



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

RAÍZA RANA DE SOUZA LIMA

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA: uma
Revisão Integrativa**

Brasília

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

RAÍZA RANA DE SOUZA LIMA

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA: uma
Revisão Integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2 como parte das exigências para a conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Casandra G.R.M. Ponce de Leon.

**Brasília
2014**

AGRADECIMENTOS

“Bendize, ó minha alma, ao Senhor, e tudo o que há em mim bendiga o seu santo nome. Bendize, ó minha alma, ao Senhor, e não te esqueças de nenhum de seus benefícios”
Salmos 103: 1-2.

Aos meus pais Iraci e Stacy, por todo o investimento e por toda credibilidade nas minhas potencialidades, até quando eu mesma não as via. Se hoje valorizo a conquista da minha graduação, isso muito tem a ver com vocês, meus amados exemplos de existência!

Aos meus queridos professores da maravilhosa arte do cuidar, por toda paciência e carinho com que passaram cada conhecimento a respeito do cuidado com o nosso corpo físico, cheio de subjetividades, templo que nos abriga nesse momento passageiro, mas que deve ser tratado com respeito e contemplação.

Em especial à minha querida orientadora Casandra, que me acolheu nos momentos difíceis e me ensinou mais do que todas as referências científicas utilizadas nesse trabalho sobre o que seria o cuidado humanizado, compreendendo a minha individualidade sem desacreditar no meu potencial.

Ao meu namorado Daniel, sempre sorridente, me incentivando a dar o meu melhor e me auxiliando, sem medir esforços, nos aspectos técnicos desse trabalho.

À minha grande companheira Marja, por estar presente diariamente durante todo esse ciclo de lutas e alegrias, desde o início do curso até a chegada conclusão.

Esses cinco anos e meio não teriam sido tão proveitosos e divertidos se não fossem ao lado da “Turma Mais Bonita da Cidade”, repleta de pessoas lindas que fizeram os meus dias mais radiantes, por isso o meu agradecimento mais doce e nostálgico vai para vocês!

O meu coração é muitíssimo grato a todos!

Dedico a todos os seres humanos, que merecem, independente de qualquer coisa, a humanização por excelência.

RESUMO

Essa pesquisa trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que teve como objetivo, por intermédio de artigos científicos, identificar intervenções humanizadas de enfermagem em neonatologia e os seus impactos na saúde do neonato e de sua família. As publicações foram coletadas na Biblioteca Virtual em Saúde, com a combinação dos descritores “humanização da assistência”, “assistência de enfermagem” e “neonatologia”, também traduzidos para as línguas inglesa e espanhola. Foram selecionados estudos com data de publicação entre 2007 e 2013 que respondessem à questão norteadora: “Quais são as evidências para a prática da assistência humanizada de enfermagem em neonatologia?” e que alcançassem o objetivo dessa pesquisa, resultando em 23 artigos. Foi elaborado um instrumento de coleta de dados pela autora de estudo, baseado no instrumento de Sartoreto (2013), para o agrupamento dos dados coletados e posterior análise crítica. Após o agrupamento dos dados, emergiram três categorias: Intervenções de enfermagem direcionadas à família do RN (20 artigos); Intervenções de enfermagem direcionadas ao recém-nascido (10 artigos); Fatores desfavoráveis à humanização na unidade de terapia intensiva neonatal (5 artigos), posteriormente discutidas com embasamento na Política Nacional de Humanização e na Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Foi visto que o cuidado humanizado de enfermagem em neonatologia não deve ser restrito ao neonato, mas deve alcançar a sua família e a equipe de enfermagem, visando a promoção de vínculos concretos que permitam a assistência de qualidade a todos os sujeitos envolvidos na produção da saúde.

Descritores: Humanização da Assistência – Assistência de Enfermagem – Neonatologia

ABSTRACT

This research is an Integrative Literature Review, which had as its objective, through scientific articles, identify nursing humanized interventions in neonatology and their impacts on the health of newborns and their families. The publications were collected in the Virtual Health Library, with the combination of descriptors "humanization of assistance", "nursing care" and "neonatology", also translated to English and Spanish. Were chosen publications date between 2007 and 2013 to respond to the guiding question "What is the evidence for the practice of humanized nursing care in neonatology?" And they reached the goal of this research, resulted in 23 articles. Has been prepared an instrument for data collection by the author of the study, based on instrument Sartoreto (2013), for the grouping of data gathering and subsequent critical analysis. After grouping the data revealed three categories: Nursing interventions directed at the newborn family (20 articles); Nursing interventions directed at the newborn (10 articles); Unfavorable to humanization in intensive care unit neonatal factors (5 articles), discussed later in the basement with the National Humanization Policy and Standard Humanized Care for Newborn Low Birth Weight - Kangaroo. It was seen that the humanized nursing care in neonatology should not be restricted to the neonate, but should reach to your family and the nursing staff, aimed at promoting concrete ties that enable quality care to all individuals involved in the production of health.

Descriptors: Humanization of Assistance - Nursing Care - Neonatology

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	8
1.1 Contexto Neonatal	9
1.2 Ambiência e Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	10
1.3 Tecnologias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	11
1.4 Acolhimento e Vínculo: Tecnologia para a Humanização.....	12
1.6 Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	13
2 – OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 – METODOLOGIA.....	16
3.1 Elaboração da Pergunta Norteadora.....	16
3.2 Busca ou Amostragem na Literatura.....	17
3.3 Coleta de Dados	18
3.4 Análise Crítica dos Dados Encontrados	19
3.5 Discussão dos Resultados	19
4. RESULTADOS	19
5. DISCUSSÃO	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43

1 – INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como atribuições prevenir agravos, promover, tratar, reabilitar e cuidar da saúde, tendo como objetivo final a produção desta com qualidade e resolutividade. Entretanto, muitos desafios são e ainda serão enfrentados para que esse objetivo seja alcançado. Um dos cenários que ganha destaque nesse enfrentamento diz respeito à falta de preparo dos profissionais de saúde na área subjetiva da assistência à saúde (BRASIL, 2010a).

Para que os desafios fossem enfrentados e a saúde fosse ofertada de maneira otimizada, o Ministério da Saúde lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), composta por três objetivos: prestar assistência digna e de qualidade no cuidado à saúde, redesenhar iniciativas de humanização e enfrentar problemas de organização da gestão (BRASIL, 2007).

A humanização da assistência é norteadada pelos três objetivos citados, tendo como finalidade a prestação de atendimento de qualidade associado às melhorias dos ambientes em que a assistência é prestada, além da otimização das condições de trabalho dos profissionais de saúde. Para que isso seja possível, é imprescindível que a humanização seja vista como uma política e não somente como uma estratégia que deve ser seguida a fim de atingir metas e alcançar objetivos. A humanização deve ser entendida como uma política composta de princípios e diretrizes, que se revelam em todas as instâncias do SUS através de uma construção coletiva (BRASIL, 2004).

Portanto, a humanização se inicia no processo de corresponsabilização entre os atores do SUS (profissionais, usuários e gestores), na produção da saúde e na influência das mudanças do processo de trabalho, voltando-se para a dimensão subjetiva, onde as relações interpessoais são valorizadas, bem como a cultura de atendimento aos usuários, culminando na autonomia dos atores, sem excluir conhecimentos, mas somando-os e valorizando-os (BRASIL, 2004).

Devido à insatisfação dos usuários em relação a qualidade da assistência nos serviços de saúde (BACKES, 2005), a PNH foi implementada pela necessidade da construção de um atendimento indissociável da habilidade técnica no domínio das tecnologias leves, definidas nas relações humanas e holísticas. É importante o entendimento e a inclusão, não só do usuário carente de atendimento específico, mas principalmente, de seus familiares que auxiliarão na compreensão integral daquele sujeito e que terão um papel coadjuvante de extrema importância em sua recuperação (SILVA; SANTOS, 2010).

Os familiares também são usuários a partir do momento que se compreende o paciente como um ser humano social que sofre influência daqueles que estão a sua volta e têm envolvimento profundo com ele, sendo capazes de intervir no seu processo de recuperação ou adoecimento (ELSEN, 2002).

1.1 Contexto Neonatal

Barros e colaboradores (2010) relatam que o Brasil e outros países que compõem a Organização das Nações Unidas (ONU) firmaram o compromisso de traçarem estratégias para alcançar os “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM) até 2015.

Oito ODM foram definidos: erradicar a extrema pobreza e a fome; atingir o ensino básico universal; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e por último desenvolver uma parceria mundial para o desenvolvimento (PNUD, 2011).

Em 2005 o Brasil foi colocado na lista dos 60 países prioritários, ou seja, tais países contabilizaram 94% de todas as mortes infantis e por isso os objetivos de redução da mortalidade infantil e de melhorar a saúde materna demandam empenho para que essa realidade mude (BARROS *et al.*, 2010).

A mortalidade neonatal corresponde a maior parte dos óbitos infantis. Até o vigésimo sétimo dia de vida, por volta de 4 milhões de neonatos vão a óbito por ano no mundo. Desse montante, 60% são por causas evitáveis, por baixa qualidade na assistência no período de pré-natal, manejo inapropriado no momento do parto e na assistência ao recém-nascido na sala de parto e unidade obstétrica (BRASIL, 2009; ZUPAN; AAHMNAN, 2005).

Os profissionais de saúde, incluindo a equipe de enfermagem, têm sido educados com as práticas padrão de saúde e doença no que diz respeito à assistência, sendo muitas vezes capacitados para agir em momentos que exigem a técnica científica, mas com grandes dificuldades em associar a habilidade técnica à habilidade relacional (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Esse cenário demanda a necessidade de investimento na qualificação profissional com ênfase em uma assistência humanizada em unidades de atendimento neonatal, onde o cuidado deve ser individualizado, centrado na situação real do neonato e sua família (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

1.2 Ambiência e Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O nascimento de um bebê prematuro ou com agravos que levam à necessidade de internação em uma unidade de terapia intensiva é uma realidade desafiadora para a família, repleta de desgastes, principalmente pela mudança da dinâmica familiar. Sentimentos de perda, luto antecipado, culpa, confusão e medo são acompanhados do afastamento repentino do neonato e sua família. Esse quadro associado à fragilidade do bebê e à sua necessidade de permanecer internado por dias ou meses dificulta a visualização, por parte da família, de um futuro para o seu bebê, que no momento é mantido vivo pelos equipamentos de terapia intensiva (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

O ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é equipado com monitores digitais, bombas de infusão, máscaras, respiradores, tubos envolvendo o neonato e é tido, muitas vezes, como um ambiente frio e hostil. O familiar quando não informado pela equipe de enfermagem sobre o real estado do recém-nascido e sobre toda a tecnologia disponível para o seu cuidado, é impactado negativamente com o surgimento de sentimentos de medo e angústia (PREDEBON *et al.*, 2011).

A ambiência é uma das estratégias mais relevantes para a humanização da assistência neonatal, pois o ambiente físico de uma UTIN é considerado estressante para todos os envolvidos no cuidado, principalmente para a família e para o recém-nascido (RN), por todo o seu aparato tecnológico complexo, que frequentemente foge do domínio dos pais, trazendo insegurança quanto ao cuidado assistencial ao neonato (SOUZA; FERREIRA, 2010).

