

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

KEILA FERREIRA DA SILVA FERREIRA

PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DAS UTI's NEONATAIS NO SUS

Joinville

2023

KEILA FERREIRA DA SILVA FERREIRA

PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DAS UTI's NEONATAIS NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso Superior de
Tecnologia em Gestão Hospitalar do Câmpus
Joinville do Instituto Federal de Santa
Catarina para a obtenção do diploma de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Profa. Ma. Célia Regina Beiro da
Silveira

Joinville

2023

Ferreira, Keila Ferreira da Silva.

Práticas de humanização no contexto das UTI's neonatais no SUS / Keila Ferreira da Silva Ferreira. – Joinville, SC, 2023.
58 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2023.

Orientador: Célia Regina Beiro da Silveira.

1. SUS. 2. UTI Neonatal. 3. Humanização. I. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina. II. Título.

KEILA FERREIRA DA SILVA FERREIRA

PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DAS UTI's NEONATAIS NO SUS

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Tecnólogo em Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 18 de outubro de 2023.

Documento assinado digitalmente
 CELIA REGINA BEIRO DA SILVEIRA
Data: 21/11/2023 08:51:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Célia Regina Beiro da Silveira

Documento assinado digitalmente
 ANDREA HEIDEMANN
Data: 23/11/2023 09:44:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Andréa Heidemann

Documento assinado digitalmente
 AROLDO LEANDRO SCHMIDT REECK
Data: 22/11/2023 18:15:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Aroldo Leandro Schmidt Reeck

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ser tão misericordioso com minha existência, em acreditar e fazer-me vencedora todos os dias a cada raiar de Sol, dando-me força, saúde, determinação e coragem para continuar esta caminhada.

Agradeço a minha cunhada Camila e minha grande amiga Andressa Portela por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço a meu esposo e grande companheiro Carlos Davi pelo apoio que muito contribuiu para a cumprimento deste trabalho.

Aos meus Pais (Mãe Francisca) por todo apoio, mesmo que a distância sempre em meu coração, minha sogra Carmina e meu sogro Aylton foram peças fundamentais nesta vitória, em momentos que só Deus conhece, aos meus irmãos por todo apoio.

A professora Ma. Célia Regina Beiro da Silveira, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

As professoras Andréa, Caroline e Schirlei pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do urso. Aos professores, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

RESUMO

O presente trabalho de conclusão do curso Tecnólogo em Gestão Hospitalar tem como objetivo descrever as práticas de humanização adotadas nas UTIN's do SUS de acordo com a literatura brasileira, no período de 2007-2022. A pesquisa foi produzida a partir de uma revisão bibliográfica caracterizada como narrativa, que resultou no estudo de 10 periódicos selecionados através das seguintes plataformas digitais: Scielo, Lilacs, CAPES e Google acadêmico. Concernente à análise dos dados que foram coletados para a pesquisa, utilizou-se a análise de conteúdo. No que se refere aos resultados, os dados extraídos apontaram as principais práticas humanizadas adotadas no contexto das UTI's neonatais, a importância e as dificuldades que permeiam todo o processo de humanização da assistência. Averiguou-se que a prática de maior relevância se refere à criação de vínculo, fator muito relevante para a individualização no atendimento, fortalecendo a relação entre os profissionais e a família. Esse vínculo é estabelecido através do acolhimento dos profissionais, que utilizam uma escuta qualificada, possibilitando a construção de uma relação duradoura, gerando assim resultados satisfatórios nos processos terapêuticos. Com relação a importância das práticas humanizadas, os estudos destacaram o atendimento ao RN, enfatizando os princípios da humanização, não se limitando aos cuidados apenas com os bebês, mas sim estendendo-os à família. A inserção dos familiares em todos os processos é fundamental, e o cuidado integral e ampliado tem uma grande relevância para a recuperação dos RN. No que tange às dificuldades encontradas para a humanização do cuidado, os resultados demonstraram que o foco dos profissionais em se profissionalizarem devido a exigência de manuseio de máquinas e tecnologia, tem tornado o trabalho mais mecânico e desumanizado. Ademais, as terapias invasivas causam enorme desconforto e dor aos prematuros, o que torna essencial aos profissionais a mudança na postura e a adoção de práticas mais humanizadas como, por exemplo, o Método Canguru e as redes de balanço em incubadoras.

Palavras Chaves: SUS - UTI Neonatal - Humanização

ABSTRACT

The present work to conclude the Technologist in Hospital Management course aims to describe the humanization practices adopted in SUS NICUs according to Brazilian literature, in the period 2007-2022. The research was produced based on a bibliographical review characterized as narrative, which resulted in the study of 10 journals selected through the following digital platforms: Scielo, Lilacs, CAPES and Google Scholar. Concerning the analysis of the data that was collected for the research, content analysis was used. Regarding the results, the extracted data highlighted the main humanized practices adopted in the context of neonatal ICUs, the importance and difficulties that permeate the entire process of humanizing care. It was found that the most relevant practice refers to creating bonds, a very relevant factor for individualizing care, strengthening the relationship between professionals and the family. This bond is established through the welcoming of professionals, who use qualified listening, enabling the construction of a lasting relationship, thus generating satisfactory results in the therapeutic processes. Regarding the importance of humanized practices, studies highlighted care for newborns, emphasizing the principles of humanization, not limited to care only for babies, but extending it to the family. The inclusion of family members in all processes is fundamental, and comprehensive and expanded care is of great relevance for the recovery of newborns. Regarding the difficulties encountered in humanizing care, the results demonstrated that professionals' focus on becoming professional due to the requirement to handle machines and technology has made work more mechanical and dehumanized. Furthermore, invasive therapies cause enormous discomfort and pain to premature babies, which makes it essential for professionals to change their posture and adopt more humanized practices such as, for example, the Kangaroo Mother Care and swing hammocks in incubators.

Keywords: SUS - NICU - Humanization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das etapas da revisão narrativa	29
Figura 2 - Coleta de dados	30
Figura 3 - Fluxograma da análise de dados	32

QUADROS

Quadro 1 - Resultados das buscas nas plataformas	31
Quadro 2 - Identificação dos materiais selecionados	33
Quadro 3 - Práticas de Humanização	34
Quadro 4 - Importância das práticas humanizadas	40
Quadro 5 - Dificuldades da humanização no cuidado	44

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Práticas de Humanização	35
Gráfico 2 - Importância das práticas humanizadas	40
Gráfico 3 - Dificuldades da humanização no cuidado	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
BPN - Baixo Peso ao Nascer
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CCF - Cuidado Centrado na Família
CF - Constituição Federal
CPAP - Continuous Positive Airway Pressure/pressão positiva contínua em vias aéreas
CPN - Centro de Parto Normal
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
MC - Mãe Canguru
MMC - Método Mãe Canguru
MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS - Ministério da Saúde
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNH - Política Nacional de Humanização
RN - Recém-Nascido
RAMI - Rede de Atenção Materno Infantil
SUS - Sistema Único de Saúde
UCIN - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UTIN's - Unidade de Terapia Intensiva Neonatais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização	10
1.2 Justificativa	12
1.3 Problema	13
1.4 Objetivo	13
1.4.1 Geral	13
1.4.2 Específicos	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)	14
2.2 A Maternidade no âmbito do SUS	16
2.3 UTIN's	18
2.4 Política Nacional de Humanização (PNH)	21
2.5 Práticas humanizadas em UTIN's	23
3 METODOLOGIA	28
3.1 Caracterização da pesquisa	28
3.2 Procedimentos de Coleta e Análise de dados	29
3.2.1 Coleta de dados	30
3.2.2 Análise de dados	31
3.4 Ética na pesquisa	32
4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	33
4.1 Práticas de Humanização	34
4.1.2 Importância das práticas humanizadas	40
4.2 Dificuldades da humanização no cuidado	43
5 CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE A - QUADRO DE COLETA DE DADOS.....	58

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A primeira Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal no Brasil foi criada em meados da década de 70. Os dados históricos e médicos apontam para o Hospital Infantil Sabará como o pioneiro nesta linha de atendimento e pesquisa. Ao longo do tempo o número de especialistas foi crescendo e somando-se ao grupo, e o hospital foi ficando ainda mais conhecido, sendo hoje referência no tratamento de crianças com cardiopatias e doenças neurológicas, dentre outras especialidades (Hospital Infantil Sabará, 2022).

Dentro da assistência oferecida pelos hospitais, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem um papel especial, pois vem oferecer cuidados decisivos nas primeiras horas de nascimento de uma pessoa. Ou seja, sua presença ou ausência dentro das unidades hospitalares fazem toda a diferença. Entretanto, no Brasil, há uma desigualdade na oferta de leitos necessários por região como, também, a dificuldade de acesso que determinadas populações têm, ocorrendo então um déficit que prejudica a saúde do recém-nascido (RN) (Magluta *et al.*, 2021).

Apesar da taxa de mortalidade infantil brasileira ter declinado nas últimas décadas, o componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) ainda é responsável por manter os indicadores brasileiros preocupantes. Cerca de 25% das mortes infantis acontecem nas primeiras 24 horas de vida, apontando uma proximidade com a atenção ao parto e ao nascimento. No Brasil, os serviços de assistência ao RN têm buscado melhorias em sua estrutura e em sua organização desde a década de 90, com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil (Lansky *et al.*, 2014).

A partir dessa data, várias iniciativas, programas e pactos foram impulsionados. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), criada em 2015, apresenta sete eixos estratégicos de atenção, dentre os quais destaca-se a “atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém nascido”. É uma das políticas mais recentes, que abrange todos os marcos históricos de iniciativas à saúde da criança brasileira (Brasil, 2018, p. 39).

As UTIN's são serviços de internação responsáveis pelo cuidado integral ao RN em estado grave ou potencialmente grave, compostos por estruturas assistenciais com condições técnicas adequadas à prestação de apoio especializado, incluindo

instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. São locais de assistência altamente técnica e qualificada para o tratamento de RN's que apresentam graves disfunções clínicas e/ou cirúrgicas desde o nascimento até o 28º dia de vida (Lansky *et al.*, 2014).

A Organização Nacional de Acreditação Hospitalar vem promovendo a implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde em todo o país. Esse processo tem reforçado a necessidade de se desenvolverem mais metodologias do cuidado, pautadas na padronização e na sistematização das práticas de saúde, em seus mais variados cenários. Nas unidades neonatais, deve-se primar pela organização e assistência sistematizada, a fim de promover uma linguagem única de cuidados, buscando qualidade assistencial e prevenção de erros (Brasil, 2002).

O debate acerca das práticas humanizadas no contexto da assistência hospitalar tem se tornado cada dia mais relevante. É fundamental aliar conhecimentos tecnológicos a técnicas acolhedoras para um efetivo cuidado à saúde do indivíduo. No que tange ao cuidado à saúde do RN, é importante mencionar o “Método Mãe Canguru”, um importante modelo de prática utilizada no dia a dia dos serviços, que visa promover o bem estar e a criação do elo entre o RN e a mãe, envolvendo também os profissionais e os familiares em todo o processo (Souza; Ferreira, 2010).

A humanização nos atendimentos em saúde ganharam uma maior notoriedade com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004. A PNH traz orientações e estabelece diretrizes e normativas a respeito das práticas utilizadas no cotidiano dos serviços no contexto do SUS, enfatizar a articulação entre os trabalhadores e o saber permanente como importante ferramenta. Apesar desse importante avanço, é notória a fragilidade vivenciada nos ambientes de saúde, pela escassez de recursos materiais e de pessoas, pela falta de investimento na qualificação profissional e, também, pela falta de participação dos trabalhadores nas decisões pertinentes aos processos (Souza; Ferreira, 2010).

A UTIN é um ambiente que propicia a esperança para a família daquele bebê que se encontra em estado grave, na melhora e estabelecimento da sua saúde, porém, alguns fatores dificultam um atendimento humanizado em um momento tão delicado. A ambientação (iluminação, ruídos, etc), o uso de tecnologias mais agressivas, porém necessárias, mas que acabam por serem mais dolorosas e estressantes. Ou seja, embora esse ambiente seja a espera de dias melhores,

necessita de práticas que minimizem o sofrimento daqueles que já estão em uma situação vulnerável (Reichert; Lins; Collet, 2007).

Assim sendo, o presente projeto de pesquisa descreve as práticas de humanização adotadas nas UTI's neonatais do SUS de acordo com a literatura brasileira, no período de 2007-2022.

1.2 Justificativa

Atualmente, a tecnologia está cada vez mais presente em todos os ambientes, na saúde não seria diferente. Embora o avanço nessa área seja positivo, por vezes pode tornar os atendimentos mais mecanizados, impessoais. A discussão acerca da humanização no contexto hospitalar tem se tornado cada vez mais evidente. É notório que um ambiente acolhedor e condutas empáticas por parte dos profissionais contribuem para um processo menos doloroso.

Ante o exposto, o interesse em estudar o tema ocorreu pela experiência que a pesquisadora vivenciou com o atendimento humanizado em uma maternidade da rede pública do norte de Santa Catarina, reconhecendo a importância dessas práticas para a vida do bebê e, conseqüentemente, das mães. Uma gravidez e parto tranquilos é o que mãe, pai, família, equipe médica esperam, porém, é possível que haja imprevistos e problemas que requeiram o suporte médico por meio da UTI neonatal.

Então, é elementar contar, primeiramente, com a UTIN, depois com um atendimento humanizado, visto todo trauma e aflição já causados à mãe e ao fato do RN ter sua saúde debilitada naquele momento. O presente projeto visa contribuir com a identificação e apresentação de conhecimentos a respeito de tais situações no cotidiano hospitalar e demonstrar as boas práticas existentes que podem ser implementadas nos hospitais e maternidades conveniadas ao SUS. Além de tornar a assistência humanizada uma estratégia positiva desse tipo de ferramenta no desenvolvimento para a sobrevivência do RN.

