoras. Os dados coletados serão analisados baseando-se no método de análise de Bardin (2009), que aborda a existência de três etapas diferentes: pré-análise ou organização do material; exploração desse material mediante a classificação e codificação ou categorização e a interpretação dos resultados, desencadeando reflexões a propósito dos objetivos previstos. De acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Objetivo Secundário:

Conhecer o significado atribuído ao cuidado humanizado pela equipe de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva

Neonatal; Identificar ações de enfermagem que promovam a humanização da assistência realizada pela equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisa trará o menor risco de algum constrangimento ou desconforto psicológico.

Benefícios:

Contribuirá de forma positiva para se ampliar o cuidado humanizado prestado ao bebê internado, e seus familiares.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, onde o autor irá buscar compreender a concepção da equipe de enfermagem sobre assistência humanizada dentro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para identificar possíveis fatores que possam interferir na assistência humanizada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os termos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012/CNS a qual irá permear toda a pesquisa, dentro dos princípios da Bioética.

**Recomendações:**

Não há recomendação. Projeto bem estruturado, ótima fundamentação teórica e de grande

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

## HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.191.339

relevância para o atendimento humanizado nas Unidades Neonatais.

### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Por trata-se de um estudo onde acredita-se que uma instituição possa intervir dentro da temática levantada, visando promover a humanização da assistência nas UTIs Neonatais, a relatora manifesta-se pela aprovação do Projeto.

### Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acatou na reunião de 11/08/15, o parecer de APROVAÇÃO, emitido pela relatora em decorrência do estudo não apresentar nenhum óbice ético.

### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC-UFC - José Hernevides Pontes Ferreira - FORMATADO.pdf	31/07/2015 08:40:56		Aceito
Outros	CRONOGRAMA.docx	31/07/2015 08:41:31		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	31/07/2015 08:42:00		Aceito
Outros	Termo do chefe de serviço.docx	31/07/2015 08:43:11		Aceito
Outros	Termo de compromisso do pesquisador.docx	31/07/2015 08:44:07		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto - Pontes.jpg	31/07/2015 08:38:59		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_559036.pdf	06/08/2015 14:03:28		Aceito
Interface REBEC	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	06/08/2015 14:03:28	JOSÉ HERNEVIDES PONTES FERREIRA	Aceito
Parecer do Relator	PB_PARECER_RELATOR_1176622.pdf	11/08/2015 07:44:07	Maria das Graças Viana	Aceito
Outros	Anuencia_Hernevides.jpg	19/08/2015 11:25:34	Regina Lúcia Ribeiro Moreno	Aceito

### Situação do

Aprovado

### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544  
 Bairro: Vila União CEP: 60.410-790  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-4212 Fax: (85)3101-4212 E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT  
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.191.339

FORTALEZA, 19 de Agosto de 2015

Assinado por:

**Regina Lúcia Ribeiro Moreno**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Tertuliano Sales, 544

**Bairro:** Vila União

**CEP:** 60.410-790

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-4212

**Fax:** (85)3101-4212

**E-mail:** cep@hias.ce.gov.br