A UTIN é caracterizada por ser voltada à recuperação clínica do neonato, demandando uma série de procedimentos técnicos necessários para a salvação e estabilização de sua saúde física. Estímulos excessivos, manipulação e procedimentos mecânicos e técnicos, luminosidade e ruídos intensos, fazem parte da rotina intensiva e desgastante dos profissionais de saúde e também do neonato e de sua família (ARAÚJO, 2007). Com o avanço da tecnologia em ambientes complexos como o da UTIN, geralmente são utilizados aparelhos como respiradores, umidificadores e até mesmo incubadoras, que produzem ruídos que podem influenciar na qualidade de vida do neonato e dos profissionais de saúde (STANDLEY, 2002; MELAMED; BRUHIS, 1996).

Frente a presença desses fatores estressantes, o neonato pode apresentar alterações nos níveis de liberação do hormônio adrenocorticotrófico e adrenalina na corrente sanguínea, hipóxia, taquicardia, midríase, vasoconstrição sistêmica, aumento da pressão intracraniana, aumento do consumo de oxigênio e gasto calórico, podendo dificultar o ganho de peso e,

consequentemente aumentando o tempo de internação e influenciando o crescimento e desenvolvimento do bebê (JOHNSON, 2001).

No RN, as condições fisiológicas dos sistemas autônomo, motor e de organização de estados de consciência, influenciam na capacidade de autorregulação do seu organismo, por isso é necessário um ambiente favorável à diminuição do estresse para o favorecimento do seu desenvolvimento e de sua recuperação. Para que o favorecimento ocorra são importantes as estratégias para diminuição dos ruídos, diminuição da luminosidade em alguns períodos, diminuição da manipulação do bebê, cuidados no seu posicionamento, preservação da temperatura de forma termo-neutra, evitando aberturas desnecessárias de incubadoras e de exposição ao frio, além da orientação aos pais quanto a esses cuidados (SOUZA; FERREIRA, 2010; BRITO *et al.*, 2010).

Tais estratégias são essenciais, pois o grande aparato tecnológico necessário para a recuperação do recém-nascido (RN), pode levar o profissional a desprender boa parte de sua atenção para a maquinaria (tecnologia dura), desviando sua atenção de possíveis fatores que podem desfavorecer o crescimento e o desenvolvimento do bebê (BRITO *et al.*, 2010).

Diante disso, é necessário que a ambiência seja capaz de proporcionar conforto e acolhimento tanto para o bebê quanto para a sua família, desde o espaço físico para visitas, até locais propícios para esclarecimentos e para a escuta qualificada de medos e angústias, com a devida interação entre familiares, equipe de saúde e, principalmente, entre o binômio mãe-bebê, para o fortalecimento do vínculo (ARAÚJO; RODRIGUES 2010; BRITO *et al.*, 2010; PREDEBON *et al.*, 2011).

1.3 Tecnologias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A humanização da assistência à saúde ultrapassa o limite físico do corpo e deve valorizar o espaço dos sentidos, onde as tecnologias duras (maquinaria) e dura-leve (saberes estruturados) não alcançam, mas tecnologias leves (relacionais), pautadas nas relações interpessoais são capazes de penetrar a percepção humana e o sentido afetivo-existencial, auxiliando o paciente e sua rede social a enfrentar o processo saúde-doença através da ressignificação da sua situação (SELLI *et al.*, 2008; FOWLER; SÁ, 2009; TRENTINI *et al.*, 2011).

Um dos alvos principais da PNH foi direcionado à mudança do processo de trabalho e cultura organizacional das instituições centradas no cuidado fragmentado e no modelo biomédico. Com isso, a PNH propõe que os trabalhadores se disponham a fazer parte de uma gestão participativa com o redimensionamento das práticas mecânicas, pautadas somente na

especialização fragmentada para que passem a ser voltadas à área de produção das subjetividades, advindas da realidade do paciente e sua família, conseqüentes do processo de reflexão de uma equipe bem paramentada de tecnologias duras, leves-duras e leves (BRASIL, 2010a; RIOS, 2008).

O uso de tecnologias no cuidado está intimamente associado a ambientes de alta especialização como a UTIN, entretanto os riscos e benefícios de seu uso indiscriminado devem ser levados em consideração de acordo com cada quadro de necessidade, tanto para o bebê e sua família, quanto para o profissional, para que a barreira entre o que é humano e artificial não passe despercebida (NETO; RODRIGUES, 2010).

Visto como um ambiente onde o imediatismo e a urgência são características predominantes, a equipe assistencial, constantemente se volta para a manipulação da tecnologia de ponta e é nesse contexto que o verdadeiro sentido da maquinaria deve ser evidente para a equipe, que deve entender que todo o aparato tecnológico disponível foi desenvolvido para o neonato e sua família, por isso a maior atenção deve estar na terapêutica que irá beneficiá-los e não somente na importância da manipulação da tecnologia (SILVA *et al.*, 2009).

O ambiente tecnológico é de grande valia para a recuperação de neonatos em situação crítica, porém por vezes o uso indiscriminado e mecânico dessas ferramentas podem levar o profissional à racionalidade excessiva, frieza e desvalorização do cuidado e das relações humanas, por isso é necessário repensar a forma de cuidar nesses locais, explorando técnicas que abordem o uso da sensibilidade, da arte e da criatividade (NETO; RODRIGUES, 2010).

1.4 Acolhimento e Vínculo: Tecnologia para a Humanização

Compreendido como uma das diretrizes da PNH, o acolhimento é entendido como uma postura solidária e ética do profissional de saúde que se empenha em entender o usuário a partir da escuta qualificada de suas queixas e demandas, fazendo com que o cliente entenda e reconheça que ele mesmo deve ser protagonista e corresponsável pelo seu processo de saúde-doença-recuperação (BRASIL, 2010).

A atitude de acolher não consiste somente na escuta, mas na postura de real aproximação, de “estar com”, revelando uma atitude de inclusão que estreitará os laços do usuário com os profissionais de saúde através de relações baseadas em confiança e compromisso (BRASIL, 2010b). O acolhimento deve ser entendido como uma diretriz que se constitui na produção de saúde por uma ferramenta tecnológica de relações interpessoais,

baseada na escuta qualificada, na construção de vínculos e, finalmente na garantia de acesso e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010b; FALK *et al.*, 2010).

Sendo uma ação técnico-assistencial, o acolhimento induz a mudança da relação usuário/família/equipe, a partir do momento em que o profissional de saúde os reconhece como protagonistas, através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, sendo capaz de incorporar uma postura acolhedora de escuta e resolutividade. Essa realidade leva à necessidade de profissionais de saúde que direcionem o cuidado de forma individualizada, considerando o ser humano como único em sua diversidade (FALK *et al.*, 2010).

O processo de acolhimento e vínculo está relacionado à sensibilidade na comunicação interpessoal, compreendendo a forma verbal e a forma não-verbal que se refere aos gestos, expressões faciais e corporais, toque, aparência física e até mesmo o silêncio (PROCHET; SILVA, 2008; SILVA, 2002). A comunicação tem como objetivo a troca de experiências e a compreensão a respeito das necessidades e o modo de enxergar o mundo a partir da visão do outro para a otimização das estratégias para a resolução de problemas, sendo componente essencial das relações interpessoais, que levam a vínculos concretos e solidários compreendidos como situação central de atuação do enfermeiro (CHAVES *et al.*, 2008; ROLIN *et al.*, 2005).

Para que haja efetividade no acolhimento e no vínculo, formados pelo relacionamento entre equipe e a família do RN, é preciso a criação de espaços onde os saberes técnicos e populares sejam compartilhados entre usuário/família e profissionais, para que todos sejam protagonistas no processo de saúde, de forma participativa e interativa, ultrapassando o cuidado firmado na imposição de regras prescritas nos prontuários, de acordo com a certeza que todos os envolvidos são iguais em essência humana (TRENTINI *et al.*, 2011; CHAVES *et al.*, 2008).

1.6 Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A assistência de enfermagem em uma UTIN não deve ser resumida a conhecimentos científicos adquiridos por meio de livros, especializações e pesquisas, mas deve também ser caracterizada pelas experiências vividas no cotidiano da assistência, ou seja, a cultura em que o profissional está inserido o faz ter diferentes referenciais sobre o conceito do processo saúde-doença (SILVA *et al.*, 2009).

A assistência humanizada de enfermagem deve ser formada pela percepção multidimensional da experiência existencial que o RN vivencia, considerando que o neonato é

um paciente que deve ser assistido de forma integral. Humanizar o cuidado do RN em risco requer dedicação e cuidado exercidos na medida que o profissional se coloca tanto no lugar do neonato quanto da familiar que o acompanha, conseqüentemente, essa postura levará à prestação de uma assistência otimizada, para o alcance da satisfação tanto do neonato em sua totalidade, quanto de seus familiares, os assistindo integralmente (LELIS *et al.*, 2011).

A família é um suporte para o contexto da pessoa adoecida, portanto a equipe de enfermagem deve considerar os familiares como aliados no cuidado à saúde, oferecendo meios que permitam a sua participação e a manutenção saudável do núcleo familiar, que geralmente encontra-se em situações de sofrimento e ansiedade por não saber e não entender o estado de saúde de seu ente querido (SILVA; SANTOS, 2010; SALAZAR, 2011).

O resgate da saúde desse familiar aflito, que é extensão do paciente adoecido, deve ser uma estratégia de “*empoderamento*”, pois quando ele é capaz de entender e participar do cuidado, ao mesmo tempo que também recebe os cuidados da equipe de enfermagem, que vão desde a escuta de seus medos e anseios até a compreensão de suas singularidades físicas, emocionais, espirituais e intelectuais, o processo de tratamento e recuperação se torna mais acolhedor e humano (SILVA; SANTOS, 2010; SALAZAR, 2011).

Para que essas práticas sejam praticada tanto pela equipe de enfermagem quanto pela equipe multidisciplinar, é preciso que os profissionais entendam que o processo de humanização é complexo e, compreendam as resistências que surgirão juntamente às inseguranças, devido à transformação da organização do trabalho (MARTINS *et al.*, 2010).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo, a partir de uma revisão integrativa da literatura e da questão norteadora: “Quais são as evidências para a prática da assistência humanizada de enfermagem em neonatologia?”, identificar intervenções humanizadas de enfermagem em neonatologia e os resultados dessa assistência ao neonato e sua família.

2 – OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar evidências científicas nacionais quanto à assistência humanizada de enfermagem em neonatologia.

2.2 Objetivos Específicos

- Elencar as intervenções de enfermagem que caracterizam a assistência humanizada em neonatologia.
- Descrever os resultados da assistência humanizada da equipe de enfermagem no neonato e sua família.
- Comparar os resultados encontrados com a Política Nacional de Humanização e com a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru.