É essencial aos gestores hospitalares estarem alinhados com as mudanças nos modos de gerir e cuidar, pois a partir da identificação dessas práticas na assistência à saúde, é possível fomentar novas maneiras de cuidado e atenção. Somente com base em estudo e evidências é possível reconhecer e quantificar aquilo que pode vir de fato a contribuir para mudanças significativas.

Diante do contexto apresentado, é relevante a pesquisa acerca dessa temática, com o intuito de identificar e apontar as principais práticas de humanização, as fragilidades que envolvem os processos e, principalmente, para que os gestores hospitalares executem e organizem as melhores ações voltadas ao bem-estar dessa população. Ademais, o tema é fundamental para que além do gestor conseguir identificar condutas que prejudicam as equipes de trabalho, possa redirecioná-las.

Inicialmente, a pesquisadora fez um recorte de 10 anos para a busca de materiais, julgando ser suficiente para identificar todas as mudanças decorridas com o tempo, já com a implementação da Política Nacional de Humanização em 2003, porém a quantidade de materiais encontrados não foi satisfatória, por isso precisou aumentar o tempo para possibilitar encontrar materiais suficientes para o estudo.

1.3 Problema

Quais as práticas de humanização adotadas nas UTIN's do SUS descritas na literatura brasileira entre 2007-2022?

1.4 Objetivo

1.4.1 Geral

Descrever as práticas de humanização adotadas nas UTIN's do SUS de acordo com a literatura brasileira, no período de 2007-2022.

1.4.2 Específicos

1. Identificar as práticas humanizadas adotadas nas UTIN's do SUS.
2. Verificar a importância das práticas humanizadas para as UTIN's do SUS.
3. Apontar as dificuldades encontradas para garantir a humanização nas UTIN's.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, são abordados tópicos que fundamentam a pesquisa e servem como alicerce para a análise de dados. Os assuntos estão relacionados com o SUS, a Maternidade, as UTIN's, a Política Nacional de Humanização e as práticas humanizadas adotadas no contexto das UTIN's.

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

Para entender a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário abordar, primeiramente, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Na luta pelo direito à saúde, por melhorias e transformações no setor, a sociedade civil brasileira iniciou um movimento em prol da sua democratização (Paim, 2007).

Segundo o dicionário Michaelis (2022), democratizar significa “tornar(-se) popular ou acessível”. Nesse sentido, o MRSB pode ser entendido como um movimento que objetivava a universalização da saúde. Originou-se a partir da concepção de ideias, com a finalidade de reformular o setor a partir de práticas que envolvem aspectos culturais, políticos, sociais e técnicos (Paim, 2007).

O MRSB trouxe à tona a insatisfação da sociedade no que tange a desigualdade sofrida e a forma que o setor saúde era visto, ou seja, mercantilizado. Reivindicando e propondo ações em torno da saúde por um viés coletivo, esse movimento foi de fundamental importância para uma nova forma de pensar e agir (Souto; Oliveira, 2016).

Acerca do MRSB, é pertinente destacar alguns marcos históricos que fizeram parte de sua trajetória e que foram essenciais para a discussão dessa temática. Em meados da década de setenta, quando o país passava por um período pós-ditatorial, de redemocratização, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), um importante lugar de debate e luta social, contando com o apoio de estudantes, da classe trabalhadora, de profissionais e de intelectuais em busca da democratização do setor saúde, indo contrário ao pensamento privatizante e autoritário que permeava na época (Paim, 2008).

Do mesmo modo, é oportuno destacar, a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Assim como o Cebes, a Abrasco foi um lugar de referência para a discussão e articulação de práticas teóricas e políticas,

com a finalidade de modificar as relações sociais existentes naquele período. Um dos destaques da atuação desse órgão diz respeito a criação do documento “Pelo Direito Universal à Saúde”, que fundamentou o debate na 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2006).

Segundo a Editorial (1987) *apud* Paim (2008, p.144): “[...] A Abrasco muito contribuiu no grande projeto democrático da Reforma Sanitária e foi capaz, juntamente com outras entidades, de transformar o conhecimento técnico em propostas políticas”.

A respeito da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, é relevante mencionar que foi um importante local para a inclusão da participação social com relação às políticas públicas voltadas à saúde, tanto na formulação como no controle. Essa Conferência delineou o que viria a ser institucionalizado na Constituição Federal de 1988, tomando como base os princípios de universalidade, integralidade e equidade, enfatizando o direito à saúde como inerente ao ser humano, e opondo-se à ideia de saúde como ausência de doença, mas sim uma construção decorrente de fatores relacionados às condições de vida como, por exemplo, a alimentação, o meio ambiente e a moradia (Murtinho, 2016).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser direito de todo cidadão, devendo o Estado garanti-la, por meio de políticas que objetivem o bem-estar social, através do acesso universal, integral e equânime, podendo assim reduzir os riscos e agravos à saúde dos cidadãos e oferecendo serviços de promoção, prevenção e recuperação. Os artigos 196 ao 200 abordam questões concernentes ao funcionamento e financiamento de todo sistema relacionadas à saúde (Brasil, 1988).

A CF de 1988 aborda os princípios que servem como base para a construção do SUS e norteiam suas ações e serviços, sendo eles: a universalidade, que nada mais é que o direito de todos ao acesso, sem nenhum tipo de restrição; a integralidade, ou seja, que contemple todas as necessidades, em todos os níveis de complexidade, visando seu bem-estar pleno e, por fim, a equidade, respeitando a singularidade de cada indivíduo e a emergência de atendimentos, podendo assim diminuir as desigualdades e tendo um cuidado maior com aqueles que mais necessitam (Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2017).

A partir dos princípios norteadores, o SUS organiza-se de acordo com as diretrizes de funcionamento, o que garante a qualidade do sistema e o pleno gozo de suas atividades. Ademais, torna-o um sistema único. Elenca-se, então, suas diretrizes

organizativas: “regionalização, hierarquização, descentralização, racionalização e resolução, complementaridade do setor privado e participação da comunidade” (Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2017, p. 68).

A descentralização relaciona-se à forma como é distribuído o poder, a responsabilidade e os recursos destinados à saúde, nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios), com a finalidade de obter uma maior qualidade nos serviços prestados como, também, um maior controle e fiscalização por parte da sociedade. Baseia-se na concepção do comando único, ou seja, cada esfera organizará o setor de acordo com a realidade vivida. Na União, compete a direção do Ministério da Saúde; aos estados e distrito federal, são as secretarias estaduais de saúde ou órgão correspondente; e nos municípios, fica a cargo das secretarias municipais de saúde (Matta, 2007).

Em conjunto com a descentralização do poder, a regionalização dos serviços de saúde torna-se fundamental para que se possa diminuir as desigualdades que imperam na sociedade. É de suma importância referenciar a Lei nº 8080/1990, pois a partir de sua regulamentação, essa diretriz pôde estruturar, planejar e distribuir os serviços de acordo com as necessidades locais, buscando uma maior efetividade das ações (Fernandes, 2017).

2.2 A Maternidade no âmbito do SUS

A atenção materna infantil no SUS está atrelada a Rede Cegonha, uma estratégia incorporada em 2011 pelo Governo Federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida (Brasil, 2013a).

O objetivo principal dessa estratégia é reduzir o índice de mortalidade materna e infantil, começando assim a saga da maternidade após a confirmação da gravidez, com o início do pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto). No decorrer, foi criada a Lei 11.108/2005, alterando a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei do SUS), que garante às parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (Brasil, 2013a).

Segundo Bittencourt *et al.* (2014), atualmente os hospitais e maternidades que prestam assistência às mulheres durante à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento

saudáveis estão cada vez mais especializados sobre a abordagem, onde foram classificados segundo o volume de partos realizados nas unidades de saúde, categorizado 22 como baixo (até 999 partos), médio (de 1.000 a 2.999) e alto (de 3.000 e mais partos); fazendo assim a necessidade da existência de uma UTI neonatal; a realização de atividade de ensino e ser de referência, via central de leitos, para parto de alto risco (Bittencourt *et al.*, 2014).

Existem também as chamadas casas de parto, fazendo atendimento tanto no SUS como, também, nos particulares. Na maioria das casas, além do atendimento no nascimento, a rede de apoio se faz presente nas avaliações da mãe e do bebê, sendo realizadas por enfermeiras obstetras e obstetrizes. Além desses cuidados, é necessário que a casa de parto ofereça um plano de transferência para o atendimento de maior complexidade, ou seja, um hospital até 20 minutos de distância e, diferente dos partos que acontecem em casa, é necessário disponibilizar uma ambulância disponível 24 horas por dia. Um parto pode começar na casa de parto e terminar no hospital e, é importante prever essa possibilidade, tanto no preparo emocional da gestante quanto no planejamento prático (Duarte, 2021).

A Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), normatizada através de portarias, é uma atualização da Rede Cegonha, e nelas constam que as maternidades possuem se classificar em três tipos: Maternidade tipo I: a que realiza de 500 a 1200 partos por ano; Maternidade tipo II, com 1201 a 2.400 partos por ano e Maternidade tipo III, acima de 2401 partos anuais (Pimenta; Melo; Tobias, 2022).

No âmbito do SUS, as maternidades contam com assistências legais em relação ao seu contexto de funcionamento. Pode-se citar algumas legislações que complementam os objetivos da Rede Cegonha, como a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2012a).

Outra legislação importante refere-se à Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015, que redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os

respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal (Brasil, 2015).

2.3 UTIN's

As Unidades de Terapias Intensivas (UTIN's) caracterizam-se pelos serviços de internação juntamente com o aparato tecnológico de que dispõe para cuidar dos neonatos em estado grave ou potencialmente grave, cuidado este que fará todo

diferencial na luta por sua sobrevivência e recuperação. Com o passar dos anos as UTIN's tem sofrido várias modificações pelo avanço tecnológico e a decorrente modernização dos equipamentos e instrumentos de trabalho. Com isso fazendo a junção das atividades técnicas, científicas e de toda a equipe multidisciplinar onde os profissionais têm a possibilidade de ser e de viver num contexto mais humanizado (Simsen; Crossetti, 2004).

As unidades neonatais são classificadas de acordo com as necessidades de cuidado que o prematuro tem, podendo ser Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (Brasil, 2012a).

No que tange o assunto sobre as UTIN's, as mesmas têm como dever o cuidado integral e humanizado ao RN grave ou potencialmente grave e, assim, visam à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal, buscar sempre os acessos aos diferentes níveis de assistência neonatal, com foco na qualificação dos profissionais para melhor atenção ao RN, que requerem cuidado integral e progressivo. Anualmente, no mundo, dos 30 milhões de RN de baixo peso ao nascer (BPN), cerca de 2,5 milhões acabam morrendo antes de completar 28 dias de vida por causas evitáveis, e 1 milhão sobrevive com algum tipo de sequela, incluindo paralisia cerebral e problemas cognitivos (Luz *et al.*, 2022)

A UTIN desde sua implementação vem passando por diversas transformações, entre elas as tecnológicas, que serviram para aprimorar os cuidados ao RN, contribuindo com avanços nos cuidados intensivos e garantindo um maior índice de sobrevivência dos RN's prematuros. Nos últimos anos, vem ocorrendo diversas mudanças nos ambientes das unidades neonatais no Brasil, para acompanhar a tendência mundial em sua melhoria, que objetiva a sobrevivência desse bebê

premature em situação mais grave na busca de sua estabilização, buscam promover uma boa qualidade de vida para aquela criança, criando um ambiente protegido para que fortaleça as funções em desenvolvimento. Nas últimas décadas, os estudos sobre neonatologia vêm sendo revistos principalmente pelos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, atuantes da área, pois apesar de ser uma área de seu total domínio ainda é, uma ciência nova emergente no país (Costa; Padilha; Monticelli, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2000 a Norma de Atenção Humanizada ao RN de baixo peso. Uma das medidas inseridas nessa normativa é o Método Canguru, por meio da Portaria nº 693 GM/MS e refere-se a um modelo de atenção perinatal e está direcionado para a atenção qualificada e humanizada que visa os melhores cuidados de intervenção bio-psicos-social, com uma ambiência que promove o cuidado ao RN e, também, a sua família. Este método tem como visão a família e o bem-estar para o neonato, considerando que o contato pele a pele no peito de seus pais é muito prazeroso e saudável para o RN (Costa; Padilha, 2011).

Conhecendo uma UTIN de dentro para fora, afirma-se de fato que a atenção humanizada é indispensável por se tratar diretamente de humanos para humanos, onde essa sensibilidade faz todo o diferencial, pois envolve cuidados 24hs, nutricional, respiratório, controle na ambiência, apoio familiar, equipe, posição, manuseio e equipamentos. Cuidados diários dos pediatras e toda equipe de plantão, com isso são examinados, higienizados e ficam sob o total cuidado da equipe de enfermagem (Moreira *et al.*, 2003).

No cuidado 24H, esse monitoramento é feito pelos médicos neonatologistas (ou pediatras) de plantão. Já no cuidado nutricional é feita uma alimentação via leite ordenhado pelas mães e armazenado no banco de leite do hospital e oferecido pela equipe de enfermeiras ou médicos da unidade, pois na maioria dos casos não conseguem de imediato fazer a devida sucção. No cuidado respiratório, a unidade neonatal possui toda aparelhagem necessária para tal procedimento relacionado ao mesmo como, por exemplo, o respirador ou ventilador (Moreira *et al.*, 2003).

No controle de ambiência, vem ressaltar, que quanto mais silêncio e controle de luz tiver dentro das UTIN's, melhor para a recuperação dos neonatos, pois a intensidade de barulho e luz torna maior o estresse para eles, que já ocorrem cotidianamente por conta dos muitos tratamentos estressantes ou até mesmo aqueles

que lhes causam dor como, por exemplo, aspiração de secreção, puncionamento de veias, radioterapias e coleta sanguínea para exames (Moreira *et al.*, 2003).