3 – METODOLOGIA

Para que o objetivo proposto nesse estudo fosse alcançado, foi realizada uma Revisão Integrativa da literatura. Esse método consiste em uma ampla revisão de abordagens qualitativas e quantitativas de estudos experimentais e não-experimentais, teóricos e empíricos (SOUZA *et al.*, 2010).

A Revisão integrativa é considerada um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), que é caracterizada pela definição do problema na prática clínica, identificação e avaliação crítica das informações necessárias, sua implementação na prática clínica e avaliação dos resultados obtidos, buscando a diminuição da lacuna existente entre os avanços científicos e a prática assistencial (POMPEO *et al.*, 2009).

A PBE incentiva a escolha da melhor evidência possível, classificando os artigos e suas evidências de maneira hierárquica de acordo com o delineamento metodológico (SOUZA; CARVALHO, 2010). Melnik e Fineout-Overholt (2005) classificam as evidências em níveis (N): N1 – revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; N2 – evidências de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; N3 – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; N4 – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; N5 – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; N6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; N7 – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

De maneira sistemática e organizada, a Revisão Integrativa tem por finalidade reunir e sintetizar os resultados encontrados em pesquisas relevantes através de uma questão norteadora, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema proposto a partir de estudos anteriores (POMPEO *et al.*, 2009).

Para que a metodologia fosse aplicada de forma correta e coerente foram seguidas seis etapas para a realização desse estudo: elaboração e estabelecimento da questão norteadora, busca da amostragem, coleta de dados, avaliação dos estudos selecionados, discussão dos resultados e síntese do conhecimento adquirido (MENDES *et al.*, 2008).

3.1 Elaboração da Pergunta Norteadora

A temática deste estudo está delimitada na assistência humanizada em UTIN, bem como a importância e as intervenções dos profissionais de enfermagem integrantes de equipe

multiprofissional nesta assistência. Diante disso, a questão norteadora estabelecida foi: “Quais são as evidências para a prática da assistência humanizada de enfermagem em neonatologia?”

A pergunta norteadora foi criada a partir da sigla PICRC (FLEMMING, 2010), constituída pelos elementos População, Intervenção, Comparação, Resultado, Cronologia.

Quadro 1- Descrição da pergunta norteadora pelo método PICRC.

População	Intervenção	Comparação	Resultado	Cronologia
Equipe de enfermagem em neonatologia	Cuidados da Primeira Etapa do Método Canguru	Política Nacional de Humanização e a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru	Assistência de enfermagem humanizada em neonatologia	2007-2013

Fonte: Dados da Pesquisa

3.2 Busca ou Amostragem na Literatura

A pesquisa dos artigos utilizados nesta revisão integrativa foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com acesso através da Bireme em Janeiro e Fevereiro de 2014. Foram definidos os seguintes descritores: “neonatologia”, “assistência de enfermagem” e “humanização da assistência” e posteriormente foi aplicada a combinação destes, também nas línguas inglesa e espanhola, tendo como objetivo a exaustão de artigos que abordassem os cuidados humanizados da assistência de enfermagem em neonatologia.

O resultado da combinação dos descritores selecionados na língua portuguesa resultou em 7 artigos, destes, somente 4 estavam disponíveis em texto completo. Devido à escassez de artigos, os descritores foram cruzados de dois em dois: “neonatologia” e “humanização da assistência”, “neonatologia” e “assistência de enfermagem”, “humanização da assistência” e “assistência de enfermagem” (com assunto principal: enfermagem neonatal), resultando em um total de 88 artigos disponíveis, todos publicados nas bases de dados LILACS e BDENF.

O procedimento acima citado foi realizado igualmente para os descritores na língua inglesa. Com o cruzamento dos descritores “neonatology”, “humanization of assistance” e “nursing care” foi encontrado apenas um único artigo do ano de 2006. Ao se cruzar os pares de descritores “humanization of assistance” e “nursing care” (com assunto principal:

enfermagem neonatal) , “nursing care” e “neonatology” (com assunto principal: neonatologia) e “neonatology” e “ humanization of assistance” totalizando 50 artigos disponíveis, publicados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF.

A pesquisa de artigos com os descritores na língua espanhola, usando “humanización de la atención” , “neonatología” e “atención de la enfermería”, resultou em 3 artigos disponíveis, posteriormente foram cruzados novamente aos pares, “humanización de la atención” e “neonatología”, “neonatología” e “atención de la enfermería” e “humanización de la atención” e “atención de la enfermería” (com assunto principal: enfermagem neonatal), tendo como resultado 32 artigos disponíveis, publicados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF.

Dentre os artigos resultantes da pesquisa (170), buscou-se publicações com intervalo cronológico de 2007 até 2013, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, que respondessem à questão norteadora, que alcançassem os objetivos desse estudo e que tivessem os textos disponíveis online gratuitamente. Foram desprezados os estudos que não atenderam aos critérios citados e que fossem apenas revisão bibliográfica, sistemática e integrativa.

Foram pré-selecionados 44 artigos que responderam imediatamente à questão norteadora pelos seus títulos e posteriormente por seus resumos. Após leitura minuciosa e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram descartados 21 artigos, restando para a coleta de dados e análise crítica 23 estudos sobre a temática, dentre os quais 1 na língua inglesa e 1 na língua espanhola, operacionalizados através do instrumento de coleta de dados criado para extrair as informações mais relevantes para essa revisão.

Cabe ressaltar que a pesquisa realizada com os descritores nas línguas espanhola e inglesa resultou, em sua maior parte, em artigos repetidos já encontrados na pesquisa com os descritores em português.

3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de um instrumento elaborado pela autora desse estudo, baseado no instrumento de coleta de dados de Sartoreto (2013), de tal forma que as informações relevantes para responder à questão norteadora e alcançar os objetivos do estudo foram extraídas e organizadas em um banco de dados, contendo: título, autores, ano de publicação, periódico, tipo de pesquisa/nível de evidência, objetivos e resultados alcançados no estudo.

3.4 Análise Crítica dos Dados Encontrados

Após a coleta dos dados, realizou-se a análise das informações identificadas. Utilizou-se uma abordagem organizada, com o intuito de ponderar o rigor e as características dos estudos selecionados. Estes foram analisados de maneira crítica, comparando os resultados dos estudos e buscando explicações para as diferenças encontradas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3.5 Discussão dos Resultados

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, os dados foram comparados com a Política Nacional de Humanização e com a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru, dados do referencial teórico, incluindo inferências e conclusões da autora desta pesquisa.

4. RESULTADOS

Os dados coletados, através do instrumento, foram incluídos em um quadro com o seguinte conteúdo: título, autores, ano de publicação, periódico, tipo de pesquisa/nível de evidência, objetivos e resultados, mostrados no Quadro 2.

Quadro 2 – Agrupamento dos artigos segundo título, autores, ano de publicação, periódico, tipo de pesquisa, objetivo e resultados.

1 Título: Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde.

Autores/Ano: MARTINEZ *et al.* (2007)

Periódico: Revista Latino-americana de Enfermagem.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo de natureza qualitativa/ N6.

Objetivo: Identificar e analisar os significados da participação das mães/ pais no cuidado ao filho prematuro hospitalizado atribuídos pela equipe de saúde de uma unidade neonatal de San Luis Potosí, México.

Resultados: Todos os profissionais de saúde consideraram essencial a participação da mãe e do pai no cuidado do filho prematuro, pois houve o favorecimento da estabilidade clínica do RN e de seu processo de desenvolvimento, além do estabelecimento do vínculo afetivo de mãe/pai-filho e da oportunidade de treinamento da mãe para a alta do filho.

2 Título: Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna.

Autores/Ano: GORGULHO; PACHECO (2008)

Periódico: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo de abordagem qualitativa/ N6.

Objetivo: Identificar as dificuldades maternas para o aleitamento em uma Unidade Neonatal do Rio de Janeiro e a presença de estímulos para essa prática.

Resultado: As mães relataram dificuldades em amamentar; referiram dor devido às inúmeras repetições da técnica da ordenha e baixa produção láctea, além da dificuldade em cumprir os horários das dietas dos filhos. Apesar dos empecilhos, as mães se sentiram incentivadas e apoiadas no processo de amamentação por intermédio dos ensinamentos da equipe de enfermagem/ multiprofissional.

3 Título: Experiência de Grupo de Pais em um unidade de terapia intensiva neonatal.

Autores/Ano: FERREIRA *et al.* (2009)

Periódico: Revista Pediatria (São Paulo)

Tipo de Pesquisa/Nível de Evidência: Estudo exploratório de abordagem qualitativa/ N6.

Objetivo: Conhecer o significado da experiência de participar do Grupo de Pais (GP) para os acompanhantes dos RN internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCINE).

Resultado: A experiência do acompanhante em participar do GP teve como ponto principal a necessidade de informação sobre o estado do RN. Antes de participarem do GP as mães se sentiam assustadas e ansiosas devido à situação do RN, entretanto, durante a participação no grupo, referiram tranquilidade e conforto quanto às informações que eram dadas durante as reuniões. Ainda ressaltaram a importância da participação de toda a equipe que presta assistência aos seus filhos na reuniões do GP.

4 Título: Alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: um contribuição para a ação da enfermagem.

Autores/Ano: ARAÚJO; RODRIGUES (2010)

Periódico: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

Tipo de Pesquisa/Nível de Evidência: Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica/N6.

Objetivo: Desvelar a possibilidade de uma assistência de enfermagem mais sensível às necessidades maternas na unidade hospitalar enquanto seus filhos estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Resultado: Durante a análise das entrevistas, foi revelado que ao poderem permanecer junto aos filhos, as mães se “empoderaram” do exercício de seu papel, fazendo-as se sentirem mais seguras no cuidado e no reconhecimento do bebê como filho. Entretanto, foi visto que é

necessário que a equipe ensine a mãe a maneira e o melhor momento de tocar o filho, pois o toque materno contribuiu para a evolução clínica da criança. O alojamento foi considerado um local de aprendizagem, porém muitas mães referiram que também é um local cansativo e desgastante para a mulher devido à falta de lazer, ou atividade para ocupar a mente.

5 Título: Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem.

Autores: AQUINO; CHRISTOFFEL (2010).

Periódico: Revista Rene.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa/ N6.

Objetivo: Identificar os procedimentos considerados dolorosos pelos profissionais de enfermagem em uma unidade neonatal e verificar as medidas não-farmacológicas de alívio da dor e conforto empregadas pelos profissionais de enfermagem no cuidado neonatal.

Resultado: Dentre as medidas não-farmacológicas empregadas pelas enfermeiras para a diminuição dos estímulos auditivos, pode-se destacar o fechamento das portinholas da incubadora com cuidado, diminuição do som de alarmes e bombas e utilização do tom de voz baixo. Em relação à diminuição dos estímulos visuais: utilização do ciclo dia-noite, panos sobre a incubadora e uso de venda ocular. Para a otimização do estímulo tátil: utilização de rolinhos de tecidos e o enrolamento; contato pele a pele e a contenção manual; sucção não-nutritiva realizada com o dedo enluvado com luva de látex e gaze enrolada; agrupamento das atividades antes da realização dos procedimentos e participação dos pais no cuidado.