No momento em que há a necessidade de um bebê ser conduzido para uma UTIN por alguma debilitação, torna-se um período mais que delicado, não só para o neonato, mas, principalmente, para a família que está vivenciando tudo de perto, pois muitas das vezes não entendem o que de fato é o tratamento e não compreendem que o acompanhamento intensivo é a melhor alternativa. Torna-se um momento muito difícil, sendo assim necessário e um diferencial a equipe de apoio para a família (assistente social, psicólogo) fazer o acompanhamento (Moreira *et al.*, 2003).

Abordar sobre a equipe multidisciplinar atuante dentro das UTIN's, é discorrer sobre assuntos de humanização, pois todos os profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e enfermeiros trabalham juntos, tendo como foco o melhor para a reabilitação deste neonato junto a sua família (Moreira *et al.*, 2003).

Por conta do tempo que o bebê passa na UTIN, a sua posição física fica em constante observação, pois sozinho não é capaz de saber, ou até mesmo movimentar-se para uma forma adequada, com isso o mal posicionamento do neonato pode afetar seu desenvolvimento motor (Moreira *et al.*, 2003).

O manuseio adequado do bebê é de fundamental importância para sua recuperação, pois elimina o estresse fisiológico e, também, um desconforto generalizado. Com o mau manuseio ocorre o aumento ou a diminuição da frequência cardíaca, baixando os níveis de oxigênio e o aumento da frequência respiratória (Moreira *et al.*, 2003).

Os equipamentos para o auxílio de recuperação do RN são incubadoras, aparelhos de radiologia, aparelhos de ultrassonografia, berços aquecidos, monitores e respiradores. Os monitores mostram em que situação se encontra o bebê, através de aparelhos colocados em contato com a pele do mesmo, fazendo assim o monitoramento cardiorrespiratório, utilizando-se do oxímetro de pulso, onde mostra continuamente o oxigênio do sangue do bebê como, também, o monitor de pressão sanguínea, o sensor de temperatura, a bomba de infusão IV (infusão intravenosa), o CPAP, o tubo endotraqueal, dentre outros (Moreira *et al.*, 2003).

2.4 Política Nacional de Humanização (PNH)

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, visando sempre as mudanças nos modos de gerir e cuidar. Tem como propósito contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios, métodos e as diretrizes da humanização. Com isso, busca sensibilizar outras pessoas para exercer a humanização nos atendimentos de saúde, começando com a sensibilização dos gestores e dos trabalhadores para então chegar nos usuários, visando também fortalecer iniciativas de humanização já existentes no SUS, sempre fazendo as implementações dos processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas (Brasil, 2013b).

A PNH tem como princípios três vertentes: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão e, por fim, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos (Brasil, 2013b).

A transversalidade ocorre, pois, a PNH tem que estar inserida em todas as políticas do SUS, buscando transformar as relações de trabalho, ampliando o grau de comunicação intra e intergrupos, tirando-as do isolamento e das relações de poder hierarquizada, implicados nos processos de produção de saúde. Indissociabilidade entre atenção e gestão ocorre quando as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem ir em busca de conhecimento sobre o funcionamento da sua rede de saúde, ocorrendo a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos (Brasil, 2013b).

Quanto no protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos destaca-se o trabalho, implicando na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais, onde um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde (Brasil, 2013b).

No que concerne ao método usado pela PNH, foi sempre fazer a inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) como, também, a inclusão dos analisadores sociais, onde humanizar se faz com a inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado (Brasil, 2013b).

A respeito das diretrizes da PNH, resumem-se em sete pontos principais: acolhimento; clínica ampliada; cogestão; defesa dos direitos do usuário; fomento de grupidades, coletivos e redes; valorização do trabalho e do trabalhador e construção da memória do SUS que dá certo (Brasil, 2010).

O acolhimento no SUS trata-se de um divisor de águas, pois é a partir dele que se fará o primeiro contato com o usuário, tendo a construção de uma intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia de acesso com responsabilidade e na resolutividade dos serviços, pois uma atitude acolhedora é uma atitude atenta e cuidadosa à diversidade cultural, racial e ética (Brasil, 2010).

A clínica ampliada é uma ação em saúde, que não olha apenas para a doença que o usuário possa ter, mas sim para o próprio usuário com uma visão de forma ampliada, fazendo assim cada paciente único. Com relação a cogestão, é uma ação exclusivamente humana que tem como visão articular, integrar e coordenar os recursos humanos, para que venham concretizar metas e objetivos (Brasil, 2010).

A defesa dos direitos do usuário conta com a 1ª “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” publicada em 2006 - Portaria GM/MS nº 675, de 30 de março de 2006. Com isso, anos depois veio a 2ª Carta, uma revisão da anterior e ainda se encontra em formato de Portaria - Portaria GM/MS nº 1820, de 13 de agosto de 2009, fazendo desse modo o aprimoramento dos direitos dos usuários no SUS com seus princípios e diretrizes (Brasil, 2010).

No que tange a grupidade, a PNH discorre que ninguém nasceu para viver sozinho, então tem-se inúmeras oportunidades de viver em grupo, socializando com outros indivíduos. Sendo assim, é uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores gestores, família). No coletivo, fala-se que as pessoas assumem uma mesma orientação política, artística e social, formando assim um grupo coletivo com os mesmos pontos de visão. Pensando assim, a PNH mantém os princípios de democratização, descentralização, construção coletiva e transversalização/capilarização de todo coletivo (Brasil, 2010).

A partir da CF de 1988, o processo saúde-doença estendeu-se e ficou sendo intitulado como produtor de uma complexa rede, portanto para a PNH isso vai implicar mais do que a simples oferta de serviços (Brasil, 2010).

A humanização em saúde no Brasil, referente à saúde da criança e do adolescente, inicia-se no aspecto jurídico, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº. 8.069 de 1990, onde propõe-se os direitos de proteção à

saúde e à vida, trazendo assim uma proteção e condições para que menores de idade, durante o período de internação, possam permanecer na companhia de seus pais ou responsável legal. Dando abrangência a esse tema, o Ministério da Saúde (MS) estendeu por intermédio da Portaria nº 693 de 2000, o Método Mãe Canguru (MMC), que tem foco na atenção humanizada ao RN de baixo peso (Leite *et al.*, 2020).

Com isso, em 2003, pensou-se no processo de humanização não apenas para o ambiente hospitalar, mas sim uma política onde pudesse abranger todos os níveis de atenção à saúde do SUS, surgindo assim a PNH, que assume o dever de diminuir a precarização do processo de trabalho em saúde e as influências negativas, técnicas e burocráticas sob os trabalhadores e usuários dos serviços. Contudo, são fatores de grande relevância e busca contínua pois, ainda é frágil, e com a persistência dos problemas que incentivaram sua criação, estando ainda evidente a falta de compreensão desta política por parte dos profissionais (Leite *et al.*, 2020).

[...] prestar informações aos familiares, de maneira clara e compreensível, tratar o paciente com um ser participante de uma sociedade, de um círculo familiar e não apenas como uma doença; compreender e respeitar o momento difícil que significa para a família, aquele RN estar internado, pois em sua maioria, foi uma criança muito esperada e que por ora foi separada da família e principalmente da mãe; explicar os procedimentos realizados de forma que a família compreenda; uma assistência holística (Leite *et al.*, 2020, p.95).

Segundo Leite *et al.* (2020), para pensar em humanização no âmbito hospitalar é necessário considerar as necessidades dos profissionais e clientes frente às condições estruturais e políticas da instituição, bem como entender a fragmentação do cuidado em saúde e o respeito aos princípios doutrinários do SUS.

2.5 Práticas humanizadas em UTIN's

As práticas humanizadas em UTIN's são tão importantes quanto a presença deste recurso dentro dos hospitais e maternidades. Por se tratar de um momento delicado para os pais e para o bebê, é imprescindível que, caso haja a necessidade do uso da UTI, o hospital possa oferecer esse serviço. E não só isso, mas que esse serviço seja oferecido de forma que trate o RN e seus pais com técnica, profissionalismo, ética e humanização. Ou seja, são questões que estão intrinsecamente ligadas: UTI e cuidados humanizados. A hospitalização de uma

criança, em especial no período neonatal, significa um evento danoso para a mãe, assim como para o filho, podendo desencadear uma série de fragilidades. A ideia de que o RN passará a pertencer aos profissionais e não aos pais, causa logo de início um medo (Leite *et al.*, 2020).

Silveira Filho, Silveira e Silva (2019), em seus estudos, se dedicam à descrição das estratégias usadas pelos profissionais intensivistas da unidade neonatal sobre as ações humanizadas do cuidado. Segundo esses autores, essas ações são de fácil compreensão e aplicabilidade, não demandando materiais caros ou especialização técnica e favorecem o desenvolvimento dos neonatos como um todo. Os autores ainda apontam o seguinte:

A busca pelo melhor desenvolvimento possível tornou a humanização uma peça fundamental na assistência neonatal. Reprocessar as ideias e condutas frente à humanização do cuidado em UTIN torna-se imprescindível para alcançar a efetivação de práticas positivas. A estratégia mais citada e valorizada na implementação do cuidado humanizado neste ambiente envolve a comunicação. Outras estratégias fundamentais e diretas no desenvolvimento do recém-nascido UTIN envolvem a diminuição dos estímulos estressores (Silveira Filho; Silveira; Silva, 2019, p. 180).

Ou seja, os profissionais têm papel fundamental na concretização da humanização, é por meio de suas condutas, pela maneira como se dirigem, conversam, como tratam e quais palavras usam que refletem os atendimentos que podem transformar um momento de aflição e incertezas para os pais. O cuidado com as alterações de sons ou ruídos no ambiente de internação dos bebês também deve ser considerado fator de humanização. Isso tudo demonstra o comprometimento e preocupação por parte dos profissionais e remete a uma questão importante quando se fala em práticas humanizadas, ou seja, a empatia (Silveira Filho; Silveira; Silva, 2019). Ou o que Mufato e Gaíva (2022) denominam de “conduta empática”. De acordo com esses autores, a experiência da empatia surge como uma forma de apego ao RN, um envolvimento afetivo, que motiva a enfermeira a agir ao mimar, tocar, conversar e fazer carinho.

Para Mufato e Gaíva (2022), na conduta empática, dar colo ao RN é uma ação importante, pois o bebê precisa disso, de colo, de carinho, do toque e contato pele a pele. Por isso, essa conduta está voltada para aquele que possui essa necessidade de colo. Os autores ressaltam que, para as enfermeiras, atender essa necessidade de afeto é compreendido como ser empática com o RN.

São relatadas algumas práticas que podem ser consideradas de humanização, a exemplo dos cuidados para minimização da dor por meio de uma equipe multiprofissional. Têm-se, também, a questão da prática do banho enrolado em bebês prematuros em unidade neonatal na perspectiva de enfermeiros (Santos *et al.*, 2020). A questão do cuidado e manutenção da integridade da pele do RN prematuro dentro da UTIN também é descrita por Chaves *et al.* (2019), dentre outras.

No caso do banho enrolado, Santos *et al.* (2020) afirmam que tal prática tem efeitos positivos para o desenvolvimento de bebês prematuros, porém existem desafios gerenciais que precisam ser superados para a efetiva implementação:

Para melhorar a adesão dos profissionais às boas práticas, inclusive relacionadas ao banho é preciso reconhecer, no contexto da Unidade Neonatal, as fortes influências de questões gerenciais, como recursos humanos, interação entre equipes, processos de trabalho, estratégias de liderança e gerenciamento do cuidado (Santos *et al.*, 2020, p. 8).

Assim, é preciso maior engajamento, sensibilização e disseminação do conhecimento sobre esse tipo de banho, visando melhores práticas no banho do bebê prematuro (Santos *et al.*, 2020). Esta ação faz toda diferença para a saúde do bebê e confiança dos pais, sendo notório também na atenção dos profissionais ao cuidado e manutenção da integridade da pele do RN.

O cuidado com a pele do RN é uma das prioridades, ainda mais quando nascido prematuro e internado em uma UTIN. Chaves *et al.* (2019) explicam que a pele do RN é responsável por uma importante barreira para impedir a perda de água e manter o equilíbrio homeostático. O estudo desses autores também denota que o cuidado com a pele do RN é uma preocupação constante dos profissionais que trabalham em uma UTIN, sendo este iniciado logo após o nascimento com a finalidade de manter uma temperatura corporal ideal e contribuir significativamente para uma adaptação bem-sucedida (Chaves *et al.* 2019).

Assim, como elucidam Chaves *et al.* (2019), esse tipo de ação dos profissionais é de grande importância na recuperação e melhoramento da saúde do prematuro na UTIN, pois procuram prestar uma assistência holística e de forma humanizada, respeitando as limitações do neonato, optando por procedimentos e técnicas adequadas como a utilização de adesivos, óleos, entre outros, para agir com destreza evitando lesões e diminuindo a fragilidade dos bebês. Esses são alguns exemplos mais comuns de cuidados e atenção que podem ser considerados práticas

humanizadas dentro das UTIN's, são os tratamentos diretos dados aos bebês. No entanto, existem outras atitudes que acolhem e transformam o olhar e sentimento dos pais, da família em geral e do RN.

A gestação é um momento especial, ainda mais com o nascimento do bebê. Quando a criança necessita de internação em uma UTIN, o emocional da família fica abalado e nesse momento é preciso acolhimento e cuidados por parte do hospital e seus profissionais. Entretanto, ainda que a assistência neonatal seja pré-concebida como um espaço fortemente influenciado pela tecnologia necessária, há que se ressaltar que o cuidado não pode ser produto de um saber exclusivamente instrumental, pois, se assim ocorrer, obteremos apenas uma parte da dimensão do cuidado (Soares *et al.* 2019).