6 Título: Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (Método Canguru): percepções de puérperas.

Autores/Ano: NEVES *et al.* (2010).

Periódico: Revista Gaúcha de Enfermagem.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo qualitativo/ N6.

Objetivo: Conhecer as percepções de puérperas frente à utilização do Método Canguru durante a internação hospitalar do bebê em um hospital Amigo da Criança na cidade de Ponta Grossa.

Resultados: As mães que vivenciaram o método relataram que houve o favorecimento do contato íntimo com o RN através do contato pele a pele, gerando reconhecimento entre mãe e filho, além de favorecer o aleitamento pela procura do seio por parte do bebê. A permanência integral com o RN também foi relatada pelas mães como benéfica e eficiente para o fortalecimento do vínculo, bem como o apoio da equipe de enfermagem nas orientações

quanto ao método, facilitando o aprendizado e promovendo a autonomia das mães.

7 Título: Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes.

Autores/Ano: COSTA; PADILHA (2011)

Periódico: Revista de Enfermagem UERJ.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo qualitativo de abordagem histórico-social/ N6.

Objetivo: Analisar de que forma vem sendo instituído historicamente o saber com relação à presença da família na UTI neonatal, a partir do discurso dos profissionais de saúde.

Resultado: A partir do depoimento dos profissionais de saúde, infere-se que no início da UTI neonatal, a presença dos pais era limitada pelo hospital, relacionado a isto, foi instituída certa dificuldade de comunicação entre a equipe e as mães do RN. Entretanto, depois que o Ministério da saúde, por intermédio do Método Canguru, coloca a participação da família como sendo fundamental para bebê e para os pais, as visitas começaram a ser liberadas e alguns profissionais começaram a lutar pela humanização do cuidado na UTIN.

8 Título: Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido.

Autores: LELIS *et al.* (2011)

Periódico: Escola Anna Nery.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo de abordagem qualitativa/ N6.

Objetivos: Aprender o significado do cuidado oferecido pelo enfermeiro ao recém-nascido em procedimentos dolorosos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público de Fortaleza- CE e conhecer as intervenções realizadas pelos enfermeiros para amenizar a dor do recém-nascido.

Resultados: Para as enfermeiras, o cuidado humanizado do RN em situações dolorosas deve envolver dedicação, carinho, toque e transposição para a situação do outro, compreendendo-o em sua totalidade através do cuidado individualizado. A adequação do ambiente, as técnicas de manuseio e a estimulação sensorial por meio do contato pele a pele, teve como objetivo a promoção da qualidade de vida do RN na UTIN.

9 Título: Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível.

Autores/Ano: MONTANHOLI *et al.* (2011)

Periódico: Revista Latino-Americana de Enfermagem

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica/

N6.

Objetivos: Compreender a experiência de enfermeiras que atuam em unidade de terapia intensiva neonatal, sua vivência e o significado de sua ação no contexto do cuidado ao recém-nascido e aos pais desse.

Resultados: As enfermeiras relataram que uma das atividades do cuidado ao RN se dá através do gerenciamento, pois geralmente não possuem tempo para o cuidado assistencial. O cuidado com os pais do recém-nascido, especialmente relacionado ao estabelecimento entre o vínculo entre eles, também é levantado como uma das atividades das enfermeiras no cuidado ao RN. Para a otimização do cuidado, as enfermeiras afirmam que a educação permanente é um recurso que auxiliaria na organização e aperfeiçoamento do processo de trabalho.

10 Título: Participación de las madres en el cuidado de los recién nacidos internados en un servicio de neonatología que aplica el modelo de maternidad centrada en la familia.

Autores/Ano: NIETO *et al.* (2011)

Periódico: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo de natureza quantitativa/ N6.

Objetivo: Quantificar a redução do tempo assistencial de enfermagem como produto da participação das mães no cuidado de seus filhos.

Resultados: A participação das mães em mais de cem práticas diárias no cuidado aos seus filhos levou à redução de cerca de 12 turnos de 6 horas por semana, diminuindo de forma significativa a carga de trabalho da equipe de enfermagem. Entretanto, não foi considerada apenas a diminuição da carga de trabalho da equipe de enfermagem, mas também o fortalecimento do vínculo da mãe com o bebê, com consequente diminuição da ansiedade da família por participar do cuidado do RN.

11 Título: Percepções de enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal.

Autores/Ano: OLIVEIRA *et al.* (2011)

Periódico: Revista Rene

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa/ N6.

Objetivo: Identificar a qualidade das orientações de enfermagem às famílias dos recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em Maringá- PR, na percepção dos próprios enfermeiros.

Resultados: A maioria dos enfermeiros entrevistados apontaram aspectos que deveriam ser

modificados para que houvesse humanização no setor, como: maior integração da equipe, liberação do horário de visita, educação continuada e espaço mais amplo para atender maior número de crianças. Quanto à qualidade das orientações (rotinas do setor e horário de visitas, evolução do RN, procedimentos e cuidados de enfermagem, aleitamento materno, suporte emocional), a maior parte dos entrevistados as considerou parcialmente suficientes, devido ao vínculo insuficiente formado entre equipe de enfermagem e a família do RN.

12 Título: Tocando o prematuro: significado para auxiliares e técnicas de enfermagem.

Autores/Ano: PERECIN; RIBEIRO (2011).

Periódico: Revista Brasileira de Enfermagem.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo qualitativo/ N6.

Objetivo: Compreender o significado atribuído pelo auxiliar e técnico de enfermagem ao ato de tocar o recém-nascido pré-termo em uma Unidade de Prematuros de uma instituição privada da cidade de São Paulo.

Resultados: Para os entrevistados, o toque é uma ferramenta do cuidado utilizada durante a realização de procedimentos, que permite o conhecimento do comportamento individual de cada bebê, através da comunicação verbal e não verbal principalmente. Tal ferramenta tem como maior meta proporcionar o bem-estar, carinho, conforto e proteção durante um procedimento doloroso, promovendo o desenvolvimento do RN e a própria gratificação dos profissionais.

13 Título: Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal.

Autores/Ano: ROCHA *et al.* (2011)

Periódico: Revista Rene.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo de natureza qualitativa/ N6.

Objetivo: Conhecer a percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização no cuidado da família do RN em uma maternidade público de Fortaleza- CE e identificar ações de enfermagem que promovam a humanização da assistência e investigar fatores que desfavoreçam o cuidado da família.

Resultados: A equipe de enfermagem entendeu que ações incentivadoras do vínculo e do acolhimento levam ao cuidado personalizado, centrado nas reais necessidades do RN e de sua família, proporcionando melhor desenvolvimento do RN. Dentre os fatores que interferem no cuidado humanizado foram identificados: o estado emocional e sociocultural dos familiares, demandando um olhar mais atento e humanizado, além da superlotação e sobrecarga

profissional. Os profissionais entrevistados entenderam que a comunicação é a base para o cuidado humanizado.

14 Título: A percepção materna sobre a vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro.

Autores/Ano: SIQUEIRA; DIAS (2011)

Periódico: Epidemiologia e Serviços de Saúde.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa/ N6.

Objetivo: Analisar a percepção materna sobre vivência e aprendizado para o cuidado de um bebê prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Ceará.

Resultados: As mães relataram que sofreram ao saber no pós-parto imediato que seus filhos precisariam ser internados em uma unidade de terapia intensiva, todavia a maioria se sentia acolhida e satisfeita com a assistência da equipe de enfermagem à elas e ao RN. Os ensinamentos à respeito do cuidado com o filho e a oportunidade de colocar em prática esse aprendizado, culminou no fortalecimento do vínculo mãe-bebê e na segurança do cuidado com o RN. Como fatores negativos, as mães identificaram que o rodízio de profissionais, a superlotação da unidade e a sobrecarga de trabalho da equipe tem como consequência um cuidado tecnicista, dificultando a assistência humanizada.

15 Título: A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal.

Autores/Ano: SPIR *et al.* (2011)

Periódico: Revista da Escola de Enfermagem – USP.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa/ N6.

Objetivo: Conhecer e compreender a percepção das mães que acompanharam seus filhos durante a internação em Unidade Neonatal em São Paulo em relação à humanização da assistência.

Resultados: As mães acompanhadas no estudo relataram que o cuidado assistencial prestado pela equipe multiprofissional durante a sua internação e a do bebê eram positivas. Em relação à equipe de enfermagem, as mães referiram que o relacionamento interpessoal era humanizado, pois a equipe se portava com respeito, de maneira atenciosa e carinhosa. A ambiência também foi levantada como fator importante para a humanização, como a acomodação das mães perto de seus filhos.

16 Título: Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem.

Autores/Ano: COSTA *et al.* (2012)

Periódico: Revista de Enfermagem - UERJ

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa/ N6.

Objetivo: Conhecer como vem sendo desenvolvido o acolhimento aos pais na unidade neonatal em um Hospital Universitário da região sul do Brasil, buscando elaborar estratégias para a relação profissionais/familiares, bem como a superação das dificuldades encontradas neste processo.

Resultados: Para a equipe de enfermagem, o acolhimento é o momento em que se pode reduzir o medo dos pais, para isso é importante que o profissional se apresente, promovendo um bom relacionamento com os pais, fortalecendo vínculos afetivos. Atitudes como o diálogo, a escuta, a presença, o comprometimento e a valorização da presença dos pais foram identificadas como estratégias para efetivar o acolhimento de forma humanizada. Oportunizar o toque no bebê e oferecer para que a mãe realize os cuidados, também foi identificado como estratégia para amenizar a sensação de incompetência por parte das mães. Os profissionais da equipe também ressaltaram a importância de um espaço para compartilhar seus sentimentos, anseios e dificuldades para que se sintam acolhidos para acolher

17 Título: Conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na Unidade Neonatal.

Autores/Ano: DANIELE *et al.* (2012)

Periódico: Revista Escola de Enfermagem – USP

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo, quantitativo/ N6.

Objetivo: Verificar o conhecimento e a percepção de profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino do município de São Paulo a respeito do ruído e suas repercussões sobre o neonato, família e profissionais.

Resultados: Os profissionais mostraram conhecer os efeitos deletérios que o ruído pode provocar na equipe, nos neonatos e em suas famílias. Diante disso, adotaram estratégias para reduzir o ruído na unidade como: falar baixo; manipular a incubadora com cuidado; atender rapidamente aos disparos dos alarmes; abrir e fechar as portas das salas com cuidado e conversar fora da UTIN. Os dados indicaram a importância do desenvolvimento de programas educativos que englobem o conhecimento e o envolvimento da equipe multiprofissional e, sobretudo, a sensibilização dos profissionais quanto à importância de

medidas que favoreçam melhores condições ambientais.

18 Título: Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos.

Autores/Ano: GONTIJO *et al.* (2012)

Periódico: Caderno de Saúde Pública.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo qualitativo/ N6.

Objetivo: Compreender dificuldades e facilidades da implantação do Método Canguru em maternidades brasileiras sob a ótica de gestores, profissionais e mães.

Resultados: Profissionais e gestores julgaram o método como tecnologia inovadora que promove o cuidado humanizado, capaz de otimizar o vínculo mãe-filho, favorecendo maior ganho de peso para o RN e maior tempo de amamentação exclusiva, além da alta precoce. As mães relataram que a vivência na segunda fase do método as ajudou a ter maior segurança e confiança no cuidado com o bebê. Todavia, para os profissionais, o apoio institucional é um dos pontos desfavoráveis para a implementação do método, devido à falta de espaço físico para adequação do ambiente às necessidades da mãe e do bebê.

19 Título: O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem

Autores/Ano: CAETANO *et al.* (2013)

Periódico: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo quantitativo de caráter descritivo/ N6.

Objetivo: Descrever as formas de avaliação de dor do recém-nascido utilizadas pela equipe de enfermagem e analisar a prática da enfermagem quanto ao manejo da dor do neonato.

Resultados: Os entrevistados mencionaram a terapia do toque e o ninho, como as principais medidas para alívio da dor nos recém-nascidos, como coadjuvantes destacaram também a sucção não nutritiva; utilização de soluções glicosadas; a musicoterapia e massoterapia.

20 Título: Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit.

Autores/Ano: FRIEDMAN *et al.* (2013)

Periódico: Foundation Acta Paediatrica.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo de natureza qualitativa/ N6.

Objetivo: Descrever as características das mães que provavelmente se beneficiaram com serviços psiquiátricos a curto prazo, enquanto seu bebê estava internado na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).

Resultados: Assistentes sociais e profissionais de enfermagem identificaram em algumas mães sinais de depressão, transtornos de ansiedade, psicose, luto e transtorno de estresse pós-

traumático, tais condições, de certo modo, influenciavam na relação da mãe com o seu bebê. Tais mães relataram que preferiam o atendimento psiquiátrico por intermédio da psicoterapia do que pela terapia medicamentosa, pois tinham a oportunidade de discutir suas experiências e, com a melhora, fortalecer o vínculo com os bebês.

21 Título: Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal.

Autores/Ano: OLIVEIRA *et al.* (2013)

Periódico: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.

Tipo de Pesquisa/Nível de Evidência: Estudo descritivo, transversal, de caráter qualitativo/N6.

Objetivo: Conhecer a vivência de pais que tiveram seus filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Regional de Maringá desde o nascimento, evidenciando as fontes de apoio para o enfrentamento da situação.

Resultados: As mães relataram que após a alta tiveram a sensação de abandonar seus filhos na UTI, um ambiente que gera ansiedade em relação à vida dos filhos. Nesse sentido, para as mães, a manutenção de um canal permanente de comunicação com a equipe é essencial para o enfrentamento de hospitalização dos filhos, sendo um aspecto facilitador do processo, amenizando a ansiedade, através do acompanhamento e valorização de suas crenças.

22 Título: Percepções da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica.

Autores/Ano: REIS *et al.* (2013)

Periódico: Revista Gaúcha de Enfermagem.

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa/ N6.

Objetivo: Identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal e pediátrica de um hospital do sul do Brasil.

Resultados: Os depoimentos da equipe de enfermagem demonstraram que os profissionais compreendem a humanização como uma modalidade assistencial tendo como foco principal o olhar holístico para o sujeito cuidado, o que significa cuidar para além de procedimentos técnicos. A falta de ambiência foi tida como prática que não contribui para a humanização, devido à inexistência de um ambiente democrático onde exista acolhimento e escuta aos trabalhadores que são atores do processo de trabalho.

23 Título: A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a

equipe assistencial.

Autores/Ano: SANTANA; MADEIRA (2013)

Periódico: Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro

Tipo de Pesquisa/ Nível de Evidência: Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa/ N6.

Objetivo: Conhecer a percepção de médicos e enfermeiros neonatólogos acerca da presença da mãe na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Sofia Fildman de Belo Horizonte, e analisar os fatores que facilitam e dificultam as relações entre profissionais da equipe multiprofissional de UTIN e as mães/familiares dos bebês internados.

Resultados: Nos discursos dos profissionais, foi possível verificar que, em sua maioria, consideram a presença dos pais na UTIN fundamental, pois além de favorecer o contato pele a pele, é essencial para a formação do vínculo e participação no cuidado do RN, contribuindo para a diminuição do tempo de internação e favorecendo a continuidade do cuidado domiciliar. Os profissionais perceberam ainda que a presença dos pais proporciona um melhor relacionamento com a equipe e a compreensão da evolução clínica do RN. A comunicação efetiva entre os pais/familiares e a equipe assistencial foi apontada como a principal estratégia a ser utilizada, sendo importante para a solução e a minimização dos conflitos, podendo ser determinante para que os pais se sintam seguros num ambiente que lhes é estranho, considerando suas fragilidades e seus sentimentos frente à internação do RN na UTIN.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Com o agrupamento dos dados, cabe destacar algumas características importantes do resultado da organização. Quanto ao ano das publicações:



Figura 1: Gráfico do número de artigos por ano de publicação.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Sobre os sujeitos dos 23 artigos, em 12 publicações (52,1 %), correspondem às percepções da **equipe de enfermagem** quanto ao cuidado humanizado em neonatologia, enquanto em 9 publicações (39,1%) se referem à experiência e **compreensão materna** frente às intervenções da equipe de enfermagem. Um artigo (número 18) tem como objetivo a percepção de três sujeitos (gestores, profissionais e mães) quanto à implantação do Método Canguru. Apenas um não se aplica às percepções dos sujeitos citados acima (número 10), pois está relacionado à redução da carga de trabalho da equipe de enfermagem pelo auxílio das mães nos cuidados com os filhos, culminando no favorecimento do vínculo mãe-filho, sendo condição *sine qua non* ao cuidado humanizado.

Em relação à humanização das ações da equipe de enfermagem, foram identificadas as seguintes intervenções: incentivo ao vínculo mãe/bebê/equipe de enfermagem; incentivo à participação dos pais nos cuidados prestados ao RN; orientações quanto aos cuidados e situação clínica do RN; ambiência; comunicação; toque; cuidado individualizado ao RN e à sua família; educação permanente; alojamento para as mães dos bebês internados; atividades lúdicas.

A sobrecarga da equipe de enfermagem, superlotação das unidades neonatais, falta de ambiência para a equipe, estado emocional e sociocultural dos familiares e o rodízio de

profissionais foram consideradas condições desfavoráveis à humanização do cuidado em neonatologia

Segundo os dados apresentados no Quadro 2, foi identificado em 14 artigos (60,8%) que o impacto das intervenções de enfermagem realizadas de forma humanizada sobre os recém-nascidos e suas famílias resultou no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe/bebê/equipe de enfermagem, sendo este o resultado de maior prevalência nos estudos.

Em seguida, a segurança e o conforto emocional/físico das mães em cuidar de seus filhos foram encontrados em 13 artigos (56,5%). Por fim, o favorecimento do processo de desenvolvimento, a estabilidade clínica e a qualidade de vida do RN na UTIN ficou evidenciada em 10 artigos (43,4 %).

Tabela 1: Distribuição das intervenções humanizadas e dos fatores desfavoráveis à humanização nos artigos da pesquisa.

INTERVENÇÕES HUMANIZADAS	NUMERO DOS ARTIGOS																							TOTAL	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
Incentivo ao vínculo mãe/bebê/equipe de enfermagem	x			x		x			x	x	x		x	x	x	x		x		x		x	x	14	
Incentivo à participação dos pais nos cuidados prestados ao RN	x			x	x		x			x			x			x						x	x	9	
Orientações quanto aos cuidados e situação clínica do RN	x	x				x					x		x	x							x			7	
Ambiência					x			x								x		x	x	x			x	7	
Comunicação			x				x					x	x									x		x	6
Toque						x	x	x				x				x				x				6	
Cuidado individualizado ao RN e à sua família								x					x			x							x	4	
Educação permanente									x		x					x	x							4	
Alojamento para as mães dos bebês internados				x		x					x													3	
Atividades lúdicas				x																				1	
FATORES DESFAVORÁVEIS À HUMANIZAÇÃO																									
Sobrecarga da equipe de enfermagem									x	x			x	x									x	5	
Superlotação													x	x										2	
Falta de ambiência para os profissionais																							x	1	
Estado emocional e sociocultural dos familiares													x											1	
Rodízio de profissionais														x										1	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Dos 23 estudos analisados, 4 (17,39 %) discorrem diretamente sobre o Método Canguru (MC), enquanto 6 (26 %), apenas fazem menção do MC em suas metodologias, dentre esses 6, dois fazem parte dos 4 que discorrem diretamente sobre o Método Canguru. Todavia, os 15 artigos que não citam o método em seus textos diretamente, têm, coincidentemente, como intervenções humanizadas da equipe de enfermagem, os cuidados especiais da primeira etapa do Manual do Método Canguru (2011): acolhimento da família com esclarecimentos sobre a situação clínica do RN; estímulo ao vínculo, amamentação, permanência e participação da família nos cuidados com o neonato; garantia de medidas de proteção do estresse e dor ao RN; cuidado individualizado ao neonato e à sua família; promoção de conforto e qualidade de vida ao bebê, promovendo o seu adequado desenvolvimento, correspondendo às intervenções já citadas anteriormente.

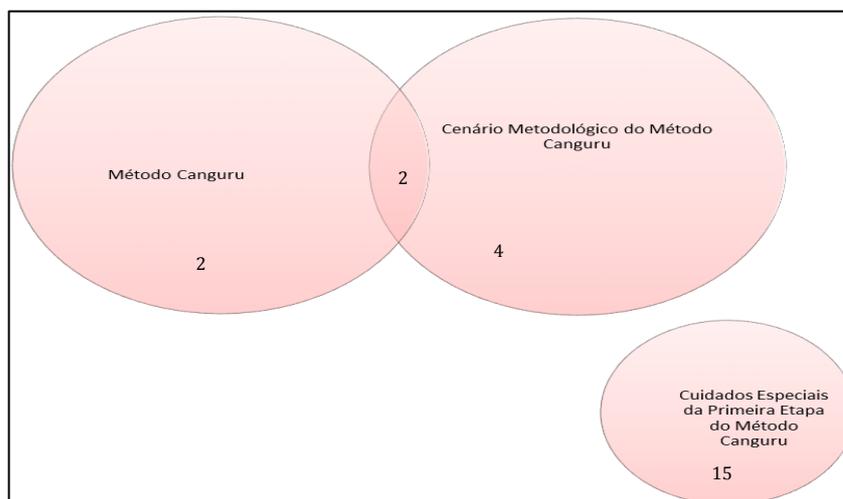


Figura 2: Gráfico relacionado ao Método Canguru.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2014.

5. DISCUSSÃO

Posteriormente à exploração e ao agrupamento dos dados segundo a sua relevância e prevalência nos estudos, emergiram três categorias: 1) Intervenções de enfermagem direcionadas à família do recém-nascido; 2) Intervenções de enfermagem direcionadas ao recém-nascido; 3) Fatores desfavoráveis à humanização na unidade de terapia intensiva neonatal.