Soares *et al.* (2019) ainda defendem que a prática de humanização deve ser tratada como uma política pública:

Faz-se necessário trazer para a pauta de discussões as iniciativas voltadas à valorização da interação dos sujeitos envolvidos na prestação desses cuidados, como a Política Nacional de Humanização (PNH). O acolhimento constitui-se em uma das diretrizes da PNH, tida como um forte instrumento de intervenção para orientar a prática humanizada, sendo este o paradigma emergente a ser fortalecido (Soares *et al.*, 2019, p. 148).

O fortalecimento de que tratam os autores supracitados, podem ser compreendidos como o alargamento do que se entende por assistência, cuidado e acolhimento nos hospitais, nesse caso, nas UTIN's. Não se pode tratar os pacientes e acompanhantes como uns robôs, sem sentimentos. Da mesma forma que não se pode cobrar do profissional uma atitude humana que não é constantemente trabalhada dentro dos cursos de formação e na continuidade de sua carreira no atendimento ao público. É preciso fortalecer, portanto, as relações. Mas antes há o fortalecimento do entendimento do papel de cada sujeito para que as relações caminhem para o rumo da humanização (Soares *et al.*, 2019).

A compreensão das potencialidades e fragilidades no processo acima citado, a partir do olhar da família possibilita a transformação da realidade, propiciando uma assistência pautada nas reais necessidades da família e, portanto, mais humanizada e qualificada (Soares *et al.*, 2019).

É preciso sempre lembrar que se lida com pessoas, e tais sujeitos são diferentes na forma como se constituem e como lidam com situações de frustração,

desespero e angústia, e na forma como conseguem manter a esperança por aquilo que acreditam, a exemplo da forma como recebem a notícia da internação do filho e como reagem e procuram acreditar na boa evolução do bebê até sua alta. Relatam que a experiência materna na primeira semana de hospitalização do RN prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal é marcada pelo sofrimento e pelo medo. Portanto, o acolhimento se destaca como prática fundamental, na medida em que sua implementação é considerada mola mestra para a transformação do processo de trabalho em saúde (Soares *et al.*, 2019).

Ou seja, as boas condutas dos profissionais geram outra questão importante que é a perspectiva e papel familiar nesse processo de humanização. Sobre isso, em seus estudos, Uema *et al.* (2020) abordaram a questão do Cuidado Centrado na Família (CCF), cuja característica engloba uma filosofia de cuidados prestados ao paciente e sua família, dando voz à ambos. Esses autores ainda comentam que embora o CCF apresente diversas vantagens, ele ainda é pouco conhecido e aplicado no país, atribuindo isso a alguns fatores como a pouca discussão durante a formação acadêmica do enfermeiro e em sua vida profissional futura. No entanto, Uema *et al.* (2020) sobre o CCF, ressaltam que:

Garantir um bom entendimento do estado de saúde do filho, percebendo se os pais estão compreendendo os cuidados prestados e se esforçar para que estes esclareçam suas dúvidas ajuda na diminuição da ansiedade e auxilia na construção da confiança que nasce entre a equipe e a família. Quando o CCF é aplicado, é notável a diminuição dos níveis de estresse, ansiedade e depressão nos familiares, ao mesmo tempo em que a satisfação e o bom relacionamento com os profissionais de saúde aumentam. Para os profissionais, a prática pode melhorar sua satisfação e confiança no trabalho, a qualidade do atendimento e diminuir o esgotamento mental (Uema *et al.*, 2020, p. 4).

São ações constantes e pontuais que ajudam significativamente a passagem da família por esse momento delicado, além de consolidar por parte dos profissionais uma assistência, de fato completa, entendendo a situação, sensibilizando e buscando meios para agir da melhor forma possível como profissional e pessoa humana. Pois, como destacam Uema *et al.* (2020), a importância de a equipe ser humanizada e trabalhar os pressupostos do CCF é que a família não pediu para estar naquela situação, o bebê não deveria ter nascido antes da hora, somado a outros fatores que permeiam esse momento, como questões de outros familiares, a preocupação com outros filhos, dificuldades financeiras, entre outros.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

Quanto à natureza, trata-se de uma pesquisa aplicada, pois tem como foco gerar conhecimento acerca do tema a ser estudado, com isso, mostrar soluções aos problemas identificados dentro do setor das UTIN's. Portanto, enquadra-se por meio da natureza aplicada, já que a própria se concentra em utilizar os reais resultados dos conhecimentos encontrados como resposta às diversas contrariedades, sejam elas excepcionais ou comuns (Assis, 2009).

No que diz respeito a abordagem da pesquisa é qualitativa, pois tem como objetivo identificar e descrever as práticas humanizadas adotadas no cotidiano do serviço, podendo, assim, verificar a sua importância para o bom funcionamento como, também, apontar as dificuldades encontradas no processo de humanização, visando que sejam oferecidos de forma que trate o RN e seus pais com técnica, profissionalismo e ética, com base nos estudos no período de 2007 a 2022. A pesquisa qualitativa, segundo Lara e Molina (2011), visa compreender aspectos e temas dentro de um determinado ambiente, com troca dessas relações vivenciadas, visando considerar a realidade em que o público alvo do trabalho está inserido, observando suas particularidades e as características vivenciadas.

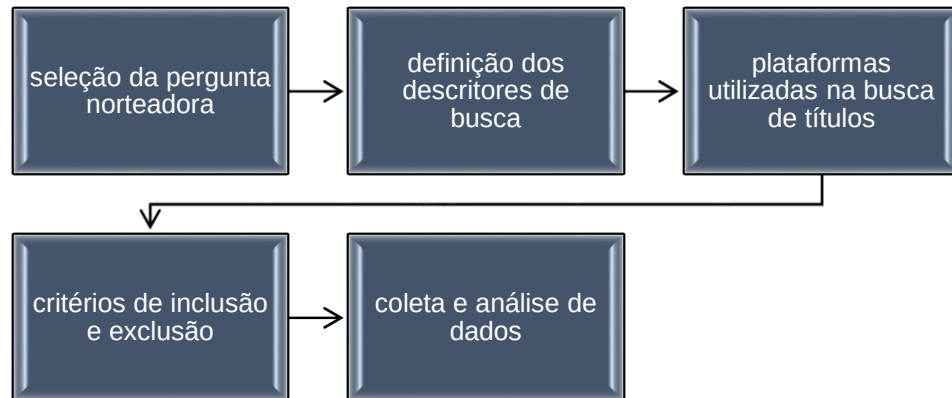
No que diz respeito aos objetivos, classifica-se como pesquisa descritiva, pois exige da pesquisadora uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Nesse tipo de estudo, pretende descrever fatos e fenômenos de determinada realidade (Vergara, 2000). É uma pesquisa descritiva, pois busca-se descrever as práticas de humanização adotadas nas UTIN's.

Em relação ao procedimento utilizado neste estudo, é um estudo bibliográfico e caracterizado como revisão narrativa, uma vez que são sondadas e analisadas publicações teóricas, como artigos científicos, páginas de web sites e livros, para maior conhecimento do estudo. A pesquisa narrativa descreve e discute um assunto ou tema, e o seu desenvolvimento em determinado período, visto de forma teórica e contextual, na busca de artigos e publicações e, posteriormente, realizando uma análise crítica a respeito dos dados obtidos (Rother, 2007).

3.2 Procedimentos de Coleta e Análise de dados

O desenvolver metodológico seguido neste estudo é apresentado na figura 1 e descritos na sequência:

Figura 1: Fluxograma das etapas da revisão narrativa:



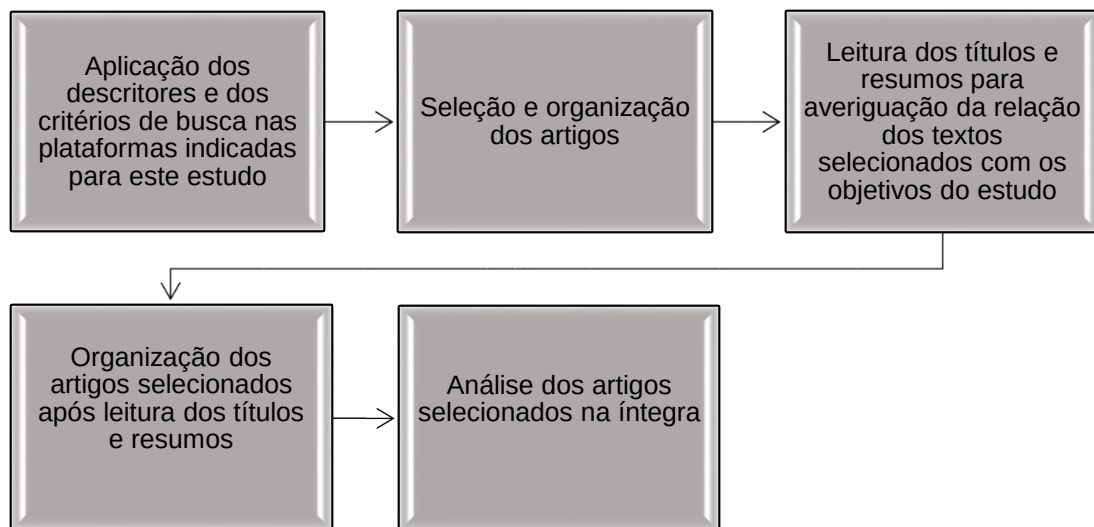
Fonte: a autora (2022).

- ✓ **Seleção da pergunta norteadora:** Quais as práticas de humanização adotadas nas UTIN's do SUS para garantir um bom atendimento de acordo com a literatura brasileira no período de 2007-2022?
- ✓ **Definição dos descritores de busca:** SUS - UTI Neonatal - Humanização.
- ✓ **Plataformas utilizadas na busca de títulos:** Scielo, Lilacs, CAPES e Google acadêmico.
- ✓ **Critérios de inclusão:** Livros, artigos, revistas, teses e dissertações publicadas no período de 2007 a 2022, no idioma da Língua Portuguesa (Brasil), completos e que apresentem em seus resumos relação direta com o objetivo deste estudo.
- ✓ **Critérios de exclusão:** Publicações como Monografias, relatórios, editoriais; apresentadas em outros idiomas que não sejam em português; datadas anteriormente a 2007; que não explanam em seus títulos e resumos relação direta com o tema deste estudo.
- ✓ **Coleta e análise de dados:** Foram coletados os dados necessários para responder à pergunta norteadora da pesquisa e, também, aos objetivos. A partir disso, foram analisados de acordo com a técnica pré-definida.

3.2.1 Coleta de dados

No que se refere a coleta de dados, foram seguidas algumas etapas para a devida construção do estudo, sendo melhor compreendido conforme apresentado na figura 2 e descrito na sequência:

Figura 2: Coleta de dados



Fonte: a autora (2022).

- **Aplicação dos descritores e dos critérios de busca nas plataformas indicadas para este estudo:** Com os descritores e critérios de inclusão e exclusão definidos, foi realizada uma investigação nas plataformas indicadas para esta pesquisa.
- **Seleção e organização dos artigos:** Após a busca, foram selecionadas as publicações de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e, consequentemente, organizadas em pastas de acordo com cada plataforma de pesquisa.
- **Leitura dos títulos e resumos para averiguação da relação dos textos selecionados com os objetivos do estudo:** Com as publicações selecionadas e organizadas, foi realizada uma pré análise dos estudos, no qual uma leitura dos títulos e resumos definiu a inclusão ou exclusão na pesquisa.

- **Organização dos artigos selecionados após leitura dos títulos e resumos:** Nesta etapa, os artigos já pré analisados e constatada relação direta com o tema do projeto, foram organizados em pastas para a realização da leitura detalhada e na íntegra de acordo com cada plataforma de pesquisa.
- **Análise dos artigos selecionados na íntegra:** Por fim, foi efetuada uma leitura detalhada de todos os artigos selecionados na etapa anterior, no qual foram extraídos os dados necessários que responderam ao objetivo do estudo, sendo organizados em um quadro (apêndice 1) e, posteriormente, realizada a análise de dados.

De acordo com as buscas realizadas nas plataformas mencionadas anteriormente (SciELO, Lilacs, CAPES e Google acadêmico), foram encontrados os resultados demonstrados no Quadro 1, no período de 17 de março de 2023 a 30 de março de 2023, utilizando-se de todos os critérios pré-estabelecidos para a pesquisa, selecionando um total de 10 materiais para realizar a leitura na íntegra e posterior análise.

Quadro 1 - Resultados das buscas nas plataformas

PLATAFORMA	IDENTIFICADO	EXCLUSÃO	INCLUSÃO
SciELO	19	18	1
Google Acadêmico	13	6	7
Capes	5	3	2
Lilacs	4	4	0
TOTAL			10

Fonte: a autora (2023).