As três categorias são discutidas separadamente para facilitar a compreensão das intervenções, entretanto não se deve entendê-las, na prática, como um cuidado fragmentado, mas interligado e contínuo.

1) INTERVENÇÕES DIRECIONADAS À FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO

Martinez; Fonseca; Scochi (2007) e Siqueira e Dias (2011) relatam em seus estudos que, geralmente os familiares se sentem intimidados em tocar ou cuidar de seus filhos devido aos aparatos tecnológicos envolvidos na assistência e, também pelo tamanho reduzido do RN, o que causa insegurança e conseqüente afastamento entre família e neonato.

Segundo a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, quando a separação entre a família e o RN é necessária, não se deve impedir a proximidade e continuidade dos cuidados familiares. Os primeiros momentos de vida do neonato são primordiais para o estabelecimento de laços afetivos e para a otimização do seu desenvolvimento. Diante disso, a presença da família na UTIN durante a hospitalização do bebê, deve ser incentivada pela equipe de saúde, além do incentivo ao toque e ao contato visual (BRASIL, 2011).

A autorização da permanência dos pais na unidade de neonatologia é um dos passos mais importantes para a quebra da resistência destes em interagir com o bebê, pois por intermédio da permanência, o vínculo com o RN e principalmente com a equipe de enfermagem irá se fortalecer, e a imagem verticalizada dessa relação, onde aparentemente o profissional tem o poder sobre o cuidado, poderá ser desfeita, fazendo com que a família seja protagonista e tenha autonomia na assistência (COSTA; PADILHA, 2011).

Além do receio de tocar e cuidar do filho, o medo do óbito do RN internado em uma UTIN é constante entre os familiares, pois apesar do ambiente conter aparatos tecnológicos que permitem a sobrevivência da criança, é caracterizado por alterações relevantes no estado clínico e com isso surgem os sentimentos de impotência e insegurança por parte dos pais (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A existência de um canal permanente de relação interpessoal entre os familiares e a equipe de enfermagem é uma forma de amenizar os sentimentos acima citados. Esse canal é entendido por Oliveira *et al* (2013) como uma forma de acolhimento, que visa otimizar o processo de enfrentamento e adaptação cotidiana dos pais frente ao estado do bebê, na medida que a equipe de saúde se dispõe a prestar assistência humanizada não só ao RN, mas também à sua família, que faz parte do processo de recuperação e reabilitação da saúde do paciente.

No estudo de Friedman *et al* (2013), a equipe de enfermagem exerce o acolhimento e o vínculo identificando as mães que possivelmente estariam com algum transtorno psíquico pós-parto, as encaminhando para acompanhamento psiquiátrico, para que, com a sua melhora, o vínculo do binômio mãe-bebê pudesse ser incentivado e estabelecido de forma segura. As mães ainda relataram que tinham preferência pela psicoterapia ao invés do tratamento medicamentoso, pois através das conversas elas poderiam externar seus medos e dúvidas, além de receber orientações quanto aos cuidados com o filho.

Os autores acima citados discorrem sobre a importância do acolhimento e da assistência holística das individualidades e dos sentimentos de cada família. A saúde emocional e psicológica dos pais é valorizada por ser entendida como fator essencial para o incentivo ao vínculo. Portanto a equipe de enfermagem deve buscar minimizar a separação do neonato e sua família, proporcionando um ambiente acolhedor e receptivo, que permita a espontaneidade dos pais no relacionamento com seus filhos.

O Grupo dos Pais, na pesquisa de Ferreira *et al* (2009), é uma ferramenta que não só os enfermeiros, mas toda a equipe multiprofissional da UTIN do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, encontrou para o acolhimento dos acompanhantes do neonato. O grupo tem como objetivo a redução de toda a problemática já discutida sobre a ansiedade dos familiares nos vários aspectos que permeiam a internação do bebê, desde a manifestação dos sentimentos dos familiares até os cuidados com o RN pós-alta. Nos depoimentos dos pais, o grupo foi visto como um acontecimento necessário em qualquer hospital.

O cuidado com a família de um neonato pré-termo ou que necessite de cuidados intensivos deve ser incentivado precocemente, pois esse é um momento de crise para a família. É comum entre muitos pais o sentimento de culpa, pois temem terem feito algo ou até mesmo terem sido negligentes de forma consciente ou inconsciente em algum aspecto durante a gestação, ocasionando a ida do RN para a UTIN. Quando ocorre este tipo de pensamento e sentimento, há a resistência de formação de vínculo por parte dos pais, portanto o acolhimento destes familiares por parte da equipe é fundamental (BRASIL, 2011).

Muitas vezes a família encontra auxílio na equipe, em busca de forças internas, para a superação deste momento crítico e, gradualmente os pais são encorajados a participar do cuidado do filho. Aos poucos o relacionamento entre a família e a criança progride, passando do contato inicial apenas pelas informações médico-laboratoriais até perceberem que são capazes de gerar conforto, ousando tocar o bebê (BRAZELTON, 1992).

As mães entrevistadas no estudo de Araújo e Rodrigues (2010) relatam que a participação no cuidado de seus filhos as fazem reconhecê-lo, além de se sentirem seguras no cumprimento de seu papel de mãe, sendo capazes de lidar com ele. Elas ainda referem que a possibilidade de permanecerem com eles no alojamento facilita a aprendizagem e a troca de experiências para o cuidado.

Neves *et al* (2010) ratifica o que os autores acima discorrem, mostrando que as mães que são inseridas no Método Canguru se sentem satisfeitas por permanecerem em tempo integral com seus bebês, com o contato pele a pele e por poderem participar dos cuidados, principalmente durante a alimentação, quando o RN já é capaz de se alimentar pelo seio da mãe. Já as mães que participaram da pesquisa de Oliveira *et al* (2013), não tiveram a oportunidade de acompanhar seus filhos em todos os momentos, pois não havia alojamento, sendo apontado por elas como fator dificultador do processo de cuidado e permanência com o bebê.

Apesar do alojamento ser visto pelas mães como um meio de permanecer junto ao seu filho, participar do seu cuidado e aprender com as experiências de outras mulheres, quando a mãe decide por permanecer no alojamento, existe uma dualidade de sentimentos, uma vez que a mulher acaba abdicando dos cuidados ao restante de sua família e até à si mesma. A mudança da rotina do cotidiano também é sentida pelas mulheres, podendo, não raramente, causar estresse e conflitos entre elas e a equipe, culminando em tensão e até a discussões (BRASIL, 2011; DITZ, 2008; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Para a melhor ambientação da mãe e da família durante a internação do RN, é importante a existência de outros espaços, além do alojamento, para atividades lúdicas, como a criação de oficinas de trabalhos manuais, salão de beleza para otimizar a autoestima da mulher, bem como locais que proporcionem distrações, a fim de amenizar o estresse e também aumentar a troca de experiências com outras mães e, até mesmo com a equipe de enfermagem, de uma forma mais aconchegante (BRASIL, 2011; DITZ, 2008; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Segundo a PNH, a ambiência deve ser compreendida como um espaço físico que vai além das metragens e paredes, deve ser um espaço que proporcione trocas interpessoais dos

saberes subjetivos dos vários sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, objetivando a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010a).

O cuidado individualizado à família do neonato é um ponto considerável na ambiência e conseqüentemente no cuidado humanizado (BRASIL, 2010a). A equipe de enfermagem do estudo de Reis *et al.* (2013), entende que a humanização do cuidado está no olhar holístico ao neonato e à sua família, que vai além dos procedimentos técnicos, consistindo em se colocar no lugar do outro. Tal atitude de empatia deve ter como objetivo a compreensão das experiências e dos sentimentos dos sujeitos para que o ambiente se torne menos hostil (FONTANA, 2010).

Na pesquisa de Costa *et al* (2012), a equipe de enfermagem conclui que o enfermeiro é o primeiro profissional responsável pelo acolhimento inicial dos pais na UTIN, por isso é o mediador para que as relações de vínculo com o bebê e com a própria equipe não sejam mecânicas e impessoais, mas que sejam pautadas na percepção da sensibilidade e disponibilidade da equipe em promover o cuidado de acordo com as demandas de cada binômio.

O enfermeiro tem como responsabilidade o acolhimento da família e do RN de tal forma que o cuidado não seja estereotipado e padronizado genericamente, sendo estimulador de um ambiente com trocas e formação de subjetividades, valorizando e apreendendo as motivações de cada um para a individualização do cuidado (BRASIL, 2010; GORGULHO; RODRIGUES, 2010).

A permanência dos pais na UTIN, o enfrentamento da família na participação dos cuidados ao RN, o acolhimento das angústias e experiências de cada contexto familiar, a construção de um ambiente onde se valorize as subjetividades e a individualidade dos pequenos pacientes e sua extensão, devem ter a comunicação como uma das principais ferramentas para o cuidado resolutivo e integral.

O resultado da entrevista com a equipe de enfermagem sobre os significados das ações de enfermagem que contribuem para o cuidado humanizado no estudo de Rocha *et al* (2011), mostrou que a comunicação efetiva quanto ao repasse das informações sobre o estado clínico do bebê, a escuta qualificada sobre a história familiar e suas angústias, bem como os devidos esclarecimentos são pontos primordiais para a identificação das reais necessidades da família e do neonato.

Além da identificação das reais demandas do neonato e de sua família, Percin e Ribeiro (2011) e Santana e Madeira (2013), afirmam que a disposição da equipe de enfermagem em estabelecer uma comunicação efetiva com a família, favorece o bem-estar de

todos, uma vez que proporciona a inclusão da família nos cuidados do neonato, estimulando a sua autonomia e protagonismo.

O entendimento das reais carências aliado à percepção e à sensibilidade da equipe de enfermagem é essencial para a personalização da assistência, culminando em maior êxito e resolutividade por intermédio de uma interação eficaz, permeada pelo conceito ampliado de uma comunicação que vai além do verbalizado, mas que possibilita o envolvimento e a percepção do outro de maneira holística, gerando segurança para todos os sujeitos envolvidos do contexto da UTIN (BRASIL, 2011 ; OLIVEIRA *et al.*, 2005).

2) INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DIRECIONADAS AO RECÉM-NASCIDO

A valorização do envolvimento da família no cuidado com o seu bebê, o estímulo do vínculo entre eles, bem como a adequada interação entre a equipe e todo o contexto familiar e social do RN, são de grande valia não só para a família, que teoricamente irá compreender melhor a intervenção subjetiva, mas também é para o neonato, que será influenciado pelo cuidado prestado à sua família.

Para a realização de um cuidado humanizado ao recém-nascido, é necessário considerá-lo em sua totalidade, de acordo com as suas limitações e imaturidade psicobiológica. A busca de intervenções que minimizem os danos de desenvolvimento e crescimento ocasionados pela internação, que proporcionem a recuperação satisfatória e uma melhor qualidade de sobrevivência do RN são pontos de bastante relevância a serem considerados durante a sua hospitalização (LELIS *et al.*, 2011; REICHERT *et al.*, 2007) .

Estudos mostram que, durante o período de internação, os neonatos são submetidos, em média a 134 procedimentos dolorosos durante as duas primeiras semanas de vida ou à 14 desses procedimentos durante o dia (BRIGITTE, 2010). Portanto, avaliar e perceber os sinais de linguagem não verbal do bebê relacionados à dor demanda treinamento e um olhar humanizado do enfermeiro, que vá além dos aspectos biológicos e tecnológicos que cercam o pequeno paciente em uma UTIN, a fim de melhorar a sua qualidade de vida durante a hospitalização (PERSEGONA, 2008).

Quanto ao cuidado humanizado de enfermagem ao recém-nascido em situações dolorosas, as enfermeiras do estudo de Lelis *et al* (2011), compreendem que o cuidado deve ser permeado pela atenção individualizada ao RN, pela adequação do ambiente, por técnicas de manuseio, pela estimulação sensorial através do contato pele a pele, estando sempre atentas aos sinais de risco e desconforto evidenciadas por alterações cardiorrespiratórias,

hormonais e metabólicas (LEMOS, 2010; AQUINO; CHRISTOFFEL, 2010; CAETANO *et al.*, 2013).

Dentre as modalidades de cuidados mais utilizadas com autonomia pela equipe de enfermagem estão a amamentação, o toque, a sucção não nutritiva, soluções adocicadas, massagens, musicoterapia, entre outras, que resultam na normalização das alterações fisiológicas e comportamentais, proporcionando conforto físico e psicológico ao RN (GUINSBURG, 2003; CASTRAL, 2007; AQUINO; CHRISTOFFEL, 2010; CAETANO *et al.*, 2013).

Caetano *et al* (2013), realizou sua pesquisa com 42 funcionários da equipe de enfermagem de três hospitais do município de Alfenas - MG, a fim de analisar a prática da enfermagem quanto ao manejo da dor do neonato. Os entrevistados mencionaram que os métodos não - farmacológicos mais utilizados por eles no manejo da dor do RN eram a terapia do toque, o ninho, a sucção não nutritiva, soluções glicosadas e a musicoterapia, técnicas utilizadas de forma semelhante às enfermeiras do estudo de Lelis *et al* (2011).

Como uma das ferramentas mais utilizadas no manejo da dor pela equipe de enfermagem da última pesquisa citada, o cuidado humanizado através da terapia do toque foi a mais prevalente, utilizada por 35,7 % da equipe, beneficiando o RN em seu crescimento e desenvolvimento emocional saudável, promovendo o vínculo afetivo, conforto e segurança (PRESBYTERO *et al.*, 2010).

Um das principais formas de comunicação entre o neonato e a equipe de enfermagem se dá através de sinais não verbais, como o toque, devido a isso, estes sinais devem ser valorizados para a melhor compreensão das respostas do RN e para o planejamento de intervenções otimizadas (PINHEIRO, 2003). Essas intervenções, baseadas na terapia do toque, devem ser realizadas com o toque expressivo-instrumental, que consiste na realização dos procedimentos necessários para a assistência, mas de tal forma que seja capaz de expressar afeto e envolvimento, que na maior parte das vezes não faz parte dos cuidados técnicos (WATSON, 1975).

Auxiliares e técnicos de enfermagem, que trabalham em uma unidade de prematuros de uma instituição privada em São Paulo, entendem o toque como uma das principais intervenções para o alcance do bem-estar no RN. Eles relatam que valorizam a forma como o bebê é tocado, pois acreditam que isso irá influenciar o crescimento e o desenvolvimento dele. Outra questão sobre o toque, considerada importante pela equipe, diz respeito ao favorecimento da interação da equipe com o paciente, pois permite o conhecimento a respeito das reações e respostas de cada bebê (PERECIN; RIBEIRO, 2011; CAETANO, 2013).

O ninho e o enrolamento utilizados pela equipe de enfermagem, foram citadas por Aquino e Cristoffel (2010) e por Caetano et al. (2013) como intervenções não farmacológicas para o alívio da dor que favorecem o ganho de peso e mantêm as crianças mais calmas. Tais intervenções são vistas na literatura como uma estratégia de conforto e organização corporal do bebê, capaz de melhorar seu tônus muscular e sua postura, além de auxiliar na maturação das funções cerebrais, organização fisiológica e comportamental do RN, diminuindo o estresse e direcionando as suas reservas energéticas para o seu adequado crescimento e desenvolvimento (PRESBYTERO *et al.*, 2010; NEVES; CORREA, 2008).

Os avanços tecnológicos trouxeram equipamentos que permitiram um melhor tratamento e o aumento da sobrevivência dos neonatos em risco, porém esses aparatos, muitas vezes produzem efeitos deletérios à saúde do RN devido às intervenções estressantes como o excesso de luz, ruídos e manipulação excessiva, podendo interferir na qualidade da estabilidade clínica do RN e em seu desenvolvimento (BRASIL, 2011; ROCHA, 2011)

Os ruídos podem repercutir na qualidade de vida do recém-nascido e até mesmo causar danos a longo prazo, como dificuldades na audição, no raciocínio, na escrita, na fala, além de afetar o desenvolvimento social, emocional e intelectual da criança (PINHEIRO *et al.*, 2011; BRASIL, 2011). Sabendo disso, os profissionais de enfermagem dos estudos de Daniele *et al* (2012) e de Aquino e Christoffel (2010) relataram que as estratégias mais usadas como forma de minimizar os danos causados pelo excesso de ruído e proporcionar melhor conforto aos neonatos são o fechamento das portinholas das incubadoras com cuidado, a diminuição do som de alarmes e bombas de infusão, atendendo-os rapidamente e a diminuição do tom de voz nas conversas.

A redução dos ruídos no ambiente da UTIN favorecem o aumento da estabilidade fisiológica; melhoram a taxa de crescimento; proporcionam maturação neurosensorial apropriada para a idade; previnem problemas a longo prazo nas áreas de linguagem, fala e processamento auditivo, além de promover o vínculo entre pais-bebê (BRASIL, 2011).

A prevenção de fatores estressantes para o neonato não é relevante somente por aspectos subjetivos, mas é primordial, principalmente, pela redução de consequências deletérias à sua saúde. Portanto, a equipe de enfermagem, deve proporcionar um ambiente propício para o tratamento e reabilitação do recém-nascido, minimizando os efeitos da sua enfermidade e da separação dos pais (ROCHA *et al.*, 2011).

3) FATORES DESFAVORÁVEIS À HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

A PNH, em 2004, representou um grande avanço e desafio para todos os protagonistas envolvidos no cuidado à saúde, exigindo de todos a valorização, a autonomia e a corresponsabilidade na produção da saúde. Para isso, houve mudanças nos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, o comprometimento com a ambiência e a melhora nas condições de trabalho (BRASIL, 2010).

A equipe de enfermagem do estudo de Reis *et al* (2013), já citado anteriormente, refere que não há apoio ao profissional e incentivo à prática do cuidado humanizado, devido à falta de planejamento de ações que motivem tal prática. A capacitação da equipe é retratada por Costa *et al* (2012) e Montanholi *et al* (2011) como fator fundamental para o estímulo das ações que permeiam o cuidado humanizado ao RN, pois proporciona a troca de experiências, atualização e o emprego do cuidado individualizado, além de proporcionar interação entre a equipe.

A sincronia entre a equipe é fundamental para a construção de espaços de reflexão a respeito da prática assistencial através da abordagem das potencialidades e dificuldades de cada um, tendo como objetivo o aprimoramento da assistência neonatal humanizada, capaz de criar um ambiente humanizado não só para o RN e sua família, mas para a própria equipe (COSTA, 2005).

Momentos de conversa com a equipe e a atuação do serviço de psicologia permitem a construção de ambientes democráticos onde se acolha o profissional para que os seus medos e limitações sejam considerados, contribuindo para a autonomia e protagonismo do profissional, além de influenciar na motivação do cuidado humanizado (BRASIL, 2010; FONTANA, 2010).

Ainda relacionada ao ambiente desfavorável à humanização, está a superlotação dos leitos, acompanhada da desproporção numérica entre leitos ocupados e a quantidade de funcionários na equipe de enfermagem, gerando constante sobrecarga dos profissionais de enfermagem que, na maior parte do tempo, deve acompanhar o RN e sua família. Rocha, Montanholi e Siqueira (2011), afirmam que tais fatores desfavorecem o cuidado humanizado, pois pela falta de tempo e espaço, o foco acaba centrado nos procedimentos técnicos, deixando de abordar as subjetividades.

O estado emocional prejudicado e a situação socioeconômica e cultural dos familiares, é reportada por Rocha *et al* (2011) como fator dificultador para o relacionamento interpessoal

e comunicação com a equipe, que já prejudicada pela sobrecarga de trabalho, não possui disponibilidade física para uma assistência otimizada. Essa condição leva ao rodízio de profissionais e o comprometimento do vínculo citado por Montanholi *et al* (2011), adicionado ao desgaste emocional e psíquico devido à rotina estressante, que desfavorece o profissional de enfermagem na prestação da assistência humanizada.

O trabalho em uma UTIN proporciona prazeres e desgastes aos profissionais de enfermagem. Dentre os prazeres está a sensação de trabalho efetivo e de dever cumprido quando as suas potencialidades. Já os desgastes envolvem a organização do processo de trabalho, a carência de recursos humanos e materiais, a escassez e a não otimização do espaço físico, levando ao sofrimento físico e psíquico dos profissionais (SOUZA; FERREIRA, 2010; GARCIA *et al.*, 2012).

Portanto, são necessárias as mudanças no processo de trabalho, que contam com a participação efetiva dos profissionais em reuniões onde os problemas de estrutura, rotina, desgastes e potencialidades são expostos para que, em parceria com a gerência, sejam encontradas estratégias que visem minimizar os desgastes e estimular a criatividade, inteligência e valorização do trabalho, para que, os prazeres tenham papel de destaque no processo do cuidado humanizado (SOUZA; FERREIRA, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa teve como objetivo identificar as evidências de intervenções humanizadas em neonatologia prestadas pela equipe de enfermagem, bem como os impactos dessas intervenções na saúde do neonato e de sua família. Envolveu estudos publicados entre os anos de 2007 e 2013, que abordaram o neonato e sua família, apesar de demandarem cuidados individualizados, como extensão um do outro, principalmente pela separação precoce entre eles em um momento importante para o estabelecimento de vínculos concretos.

A partir dos 23 artigos que compõem a amostra deste estudo, foi possível destacar, nos resultados e na discussão, a caracterização dos sujeitos, onde a equipe de enfermagem aparece como um dos protagonistas na percepção do cuidado humanizado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), seguida da percepção materna quanto a essa assistência, para que o encontro das duas percepções se somasse e produzisse um cuidado individualizado, pautado na valorização da autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos na produção da saúde, de maneira acolhedora e resolutiva.