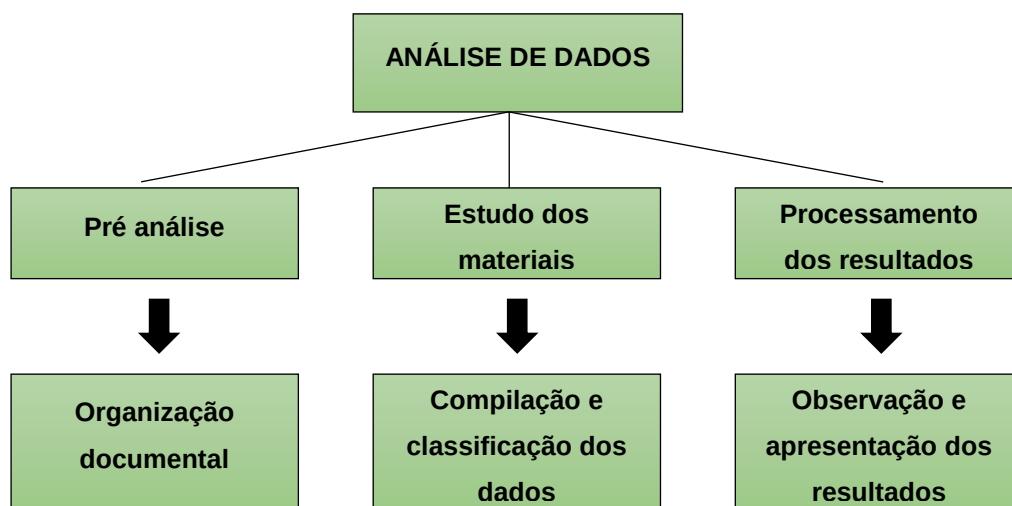
3.2.2 Análise de dados

A etapa da análise de dados foi desenvolvida de acordo com a técnica de análise de conteúdo desenvolvida por Laurence Bardin (SOUSA; SANTOS, 2020) e melhor compreendida nas fases descritas a seguir e ilustrada na sequência na figura 3.

-  **Pré análise:** trata-se da primeira fase, no qual o material coletado através das buscas foi organizado de forma rigorosa e prática e, posteriormente, analisado.

- ✚ **Estudo dos materiais:** nessa fase foi realizado o processo de compilação e classificação dos dados, feito através de recortes do texto que respondam aos objetivos deste estudo, contribuindo para o melhor aproveitamento do mesmo.
- ✚ **Processamento dos resultados:** na etapa de tratamento dos dados foram consideradas três categorias de análises pré-definidas a partir dos objetivos específicos do presente projeto de pesquisa: práticas de humanização; a importância das práticas humanizadas e as dificuldades da humanização no cuidado. As análises foram construídas com base nas categorias apresentadas pelas publicações selecionadas e embasadas teoricamente a partir do referencial teórico deste projeto.

Figura 3: Fluxograma da análise de dados



Fonte: adaptado Sousa; Santos, 2020.

3.4 Ética na pesquisa

De acordo com a Resolução nº 466/122 do Ministério da saúde, o projeto de pesquisa desenvolvido a partir da revisão bibliográfica não tem necessidade de ter aprovação no Conselho de Ética. Sendo assim, este estudo foi construído através de referências bibliográficas, no qual foi analisada a discussão de cada autor a respeito da temática do estudo (Brasil, 2012b).

4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Após ser realizada a leitura minuciosa dos 10 artigos, foi possível extrair os dados necessários para a análise de dados e, conforme o quadro 2, pôde-se elencar os materiais de forma sistemática para uma melhor organização do estudo. Os resultados foram estruturados a partir de dois tópicos: práticas de humanização e dificuldades da humanização no cuidado.

Quadro 2 - Identificação dos materiais selecionados

PLATAFORMA	TÍTULO	AUTOR	ANO	IDENTIFICAÇÃO
CAPES	UTI Neonatal: o que dizem as mães	Neves; Zimmermann; Broering	2021	A1
CAPES	Humanização no cuidado neonatal: a concepção da equipe de enfermagem	Morais; Marcatto	2014	A2
GOOGLE ACADÊMICO	Assistência de Enfermagem frente a humanização em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Macedo <i>et al.</i>	2022	A3
GOOGLE ACADÊMICO	Humanização do Cuidado da UTI Neonatal	Reichert; Lins; Collet	2007	A4
GOOGLE ACADÊMICO	Os benefícios da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI Neonatal: uma estratégia de humanização	Lino <i>et al.</i>	2015	A5
GOOGLE ACADÊMICO	A utilização de redes de balanço em incubadoras para recém-nascidos prematuros internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais como um método de humanização: uma revisão da literatura	Guerin; Birck	2016	A6
GOOGLE ACADÊMICO	A humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sob a ótica dos pais	Noda <i>et al.</i>	2018	A7
GOOGLE ACADÊMICO	A importância da humanização na assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Aráujo <i>et al.</i>	2022	A8
GOOGLE ACADÊMICO	Percepção da equipe de Enfermagem acerca da humanização do cuidado na UTI Neonatal	Lins <i>et al.</i>	2013	A9

Continuação Quadro 2 - Identificação dos materiais selecionados

SCIELO	Benefícios e desafios do método canguru como estratégia de humanização e saúde	Konstantyner; Pereira; Caetano	2022	A10
--------	--	--------------------------------	------	-----

Fonte: a autora (2023).

4.1 Práticas de Humanização

Os resultados encontrados vieram apresentar o ambiente hospitalar (UTI Neonatal), onde as boas práticas de humanização e a importância das mesmas são de grande relevância para a sobrevivência do neonato, cujo o cuidado e a atenção não se resumem aos instrumentos, equipamentos e procedimentos de alta complexidade, mas, também, na valorização do ser humano como indivíduo único, respeitando sua individualidade, integridade física e mental. Desta forma, o quadro 3 apresenta as práticas de humanização mais recorrentes nos estudos, podendo ser demonstradas também no gráfico 1.

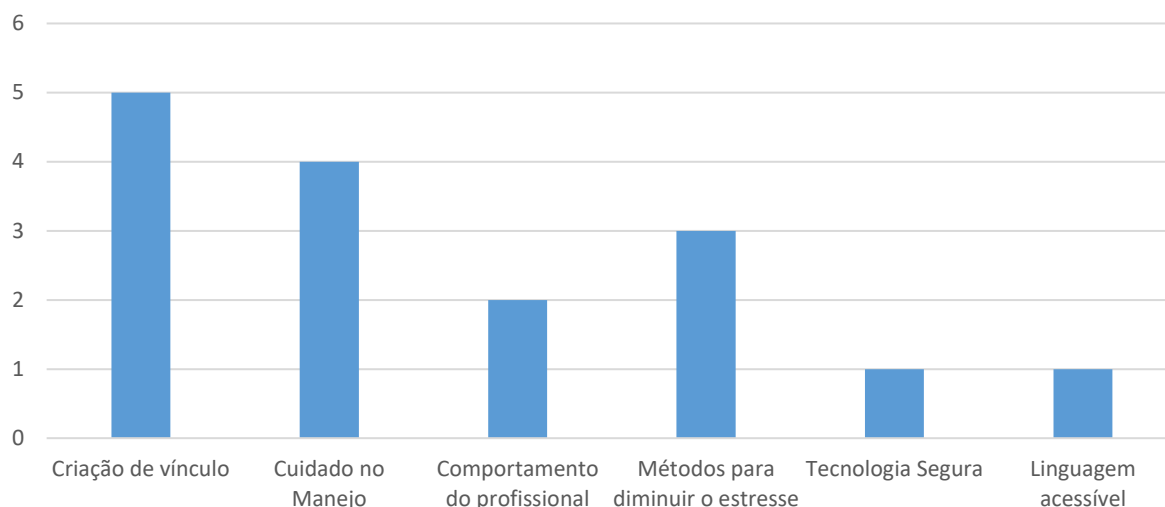
No que diz respeito a criação de vínculo, conforme demonstrado no quadro 3, 5 autores consideraram essa prática importante. Compreendem que a criação de vínculo entre familiares é um fator muito relevante para a individualização no atendimento, fortalecendo a relação entre os profissionais e a família, estabelecendo um comportamento de respeito mútuo e troca necessária para um efetivo cuidado à saúde, esse vínculo de confiança é gerado através da análise comportamental de cada funcionário.

Quadro 3 - Práticas de Humanização

PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO	
Criação de vínculo	A2 – A3 – A4 – A7 – A9
Cuidado no manejo	A3 – A7 – A9 – A10
Comportamento do profissional	A2 – A9
Métodos para diminuir o estresse	A5 – A6 – A8
Tecnologia segura	A4
Linguagem acessível	A4

Fonte: a autora (2023).

Gráfico 1 - Práticas de Humanização



Fonte: a autora (2023).

De acordo com Macedo *et al.* (2022), o vínculo criado a partir do contato pele a pele entre a mãe e o bebê de baixo peso é de fundamental importância e recomenda a utilização do Método Mãe Canguru, para gerar maior vínculo dentro dos espaços das UTIN's.

Corroborando com esse tema, o autor Noda *et al.* (2018, p.5), cita “que o cuidado humanizado é embasado em um conjunto de ações individuais, portanto, não devem ser catalogadas ou padronizadas”.

O documento do Ministério da Saúde que discorre sobre a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013b) considera que a criação de vínculo acontece através do acolhimento de profissionais para com os familiares, pois a partir do primeiro contato, no qual utiliza-se de uma escuta qualificada, é possível construir uma relação duradoura, gerando assim resultados satisfatórios nos planos terapêuticos.

Mesmo utilizando formas diferentes para a criação de vínculo, percebe-se que, dentre todos os autores pesquisados, esse processo é o mais importante a fim de que seja feito um pronto restabelecimento do recém-nascido, garantindo a melhoria de sua saúde e a maior brevidade possível para a alta médica.

O cuidado no manejo, citado por quatro autores, faz referência a avaliação e o manejo da dor utilizados pelos profissionais. Essas práticas são necessárias para a diminuição do sofrimento desses indivíduos e, não estão relacionadas necessariamente a intervenções farmacológicas, mas sim a cuidados humanizados e um olhar empático por parte das equipes.

Para Macedo *et al.* (2022), essas práticas envolvem desde a observação de necessidades como, por exemplo, uma mudança de decúbito, assim como técnicas mais eficientes e menos dolorosas, observando sempre a ética no serviço.

Reafirmando esse pensamento, Lins *et al.* (2013, p.5) destaca “ser de fundamental importância à equipe de enfermagem que atua em UTIN a busca de medidas que minimizem o sofrimento e a dor do bebê e sua família”.

O documento que estabelece diretrizes para a prevenção e manejo da dor aguda por procedimentos dolorosos no período neonatal enfatiza ser necessário a discussão, a organização e a disseminação de informações no sentido de implementar práticas menos dolorosas de cuidado a saúde do neonato, objetivando uma melhor avaliação e tratamento concedidos, e trazendo um menor impacto a longo prazo a saúde do bebê (Junqueira-Marinho; Cunha, 2023).

A partir da leitura dos materiais selecionados para a pesquisa, é possível observar que essa prática relatada pelos autores além de ser muito recorrente é, também, essencial dentro dessas unidades, pois constrói um ambiente mais acolhedor e denota uma sensibilidade por parte da equipe, o que traz mais confiança aos familiares que já passam por um momento tão delicado da vida.

No que trata do comportamento dos profissionais, dois autores apresentam que deve ser adotado um comportamento mais holístico e humanizado, onde sejam estabelecidas relações menos autoritárias. Ademais, enfatizam que é essencial os profissionais darem voz aos usuários (familiares), na capacidade de se colocarem no lugar do outro, o que ajuda na avaliação e escolha dos melhores planos propostos para o RN.

De acordo com Lins *et al.* (2014), a mudança do comportamento dos profissionais facilita a assistência de forma a garantir a segurança e bem-estar do neonato. Esses autores salientam a maneira que as equipes realizam as abordagens, ressaltando a importância da responsabilidade e da percepção do profissional frente as situações diárias, uma vez que um olhar empático e uma compreensão do contexto envolvido no processo minimizam a dor e o sofrimento do RN e da família.

Reforçando esse pensamento, Morais e Marcatto (2014, p.2) destacam que “os profissionais que trabalham na UTIN devem ter a percepção e a sensibilidade apurada para compreender esse momento na vida dessas mulheres, ajudando-as da melhor forma possível”.

Conforme Lucchesi, Macedo e Marco (2008), a maneira que os profissionais lidam com as necessidades impostas diariamente no cotidiano dos serviços expressam empatia, um importante comportamento profissional, que fica evidente na maneira em que os profissionais percebem comportamentos não verbais dos usuários e tem a sensibilidade de saber diferenciar e compreender suas emoções e principais preocupações.

Em consonância ao pensamento dos autores supracitados, verifica-se que as práticas relacionadas ao comportamento dos profissionais são imprescindíveis para uma mudança nos modos de gerir e cuidar, o que vem a favorecer no relacionamento das equipes e dos usuários dos serviços.

Uma prática de humanização muito significativa refere-se aos métodos utilizados para diminuir o estresse do RN, destacado por três autores. Existem vários fatores que afetam a saúde já fragilizada do bebê como, por exemplo, o desconforto ocasionado pelos processos que envolvem os procedimentos hospitalares. Os autores relatam que os ambientes das UTIN's naturalmente resultam no incômodo do prematuro, pois além de aspectos ambientais, os constantes estímulos e manobras praticados no dia-a-dia ocasionam o estresse e, contar com métodos que beneficiem esse momento é muito favorável em todo o processo de tratamento.

Um agente causador muito recorrente nesses estudos está relacionado ao ambiente, pois ruídos e iluminação podem ocasionar a interrupção do sono e, conseqüentemente, o estresse nesses indivíduos. Para Guerin e Birck (2016), o fato do RN não poder verbalizar o que está lhe causando desconforto é expresso através do choro e de suas feições faciais.

Na concepção de Lino *et al.* (2015), um valioso método humanizado que visa beneficiar a qualidade de vida do neonato nessas unidades e que vem comumente sendo utilizado refere-se as redes de balanço em incubadoras. Eles citam que:

Além de proporcionar estimulação sensorial adequada (estímulo visual, auditivo e tátil) por meio do balanço, conforto, melhora na frequência cardíaca e saturação de oxigênio contribuindo para o desenvolvimento neuropsicomotor do RN prematuro (Lino *et al.*, 2015, p.3).

Segundo o Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - Mater (2023), o principal objetivo das estratégias e métodos utilizados é a diminuição do estresse, da dor e do sofrimento do RN, mas os benefícios vão muito além disso. Para

os autores, é fundamental que equipes de saúde estejam alinhadas e cada vez mais utilizem métodos não farmacológicos, ou seja, mais humanizados, pois além de trazer benefícios fisiológicos aos bebês, diminuem os danos ocasionados pela dor e desconforto a longo prazo.

Pôde-se observar que embora existam diversas práticas que podem ser aplicadas cotidianamente pelos profissionais para a diminuição da dor e sofrimento do bebê, todas possuem em comum a necessidade de sensibilidade do profissional em utilizar e a constante disposição profissional em aprender diferentes maneiras de proporcionar o bem-estar do prematuro.

Concernente as tecnologias na área da saúde, um estudo abordou esse assunto. Foi relatado que embora estejam muito avançadas (o que contribui para uma melhor assistência), podem trazer malefícios também, pois podem causar de alguma maneira danos à saúde e são reverberadas, por exemplo, através de determinados comportamentos. Por isso, são importantes e necessárias tecnologias seguras para não prejudicar mais ainda a saúde já fragilizada do neonato.

Para Reichert, Lins e Collet (2007), o ambiente da UTIN é repleto de aparelhagem com tecnologia de ponta, principalmente devido a necessidade de cuidados específicos que os usuários necessitam. Porém, além de serem dolorosas e estressantes, muitas intervenções assistenciais que se utilizam dessas tecnologias são extremamente agressivas, o que reflete negativamente nos cuidados, produzindo desorganização fisiológica e comportamental nos usuários.

Os autores supramencionados, observam que:

É inquestionável que a evolução da tecnologia modificou o prognóstico e a sobrevivência dos bebês de alto risco. No entanto, a fragilidade da pele, bem como a presença de tubos e sondas são causas de sofrimento, visto que os mesmos não estão preparados para tantos estímulos que lhes são estranhos e assustadores, considerando que antes viviam em um ambiente protegido pelo líquido amniótico, ouviam os batimentos cardíacos da sua mãe, e o som da voz dela (Reichert; Lins; Collet, 2007, p.5).

Segundo Sá Neto, Rêgo e Rodrigues (2010), o emprego da tecnologia nas atividades diárias pode ter o seu lado positivo e negativo. O lado positivo mencionado pelos autores refere-se as questões éticas e humanas que os profissionais se envolvem, já o lado negativo é sentido através do “afastamento” do profissional com os usuários, realizando o seu trabalho de maneira mecânica e impessoal.

Apesar das inúmeras vantagens que as tecnologias trazem à saúde, é notório que a ideia dos autores concernente a esse assunto está em conformidade, pois a impessoalidade do saber científico pode acarretar na desumanização do cuidado em saúde.

Uma segunda prática mencionada pelo mesmo autor enfatiza que a linguagem acessível é primordial para minimizar as falhas na comunicação entre os familiares e os profissionais e contribuir para o melhor entendimento da família com relação ao quadro de saúde do RN. A maneira que as equipes estabelecem a comunicação com os familiares propiciam um ambiente acolhedor e demonstram uma atitude humanizada.

A linguagem acessível, segundo Reichert, Lins e Collet (2007) refere-se ao cuidado que o profissional tem de saber se comunicar de forma clara, concisa e objetiva, de maneira que a família compreenda da melhor maneira possível o estado de saúde do RN. Ademais, a linguagem é utilizada de maneira individualizada, pois cada indivíduo tem uma compreensão e entendimento diferente.

Os autores além de enfatizarem que uma linguagem compreensível por parte da equipe é necessária para uma boa compreensão do estado de saúde do RN, ressaltam que:

A comunicação é necessária ao relacionamento interpessoal profissional de enfermagem/familiares. A equipe de enfermagem deve demonstrar sensibilidade à comunicação verbal e não-verbal, capacidade de ouvir atentamente, saber o que falar e quando falar e utilizar uma linguagem clara e acessível (Reichert; Lins; Collet, 2007, p.11).

No estudo elaborado por Marinus *et al.* (2104), é abordada a comunicação nas práticas de saúde no contexto do SUS. Os autores evidenciam que as barreiras na comunicação ocorrem por diversos fatores, dentre eles os diferentes saberes e linguagens entre o emissor e o receptor, assim como as limitações orgânicas, desde auditivas até visuais. Ademais, as diferenças socioculturais podem ser também fatores determinantes dentro desse contexto.

É perceptível a concordância de pensamento entre todos os autores estudados no que concerne a importância da comunicação no cotidiano dos serviços. Para além do estabelecimento do diálogo entre os profissionais e os familiares, é uma atitude humanizada utilizar-se de linguagem acessível, que se torne compreensível e acolhedora, gerando assim o vínculo entre as partes.

4.1.2 Importância das práticas humanizadas

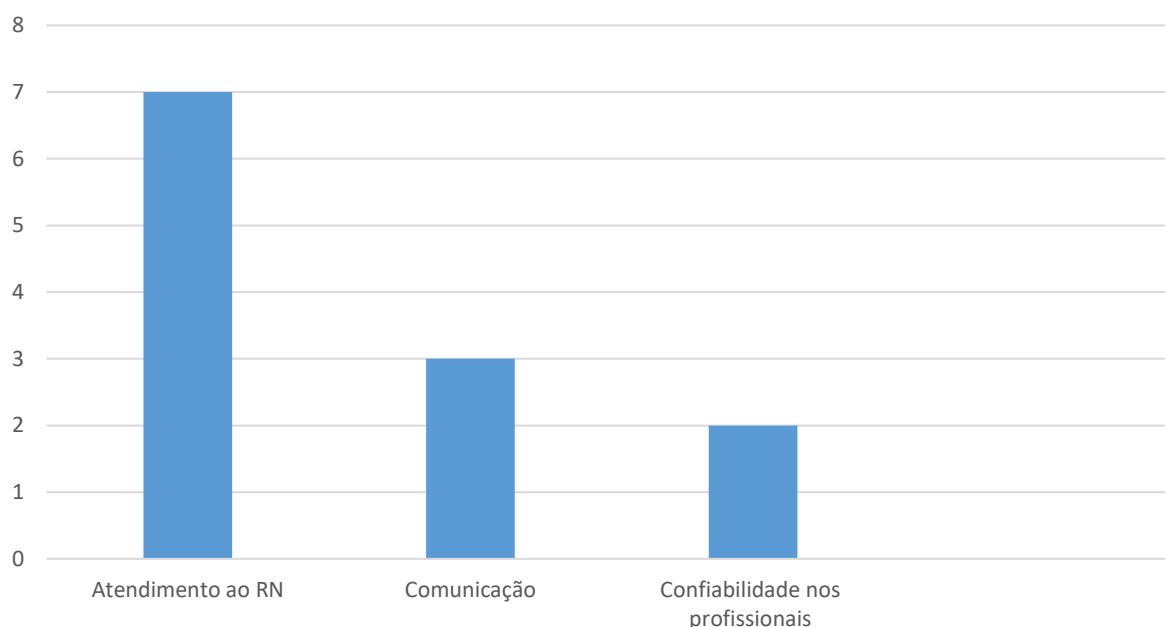
Em relação à importância das práticas humanizadas, os autores defendem que não basta apenas os avanços tecnológicos, mas também toda a estrutura humanizada por partes dos profissionais, dando assim o devido respeito e valorização da pessoa humana, onde todos os métodos para as ações de atenção à saúde do neonato será o grande diferencial na vida do mesmo. Sendo assim, apresenta-se a importância das práticas no quadro 4 e apresentadas no gráfico 2.

Quadro 4 - Importância das práticas humanizadas

IMPORTÂNCIA	
Atendimento ao RN	A1 – A2 – A5 – A6 – A7– A8 – A9
Comunicação	A2 – A4 – A8
Confiabilidade nos profissionais	A4 – A7

Fonte: a autora (2023).

Gráfico 2 - Importância das práticas humanizadas



Fonte: a autora (2023).

No que trata a importância das práticas humanizadas, o atendimento ao RN foi o que mais ficou em evidência, mencionado por sete autores. Foi enfatizado com relação aos princípios da humanização, ou seja, os cuidados e a atenção não apenas

ao bebê, mas, também, para os familiares que nesse momento perpassam um estado de fragilidade extrema. Foi evidenciado pelos autores que o acolhimento e a inserção dos familiares em todos os processos é de suma importância para a excelência no cuidado e assistência à saúde.

Segundo o estudo realizado por Noda *et al.* (2018), a família passa por um momento de luto no momento em que o RN é internado em uma UTIN. Os sentimentos de dor e medo que carregam durante esse período são minimizados com atitudes humanizadas por parte dos profissionais, como a atenção, o carinho e o cuidado individualizado. Na concepção dos pais, a humanização está intrinsicamente relacionada ao conceito de integralidade já estabelecido nos princípios do SUS.

Para Neves, Zimmermann e Broering (2021, p.21), o cuidado que os profissionais dispensam aos familiares ocorre antes mesmo das mães adentrarem essas unidades e denotam uma sensibilidade com a situação delicada que estão passando. Segundo esses autores:

É fundamental que a equipe de profissionais da UTIN promova um ambiente receptivo e acolhedor, com o objetivo de minimizar o máximo possível o sofrimento das famílias de bebês hospitalizados, assim como, fortalecer os laços afetivos e a manutenção do vínculo mãe-filho.

De acordo com Souza e Ferreira (2010), nos últimos anos o debate acerca da humanização no cuidado em saúde vem tomando uma proporção cada vez maior. Dentre os sentidos que a assistência humanizada pode ter, os autores relacionaram as três mais importantes: cuidado integral; cuidado ampliado e promoção de conforto. Em todos os sentidos, é notório que essa prática tem o principal objetivo de minimizar a dor e auxiliar no processo de recuperação.

Todos os estudos relacionados a essa temática salientam a importância do atendimento humanizado dado ao RN como, também, ao seio familiar. É de fundamental relevância a constante discussão e disseminação dessas práticas nesses ambientes.

Concernente a importância da comunicação, três autores destacam ser imprescindível os profissionais tratarem os familiares com um dialeto que demonstre clareza e bom entendimento. Do mesmo modo, é fundamental apresentar boa postura e comando sobre a situação, para assim passar a devida confiabilidade para os

familiares que aquele lugar é o mais propício para a devida recuperação, crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

A comunicação é essencial para um efetivo cuidado e, de acordo com Araújo *et al.* (2022), os profissionais auxiliam os familiares orientando e sanando suas dúvidas com relação ao manejo com o bebê, além de incentivarem a interação entre eles. O diálogo estabelecido entre equipe e familiares faz parte do processo de humanização, além de propiciar tranquilidade e segurança.

Para Reichert, Lins e Collet (2007, p.12), a comunicação com os familiares deve ser estabelecida de forma individual, pois cada pessoa possui uma percepção acerca dos processos. Para esses autores, “a humanização da assistência na UTIN deve se pautar no cuidado singular, na integralidade e no respeito à vida”. Além disso, os autores enfatizam ainda que:

[...] escuta sensível é tão importante quanto o procedimento técnico, uma vez que nem sempre os conhecimentos técnicos funcionam tão bem diante das situações de estresse. Somente vendo, escutando e sentindo o recém-nascido e a família como um todo, estaremos atendendo e compreendendo a essência do cuidar humano (Reichert; Lins; Collet, 2007, p.13).

De acordo com Moreira *et al.* (2019), a comunicação interprofissional efetiva dentro de estabelecimentos de saúde além de tornar o ambiente mais harmônico, colabora com o gerenciamento das equipes e promove segurança ao paciente, reduzindo o risco de dano a saúde dos indivíduos.

É evidente a importância da comunicação tanto entre os profissionais, quanto as equipes e os familiares do neonato. Além de promover o vínculo, estabelece uma relação de respeito. Ademais, é fundamental a sensibilidade do profissional estabelecer uma fala que propicie aos familiares a compreensão, pois de nada adianta passar um saber científico se as pessoas não irão entender.

Com relação a confiabilidade nos profissionais, dois autores destacaram que é de suma importância, pois contribui com a aderência aos tratamentos propostos, uma vez que a partir do vínculo criado, do acolhimento dado pelo profissional e do elo que se cria entre os mesmos, os resultados serão muito mais positivos.

Do ponto de vista de Reichert, Lins e Collet (2007), os profissionais de saúde que fazem parte das equipes das UTIN's são dotados de conhecimentos científicos, para prontamente exercerem suas funções com maestria, uma vez que o exercício exige, mas não basta ter o saber puramente técnico, a função exige sensibilidade e

atitudes humanizadas. Na medida em que os profissionais geram um sentimento de confiança nos familiares, fica muito mais fácil de desenvolverem suas atividades. Isso fica explícito na construção das relações advindas através de uma escuta qualificada, atenta as principais queixas e dores desses indivíduos.

O estudo de Noda *et al.* (2018, p.4) relata bem a importância dessa prática, ressaltando que a relação de confiança estabelecida faz parte do objeto de trabalho das equipes. Para os autores:

Escutar os temores e preocupações dos familiares é indispensável e deve ser a primeira ação dos profissionais, antes mesmo de informar os pais e familiares sobre as rotinas da unidade, sobre os aparelhos e cuidados para com o RN. Segundo a PNH, a escuta qualificada, ou seja, ativa e acolhedora, é primordial na construção de uma relação de confiança entre família e profissionais de saúde, sendo uma estratégia importante para o acolhimento nos serviços de saúde.

No trabalho de Schimith *et al.* (2011) é apresentado os desafios que ocorrem para a mudança e implementação dessa prática nos serviços de saúde, principalmente no contexto do SUS. De modo geral, a pesquisa traz que os usuários dos serviços de saúde conseguem reconhecer quando os profissionais dão atenção e o tratam com respeito, além do elo afetivo que se cria, passando confiança e credibilidade nos tratamentos.