O acolhimento, o vínculo e a sensibilidade dos profissionais da equipe de enfermagem têm papel relevante para a produção de um cuidado humanizado ao recém-nascido e à sua família, em um ambiente considerado, muitas vezes frio e hostil, como é o da UTIN. Por isso, a enfermagem deve ter em vista a resolução de conflitos, desde os questionamentos familiares, passando por aspectos de ambiência e qualidade de vida do RN, indo até aos cuidados pós-alta hospitalar, abrangendo o cuidado integral, referendado pela PNH.

Todavia, para que o processo de humanização seja possível de maneira integral e universal, é imprescindível que o profissional de enfermagem também seja alvo do cuidado humanizado, onde suas potencialidades sejam valorizadas e suas limitações sejam consideradas e trabalhadas, para que se sintam acolhidos para acolher, não como uma regra ou norma, mas como algo intrínseco do “ser humano”.

Consideramos como limitações deste estudo: a escassez de tempo hábil para que a coleta dos dados - escolha dos artigos -, segundo os critérios de inclusão e exclusão, fosse realizada por uma segunda pessoa. No entanto, consideramos condição *sine qua non* para o profissional de enfermagem, que se dedica a cuidar de recém-nascidos e suas famílias, em momentos críticos (internação hospitalar) refletir sobre os achados deste estudo, uma vez que retratam realidades da assistência neonatal que é prestada atualmente.

REFERÊNCIAS

AQUINO, F.F.; CHRISTOFFEL, M.M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Revista Rene**, v. 11, n. esp, p. 169- 177, 2010.

ARAÚJO, B.B.M. **Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re)conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais**. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem-UERJ, 2007.

ARAÚJO, B.B.M.; RODRIGUES, B.M.R.D. Alojamento de mães de recém-nascido prematuro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 284- 292, abr/jun. 2010.

BACKES, D.S., LUNARDI, W.D., LUNARDI, V.L. Humanização no ambiente hospitalar à luz da política de humanização da assistência à saúde. **Enferm Atual**, v.4, n.4, p. 227-231, jul/ago. 2005.

BARROS, F.C. et al. Recent Trends in Maternal, Newborn, and Child Health in Brazil: Progress Toward Millennium Development Goal 4 and 5. **American Journal of Public Health**, 2010.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde . **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. 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 de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. – 2.ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRAZELTON, T.B.; CRAMMER, B.G. **Primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRIGITTE, L. et al. How effective is tetracaine 4% gel, before a venipuncture, in reducing procedural pain in infants: a randomized double-blind placebo controlled Trial. **BMC Pediatrics**. v. 7, n. 1, p. 1431-2431, 2010.

BRITO, M.H.A.; KREBS, V.L.J.; GRISI, S.J.F.E. Reflexões sobre a humanização da assistência ao recém-nascido de muito baixo peso. **Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 281-287, out/dez. 2010.

CAETANO, E.A. et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 439- 445, jul/set. 2013.

CASTRAL, Thaíla Corrêa. **O contato materno pele a pele no alívio da dor em prematuros durante o teste do pezinho**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

CHAVES, E.C.L.; FUREGATO, A.R.F. Uma interação enfermeiro-cliente aplicando princípios do relacionamento não-diretivo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n.2 p. 248-255, abr/jun, 2008.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade neonatal: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M.O.H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 349-353, jul/set. 2012.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. Percepção da equipe de saúde sobre a família na uti neonatal: resistência aos novos saberes. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 231-235, abr/jun. 2011.

DANIELE, D. et al. Conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na Unidade Neonatal. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 5, p. 1041- 1048, 2012.

DITZ, E.S.; MOTA, J.A.C.; SENA, R.R. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan / mar. 2008.

ELSEN, I. Um marco conceitual para o trabalho com famílias. In: Stamm M, Miotto RCT. Família e cuidado: uma leitura além do óbvio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 2, n. 2, p.161-168, jul/dez. 2002.

FALK, M.L.R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista APS**, Juíz de Fora, p. 4-9, jan/mar. 2010.

FERREIRA, J.C.O.A.; SAKITA, N.K.; CECCON, M.E.R.J. Experiência de grupo de Pais em uma Unidade de terapia intensiva neonatal. **Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 5, 2009.

FLEMMING, K. Perguntas passíveis de respostas. In: CULLUM N., CILISKA D., HAYNES R.B., MARKS S. Enfermagem Baseada em Evidências: uma introdução. Porto Alegre, Artmed, p. 42-48. 2010.

FONTANA, R.T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revista RENE**, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010.

FOWLER, D.J.; SÁ, A.C. Humanização nos cuidados de paciente com doenças crônico-degenerativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2 p. 225-230, 2009.

FRIEDMAN, S.H. et al. Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. **Acta Pædiatrica**, p. 392- 397, 2013

GARCIA, A.B. et al. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p.153-159, jun. 2012.

GONTIJO, T.L.; XAVIER, C.C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 935- 94428, mai. 2012.

GORGULHO, F.R.; PACHECO, S.T.A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 19-24, mar. 2008.

GORGULHO, F.R., RODRIGUES, B.M.R.D. A relação entre enfermeiros, mães e recém-nascidos em unidades de tratamento intensivo neonatal. **Revista de enfermagem UERJ**, v.18, p. 541-546, 2010.

GUINSBURG, R.; BALDA R.C.X. Dor em neonatologia. In: TEIXEIRA, M.J.; BRAUM, J.L.; ARQUEZ, J.O.; YENG, L.T. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba, Ed Maio, p. 547-554, 2003.

JOHNSON, A.N. Neonatal response to control of noise inside the incubator. **Pediatr Nurs**. v. 27, n. 6, p.600-605, nov/dec. 2001.

LELIS, A.L.P.A. et al. Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 694-700, out/dez. 2011.

LEMOS, N.R.F. et al. Manejo da dor no recém-nascido: Revisão de Literatura. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 4, p. 972-979, mai/jun. 2010.

MARTÍNEZ, J.G., FONSECA, L.M.M., SCOCHI, C.G.S. participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, mar/abr. 2007.

MARTINS, M.C.F.N., BERSUSA, A.A.S., SIQUEIRA, S.R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 942-949, 2010.

MELAMED, S.; BRUHIS, S. The effects of chronic industrial noise exposure on urinary cortisol, fatigue and irritability: a controlled field experiment. **J Occup Environ Med.** v. 38, n. 3, p. 252-256, mar. 1996.

MELNYK B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence based-practice. In._____. **Evidence-based practice in nursing & healthcare.** A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Willians e Wilkins, p. 24, 2005.

MENDES, K. D. S. M.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 758-764, 2008.

MONTANHOLI, L.L., MERIGHI, M.A.B., JESUS, M.C.P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 2, mar/abr. 2011.

NETO, J.A.S.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-377, abr/Jun. 2010.

NEVES, F.A.M.; CORRÊA, D.A. Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde. **Ciencia Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 461- 467, out/dez. 2008.

NEVES, P.N.; RAVELLI, A.P.X.; LEMOS, J.R.D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 48- 54, mar. 2010.

NIETO, R. et al. Participación de las madres en el cuidado de los recién nacidos internados en un Servicio de Neonatología. **Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**, v. 30, n. 4, 2011.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em uti neonatal. *Escola AnnaNery*, v. 17, n. 1, p. 46- 53, jan/mar. 2013.

OLIVEIRA, K. et al. Percepções de enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 767- 775, out/dez. 2011.

OLIVEIRA, M.M.C. et al. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 4, p. 430-436, 2005.

OLIVEIRA, R.R.; OLIVEIRA, I.C.S. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 230-236, jun. 2008.

PERENCIN, C.C.; RIBEIRO, C.A. Tocando o prematuro: significado para auxiliares e técnicas de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 5, p. 817-823, set/out. 2011.

PERSEGONA, K.S.; ZAGONEL, I.P.M. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a

criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 430- 436, set. 2008.

PINHEIRO, E.M. **Sendo mediada pela força da motivação: o significado da comunicação para as profissionais de enfermagem na interação com o recém-nascido e a família**. São Paulo: Universidade de São Paulo-Escola de Enfermagem, 2003.

PINHEIRO, E.M. et al. Noise Neonatal Intensive Care Unit and inside the incubator. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1214-1221, sep/oct. 2011.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista de Enferm**, v. 22, n. 4, p. 434- 438, 2009.

PREDEBON, G.R. et al. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. **Ciencia, Cuidado e Saude**, v. 10, n. 4, p.705-712, 2011.

PRESBYTERO, R.; COSTA, M.L.V.; SANTOS, R.C.S. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. **Revista Rene**, v. 11, n. 1, p. 125- 132, 2010.

PROGRAMA das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2000. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/odm/>>. Acessado em 22/02/2011.

PROCHET, T. C.; SILVA, M.J.P. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com invasão do espaço pessoal e territorial. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 310-315, jun. 2008.

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- 213, jan/abr. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em 23 abril 2014.

REIS, L.S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 118- 124, 2013.

RIOS, I.C. Humanização e ambiente de trabalho na visão dos profissionais de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p.151-160, 2008.

ROCHA, R.S. et al. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 502- 509, jul/set. 2011.

ROLIN K.M.C.; PAGLIUCA, L.M.F.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 432-440, mai/jun. 2005.

SALAZAR, O.A.B. Rejeição dos pacientes no cuidado do enfermeiro. **Invest Educ Enferm**, Colombia, p. 343-352, 2011.

SANTANA, E.F.M.; MADEIRA, L.M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste**

Mineiro. V. 3, n. 1, p. 475- 487, jan/abr. 2013.

SARTORETO, I.S. **Satisfação e insatisfação no trabalho dos enfermeiros: revisão integrativa da literatura**. São Paulo: Universidade de São Paulo-Escola de Enfermagem, 2013.

SELLI, L. et al. O cuidado da resignificação da vida diante da doença. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 85-90, jan/mar 2008.

SILVA, F. S.; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: um estudo sociopoético. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 230-235, abr/jun. 2010.

SILVA, L.J.; SILVA L.R.; CHRISTOFFEL, M.M. Tecnologia e humanização na unidade de terapia neonatal: reflexes no contexto do processo saúde-doença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 684-689, 2009.

SILVA, MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. **Loyola**, São Paulo; 2002.

SPIR, E.G. et al. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 5, p. 1048-1054, 2011.

SIQUEIRA, M.B.C.; DIAS, M.A.B. A percepção materna sobre vivencia e aprendizado de um bebê prematuro. **Epidemiologia, Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 27-36, jan/mar. 2011.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, p. 102-106. 2010.

SOUZA, K.M.O.; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010.

STANDLEY, J.M. A meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infant. **J. Pediat Nurs**. v. 17, p. 107-113, apr. 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L.P.; VASQUEZ, M.L. A responsabilidade social da enfermagem frente à política de humanização da saúde. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2 p. 95-102, abr/jun. 2011.

WATSON, W.H. The meanings of touch: geriatric nursing. **J. Communication**, v. 25, n. 3, p. 104- 112, 1975.

ZUPAN, J.; AAHMNAN E. Perinatal mortality for the year 2000: estimates developed by WHO. Geneva: World Health Organization, 2005.