De todo modo, fica evidente a importância da confiança estabelecida nas relações entre profissionais e familiares. É visível, a partir da leitura dos estudos, que todo processo que ocorre desde a internação dos neonatos em UTIN's até a sua pronta recuperação, fica muito mais leve e causa muito mais segurança na família a partir do vínculo que se estabelece entre as partes.

4.2 Dificuldades da humanização no cuidado

Além de expor e discutir as práticas de humanização existentes e a sua importância para um efetivo cuidado à saúde, é importante enfatizar que nos materiais utilizados na coleta de dados foram mencionadas as dificuldades encontradas para a realização dessas práticas, no qual está exposto no quadro 5, que aponta as principais encontradas nas leituras dos estudos e estão demonstradas no gráfico 3.

A experiência que a família e, principalmente as mães, vivenciam desde a internação do neonato em uma UTIN é dolorosa. Os sentimentos são diversos: medo,

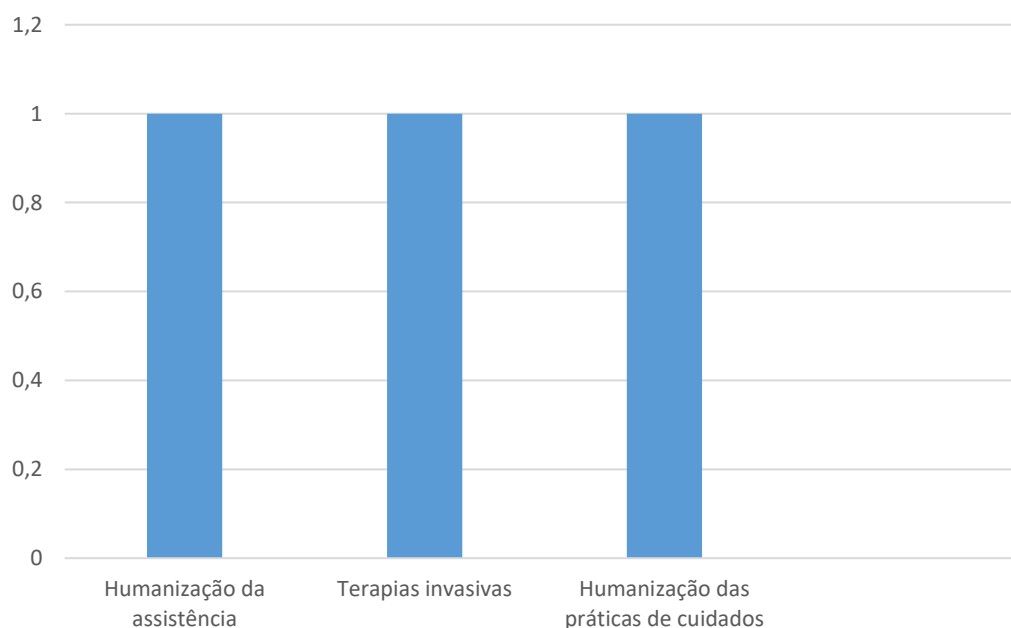
aflição e ansiedade pela breve recuperação como, também, por ter em seus braços o filho tão idealizado. Neste sentido, a mãe sente-se uma mera expectadora do cuidado dispensado ao seu filho, visto que se sentem privadas de suas funções maternas, o que dificulta o seu reconhecimento como mãe e a aceitação de seu filho, uma vez que existe uma equipe de profissionais que se “apropriam” dos cuidados que deveriam ser realizados por elas.

Quadro 5 - Dificuldades da humanização no cuidado

DIFICULDADES	
Humanização da assistência	A2
Terapias invasivas	A4
Humanização das práticas de cuidados	A1

Fonte: a autora (2023).

Gráfico 3 - Dificuldades da humanização no cuidado



Fonte: a autora (2023).

No tocante a humanização da assistência em saúde, foi relatado por um autor que uma das dificuldades enfrentadas para esse processo de mudança de comportamento se dá em decorrência dos profissionais estarem cada vez mais focados na sua profissionalização, devido as constantes evoluções tecnológicas que exigem conhecimentos específicos para o manuseio de máquinas e equipamentos de

última geração. Diante disso, os autores enfatizam a importância da valorização de técnicas humanizadas dentro do ambiente de trabalho e o constante processo de ressignificação do cuidado em saúde.

Conforme Moraes e Marcatto (2014), as equipes que fazem parte desse ambiente entendem a importância da humanização no cuidado e reconhecem que o respeito, o afeto e a empatia são de suma importância em todo o processo do tratamento. O acolhimento dos profissionais colabora com a construção do vínculo, refletindo positivamente na recuperação do bebê e no conforto emocional dos familiares.

Os autores supracitados evidenciam que a humanização da assistência não deve ser praticada somente com o neonato, eles reiteram que “ações para sensibilizar a equipe de enfermagem podem ser desenvolvidas para que a família também passe a ser considerada como merecedora de cuidado e atenção” (Moraes; Marcatto, 2014, p.9).

A concepção de tecnologia não se limita somente aos recursos materiais e ao emprego de inovação. Para Ferreira Filho e Mendes (2017), as tecnologias duras são os recursos disponíveis para o desempenho das funções. As tecnologias leve-duras são as técnicas utilizadas no cuidado com os indivíduos. Já as tecnologias leves estão relacionadas ao acolhimento dos sujeitos, a abertura ao diálogo e a utilização da escuta qualificada, observando suas principais queixas e angústias, assim como o constante reforço da autonomia dos sujeitos.

A partir da leitura dos estudos, pôde-se verificar que todos possuem um pensamento em comum: o saber científico não é a única técnica que deve ser empregada na assistência em saúde, pois o indivíduo é singular e deve ser tratado como tal, portanto as técnicas humanizadas devem ser cada vez mais utilizadas nesses ambientes pelos profissionais.

As terapias invasivas apresentam-se como uma dificuldade na humanização do cuidado e são mencionadas por um autor, que afirma que a UTIN é um ambiente composto por equipamentos ricos em tecnologia, no qual são essenciais no auxílio da recuperação e sobrevivência do neonato. Porém, os inúmeros avanços tecnológicos por vezes acabam refletindo negativamente, visto que algumas terapias causam desconforto no prematuro por serem agressivas e dolorosas.

As circunstâncias que levam o RN a adentrar essas unidades por si só são geradoras de estresse e abalo emocional nos familiares e, se intensifica ainda mais

pela falta de informação que essas pessoas tem no que concerne a utilização de equipamentos e terapias invasivas para o cuidado com esses indivíduos como, por exemplo, a utilização de sondas, tubos e cateteres (Reichert; Lins; Collet, 2007).

É evidente a relevância que o cuidado humanizado tem no cotidiano desses ambientes. Sob o ponto de vista Reichert, Lins e Collet (2007, p.9):

A capacitação dos profissionais de enfermagem para apreender as necessidades singulares de cada bebê é de grande importância para que os procedimentos e cuidados de rotina, dolorosos e invasivos, sejam empregados de forma individualizada e singular.

O material elaborado por Cruz (2016) menciona que apesar de serem utilizados mecanismos de diminuição do nível de dor, como a sedação e a analgesia em procedimentos mais invasivos, os RN's sentem desconforto durante o período de realização e isso acarreta em alterações neurocomportamentais a longo prazo. A frequente exposição a esses estímulos é prejudicial à saúde do bebê e é essencial a utilização de técnicas de manejo da dor pelas equipes, no intuito de diminuir os riscos e agravos a saúde desses indivíduos.

As diversas técnicas e procedimentos realizados durante a internação do neonato com o propósito da sua pronta recuperação evidencia o avanço tecnológico, porém traz à tona o quão frequente são as práticas utilizadas pelos profissionais em saúde que objetivem a diminuição do sofrimento e a importância de serem reforçadas diariamente, para a melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

A humanização das práticas de cuidados, relatada por um autor, está relacionada a postura dos profissionais, nas mudanças em sua forma de trabalhar. Podem ser reconhecidas por meio da construção do vínculo entre as equipes e os usuários como, por exemplo, através do apoio e estímulo a amamentação, o parto humanizado e todo o processo que o envolve, o fortalecimento da autonomia e a participação dos pais nos cuidados diários com os bebês, dentre outras.

O Método Canguru, comumente utilizado nessas unidades, demonstra como essa prática vem sendo aplicada. Além de fortalecer o contato familiar com o RN, cria um elo com o profissional, pois os pais recebem uma atenção diferenciada. Diante de todo o contexto de fragilidade que o momento perpassa, o apoio e a sensibilidade dos profissionais evidenciam a relevância que essas práticas possuem (Neves; Zimmermann; Broering, 2021).

O estudo destaca que:

[...] a ampliação do cuidado profissional não só priorizando as indispensabilidades biológicas do bebê, mas, também as necessidades psicológicas e emocionais dos pais, em especial das mães que vivenciam essa rotina, impulsionaram avanços positivos nas práticas de humanização do cuidado em UTIN (Neves; Zimmermann; Broering, 2021, p.4).

Para Silva, Melo e Silva (2022), a humanização das práticas de cuidados nas rotinas hospitalares possibilita um novo olhar para a assistência em saúde básica. O fomento de condutas como, por exemplo, a individualidade na atenção ao RN, contribui para a diminuição do quadro de ansiedade das mães perante o momento doloroso que estão passando. Ademais, a individualização do atendimento enfatiza o respeito ao sujeito, sendo ele singular e repleto de particularidades e necessidades individuais específicas. Por fim, o vínculo criado entre os profissionais e os familiares contribuem para uma melhor formulação de estratégias para o cuidado humanizado do RN.

Existem diversas práticas profissionais que evidenciam o cuidado humanizado, todas elas com o objetivo de gerar bem-estar aos sujeitos. É necessário cada vez mais que essas práticas sejam fomentadas, pois a partir delas é possível que mudanças significativas nos ambientes de saúde aconteçam positivamente.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo descrever as práticas de humanização adotadas nas UTIN's do SUS de acordo com a literatura brasileira, no período de 2007-2022. A pesquisa foi composta por 10 estudos, que dispuseram dados coerentes para a fase de coleta, e dando seguimento, à análise de dados.

Com as análises feitas, os resultados encontrados apontaram as práticas humanizadas mais recorrentes, a importância e as dificuldades para garantir um olhar diferenciado no que refere a humanização nas UTIN's.

Quanto à metodologia escolhida para este estudo, foi a revisão narrativa, com uma análise da literatura publicada em livros e artigos de revistas eletrônicas, que evidenciaram a análise dos autores. Nesse sentido, verificou-se que os autores estudados chegaram a ideias semelhantes sobre as práticas humanizadas, bem como a sua importância e dificuldades corriqueiras dentro do setor das UTIS Neonatal, podendo assim refletir a sua importância para o bom funcionamento como, também, apontar as dificuldades encontradas no processo de humanização, visando que sejam oferecidos de forma que trate o RN e seus pais com técnica, profissionalismo e ética.

A bibliografia escolhida para o desenvolvimento da pesquisa supriu as expectativas, apresentando dados relevantes sobre o funcionamento das UTINS mostrando seus pontos positivos e negativos, assim como, que nem tudo é perfeito e que não pode melhorar, para assim poder atender cada vez melhor o usuário.

Averiguou-se que o resultado mais recorrente foi a criação de vínculo entre o bebê, seus familiares e a equipe multiprofissional, que é um fator muito relevante para a individualização no atendimento, pois é nesse primeiro contato de fala e escuta que será o ponto chave do fortalecimento da relação entre os profissionais e a família, que nesse momento perpassam um estado de fragilidade extrema estabelecendo um comportamento de respeito mútuo e troca necessária para um efetivo cuidado à saúde. Esse vínculo de confiança é gerado através do olhar diferenciado do profissional para com a família.

Contudo os estudos destacam também como uma prática de grande relevância o cuidado no manejo com a criança, visto que para os autores este cuidado contribui na diminuição do sofrimento de dor desses indivíduos e, não estão relacionadas necessariamente a intervenções farmacológicas, mas sim um cuidado mais

humanizado por por parte da equipe de enfermagem, proporcionando aos RN técnicas menos dolorosas, pois naquele momento é essa equipe que irá realizar todas essas intervenções, deste modo trazendo um menor impacto a longo prazo à saúde do bebê.

A humanização das práticas de cuidados está relacionada também à postura dos profissionais, nas mudanças em sua forma de trabalhar. Podem ser reconhecidas por meio da construção do vínculo entre as equipes e os usuários como, por exemplo, através do apoio e estímulo à amamentação, o parto humanizado e todo o processo que o envolve; o fortalecimento da autonomia e a participação dos pais nos cuidados diários com os bebês, dentre outras.

Conclui-se que a UTIN por si só já causa um grande desconforto para a família dos neonatos, pelo fato de ser um ambiente repleto de aparelhagem com tecnologias específicas para o devido cuidado naquele momento, onde muitas das vezes os tratamentos realizados são dolorosos e estressantes com muitas intervenções assistenciais que se utilizam dessas tecnologias, por vezes agressivas. Porém, com a humanização, o bom relacionamento, a empatia e o acolhimento feito pelos profissionais que atuam nessa área, também foi possível verificar e concluir que as práticas elencadas no decorrer desse trabalho podem comprovadamente, contribuir para a melhoria da qualidade do tratamento do recém-nascido, sua recuperação em menor tempo e principalmente, na tranquilização das famílias quanto a certeza de que os melhores cuidados estão sendo ofertados para seu bebê.

Esse estudo pode servir para novos pesquisadores que se interessem pelo tema, bem como para os profissionais da gestão hospitalar que queiram entender quais são as melhores práticas de humanização que podem ser implementadas nas áreas hospitalares, aqui especificamente detalhadas para as UTÍ's neonatal, mas que, nada são impeditivas para implantação em outras áreas, em função de que todos os profissionais que atuam na saúde, buscam o bem estar dos pacientes e dos familiares que acompanham os procedimentos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Alexandra da Cruz; SILVA, Letícia Júlia Alves da; CARVALHO, Geralda Melo de; LIMA, Ronaldo Nunes. As condutas de enfermagem na prevenção da lesão por pressão em pacientes hospitalizados, **Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS**. 2022; 4(2):73-7. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=A+import%C3%A2ncia+da+humaniza%C3%A7%C3%A3o+na+assist%C3%A2ncia+de+enfermagem+na+Unidade+de+Terapia+Intensiva+Neonatal&btnG=.

ASSIS, Maria Cristina de. **Metodologia do Trabalho Científico**. 3. ed. João Pessoa: Editora Universitária Ufpb, 2009. 48 p. Disponível em: <https://hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Assis-Metodologia.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna da; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy (Orgs.). Brasília, 2006, 300 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. O que é e como implementar: uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh_1.pdf. Acesso em: 08 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Rede Cegonha: Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília, 2013, 19 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 30 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acesso em: 08 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015**. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 30 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAdade-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 09 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; REIS, Lenice Gnocchi da Costa; RAMOS, Márcia Melo; RATTNER, Daphne; RODRIGUES, Patrícia Lima; NEVES, Dilma Costa Oliveira; ARANTES, Sandra Lúcia; LEAL, Maria do Carmo. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 208-219, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fkSchnSmbLtwMBWGmY8vCfd#>. Acesso em: 28 mar. 2023.

CRUZ, Cibele Thomé da. **Dor e estresse de recém-nascidos submetidos a punção venosa em terapia intensiva**. Dissertação em Atenção Integral à Saúde - Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ. Ijuí, p.90, 2016. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/wp-content/uploads/2017/04/CIBELE-THOM%C3%89-DA-CRUZ-DOR-E-ESTRESSE-DE-REC%C3%89M-NASCIDOS-SUBMETIDOS-A-PUN%C3%87%C3%83O-VENOSA-EM-TERAPIA-INTENSIVA.pdf>.

CARVALHO, Marcus Renato de; GOMES, Cristiane F. **Amamentação - Bases Científicas**. Grupo GEN, 2016. E-book. ISBN 9788527730846. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527730846/>. Acesso em: 21 out. 2022.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Passo Fundo: Saluz, 2017. Disponível em: <http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/images/documentos/cartilha-ceap.pdf>. Acesso em: 16 out. 2022.

CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO - MATER. **Métodos não farmacológicos de alívio da dor neonatal em procedimentos potencialmente dolorosos e do estresse neonatal durante a internação em unidades terapêuticas neonatais**. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/aceso-rapido/rede-de-experiencias-em-humanizacao/experiencias/metodos-nao-farmacologicos-de-alivio-da-dor-neonatal-em-procedimentos-potencialmente-dolorosos-e-do-estresse-neonatal-durante-a-internacao-em-unidades-terapeuticas-neonatais-centro-de-referencia-da-saude-da-mulher-de-ribeirao-preto-mater>.

CORIOLO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor; QUEIROGA, Bianca Arruda Manchester de; RUIZ-MORENO, Lidia; LIMA, Luciane Soares de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356–1369, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/v4qzCcwMMwyyz5TztQ9sMg/?format=pdf&lang=pt>.

CHAVES, Ana Carolina Feitosa; SANTOS, Andréia Passos; ATAÍDE, Karine Magalhães Nogueira; CUNHA, Karla Joelma Bezerra. Cuidado e Manutenção da Integridade da Pele do Neonato Prematuro. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, 13(2):378-84, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237974>. Acesso em: 30 out. 2022.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra; MONTICELLI, Marisa. **PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO AO RECEM-NASCIDO EM UTI NEONATAL: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA**. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100028>. Acesso em: 20 nov. 2022.

DUARTE, Nathália. Casas de parto no Brasil: o que são e como funcionam esses espaços de nascer. **Crescer**, 2023. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Gravidez/noticia/2021/01/casas-de-parto-no-brasil-o-que-sao-e-como-funcionam-esses-espacos-de-nascer.html>.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017, v. 22, n. 4, pp. 1311-1320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26412016>. Acesso em: 15 out. 2022.

FERREIRA FILHO, Laurentino Gonçalves; MENDES, Cintia Maria de Melo. **Tecnologias leves em saúde na Atenção Primária como estratégia de redução dos índices de mortalidade infantil na cidade de Crateús-CE**. Universidade Federal do Piauí. Teresina, p.15, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13335/1/TCC-LUZIL-8.pdf>.

GUERIN, Iara Oliveira; BIRCK, Marcio Adriano. **A utilização de redes de balanço em incubadoras para recém-nascidos prematuros internados em unidades de terapia intensiva neonatais como um método de humanização**: uma revisão de literatura. *Salão Do Conhecimento*, 2(2), 2016. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/6497>.

HOSPITAL INFANTIL SABARÁ. **Primeira UTI pediátrica do Brasil**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.hospitalinfantilsabara.org.br/pesquisa-e-inovacao/primeira-uti-pediatrica-do-brasil/#:~:text=Criador%20da%20primeira%20Unidade%20de,história%20da%20pediatria%20do%20país>. Acesso em: 01 set. 2022

JUNQUEIRA-MARINHO, Maria de Fátima; CUNHA, Pércide Verônica da Silva (Orgs.). **Diretriz para Prevenção e Manejo da Dor Aguda por Procedimentos Dolorosos no Período Neonatal**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2023. 70 p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/03/Diretriz_manejo_da_dor.pdf.

LANSKY, Sônia; FRICHE, Amélia Augusta de Lima; SILVA, Antônio Augusto Moura da; CAMPOS, Deise; BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; CARVALHO, Márcia Lazaro de; FRIAS, Paulo Germano de; CAVALCANTE, Rejane Silva; CUNHA, Antonio José Ledo Alves da. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**. 2014, v. 30, n. Suppl, pp. S192-S207. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXrmrGrGJvcVMKmJdqR/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.

KONSTANTYNER, Tulio; PEREIRA, Bianca Baptista; CAETANO, Carolina. Benefícios e desafios do método canguru como estratégia de humanização e saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 1, p. 3–5, jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/SJY9WNGKk4sMxVLMhkYdbkq/?lang=pt#>.

LARA, Angela Mara de Barros; MOLINA, Adão Aparecido. Pesquisa Qualitativa: apontamentos, conceitos e tipologias. In: TOLEDO, Cêzar de Alencar Arnaut de; GONZAGA, Maria Teresa Claro. (Org.). **Metodologia e Técnicas de Pesquisa nas Áreas de Ciências Humanas**. Maringá: Eduem, 2011. Disponível em: <https://gepeto.ced.ufsc.br/pesquisa-qualitativa-apontamentos-conceitos-e-tipologias/>. Acesso em: 19 dez 2022.

LEITE, Pamela Iasmine Amorim Garcia; PEREIRA, Fabricio da Gama; DEMARCHI, Rafael Fernandes; HATTORI, Thalise Yuri; NASCIMENTO, Vagner Ferreira do; TERÇAS-TRETTEL, Ana Claudia Pereira. HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. **Revista de Enfermagem e Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 91-102, 7 ago. 2020. Universidade Federal do Triangulo Mineiro. <http://dx.doi.org/10.18554/reas.v9i1.3649>. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3649>. Acesso em: 07 nov. 2022.

LINO, Lígia Herrera; COELHO, Patricia Granja; FONSECA, Fernando Luiz Affonso; FILIPINI, Rosangela. Os benefícios da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI neonatal: uma estratégia de humanização. **Enfermagem Revista**, v. 18 n. 1, 2015. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9372>.

LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa; VAZ, Elenice Maria Cecchetti; REICHERT, Altamira Pereira da Silva. Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 2013, v. 17, n. 13, p. 225-232. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/7419/30d6e1b74f7c68dbe7b40dde3a1875dea502.pdf>.

LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; MARCO, Mario Alfredo de. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH** ; 11(1): 19-30, jun. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-59196>.

LUZ, Susian Cássia Liz; BACKES, Marli Terezinha Stein; ROSA, Rosiane da; SCHMIT, Eudinéia Luz; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. Método Canguru: potencialidades, barreiras e dificuldades nos cuidados humanizados ao recém nascido na UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**.

2022;75(2):e20201121. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/D8Syrvy8TQLdTxzvpQ7BYDq/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 19 dez. 2022.

MAGLUTA, Cynthya; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; LEVIN, Jacques; GOMES JUNIOR, Saint Clair dos Santos; SILVA, Mauricio Gonçalves e; NORONHA, José Carvalho de. **Internação de recém-nascidos de risco em Unidades de Terapia Intensiva neonatal no Brasil**: uma análise espacial. Rio de Janeiro:

Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/PJSSaudeAmanha_Texto0069_v02.pdf. Acesso em: 13

set. 2022.

MACEDO, Diana Carla Silva de; MOURA, Gabrielly dos Santos; VENTURA, Claudiane Maria Urbano; FERREIRA, Tatiana Cristina Montenegro. **Assistência de enfermagem frente a humanização em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde, 15 p., 2022. Disponível em:

<https://tcc.fps.edu.br/handle/fpsrepo/1358>.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 16 out. 2022.

MICHAELIS. **Democratizar**. São Paulo: Melhoramentos, 2022. Disponível em:

<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/democratizar/>. Acesso em: 14 out. 2022.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; RODRIGUES, Mônica Andrade; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. **Conhecendo uma UTI neonatal**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

MOREIRA, Felice Teles Lira dos Santos; CALLOU, Regiane Clarice Macêdo; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; OLIVEIRA, Roberta Meneses. Estratégias de

comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180308, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/nWLsXWpWyYyhnCmF8J6KvbJ/?lang=pt#>.

MUFATO, Leandro Felipe; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Empatia de enfermeiras com recém-nascidos hospitalizados em unidades de terapia intensiva neonatal. **Acta Paul Enferm.** 2022; 35:eAPE00492. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-35-eAPE00492/1982-0194-ape-35-eAPE00492.x42714.pdf. Acesso em: 03 nov. 2022.

MURTINHO, Rodrigo. Trinta anos depois o lema continua vivo: “democracia é saúde, saúde é democracia!”. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 1-3, 30 jun. 2016. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1143/pdf_editorialmurtinho. Acesso em: 17 out. 2022.

MORAIS, Rita de Cássia Melão de; MARCATTO, Michelli. Humanização no cuidado neonatal: a concepção da equipe de enfermagem. **Revista de pesquisa, cuidado é fundamental**, 2014, Vol.6 (4), p.1409. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>.

NODA, Larissa Midori; ALVES, Maria Virgínia Martins Faria Faddul; GONÇALVES, Mariana Faria; SILVA, Fernanda Sotrate da; FUSCO, Suzimar de Fátima Benato; AVILA, Marla Andréia Garcia de; A humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sob a ótica dos pais. **Rev Min Enferm.** 2018;22:e-1078. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=A+humaniza%C3%A7%C3%A3o+em+Unidade+de+Terapia+Intensiva+Neonatal+sob+a+%C3%B3tica+dos+pais&btnG=.

NEVES, Raphaela Santos; ZIMMERMANN, Jennyfer; BROERING, Camilla Volpato. UTI Neonatal: o que dizem as mães. **Psicologia e saúde em debate**, 2021, Vol.7 (1), p.187-214. Disponível em: <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/728>.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 14 out. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Conjuntura da transição democrática**: da criação do cebs à constituição. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 69-152. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-06.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

PIMENTA, Por Aparecida Linhares; MELO, Mariana; TOBIAS, Lidia. **Entenda a Rede Materno Infantil - RAMI**. COSEMS/SP, 2022. Disponível em:

<https://www.cosemssp.org.br/noticias/entenda-a-rede-materno-infantil-rami/#:~:text=Maternidade%20tipo%20I%3A%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20de,ACIMA%20DE%202401%20partos%2Fano>.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 200-213, 30 abr. 2007. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7148/5060>. Acesso em: 26 set. 2022.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul Enferm.**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 1-2, jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zz4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2022.

SANTOS, Hisabela Marinheiro dos; SILVA, Laura Johanson da; GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; SANTOS, Ana Carolina Nascimento dos; ARAÚJO, Bárbara Bertolossi Marta de; SANTOS, Inês Maria Meneses dos. Banho de fralda em prematuros em unidade neonatal: a prática na perspectiva de enfermeiras. **Rev Rene**, 21:e42454, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142454>. Acesso em: 29 out. 2022.

SÁ NETO, José Antonio de; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372–377, abr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pYyrSKWCKYMLgZgJSTrGqsZ/#>.

SILVEIRA FILHO, Carlos Cezar Zachariades; SILVEIRA, Marcos Davilson Almeida da; SILVA, Josielson Costa da. Estratégias do enfermeiro intensivista neonatal frente à humanização do cuidado. **CuidArte Enfermagem**, 2019 jul.- dez.; 13(2):180-18. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/180.pdf>. Acesso em: 29 out. 2022.

SOARES, Larissa Gramazio; SOARES, Leticia Gramazio; DECESARO, Maria das Neves; HIGARASHO, Ieda Harumi. Percepção das famílias sobre o acolhimento no contexto neonatal durante um processo de intervenção. **RevFunCare Online**. 2019 jan/mar; 11(1):147-153. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6577/pdf_1. Acesso em: 30 out. 2022.

SOUZA, Kátia Maria Oliveira de; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010, v. 15, n. 2, pp. 471-480. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8VsT64JyztNqythw5hNvfwK/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 29 out. 2022.

SILVA, Pollianna Marys de Souza e; MELO, Helene Batista de; SILVA, Larissa Fernandes. Informação em saúde: práticas de humanização em UTI neonatal e seus impactos a partir das rotinas e condutas na recuperação dos recém-nascidos. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**. [online], volume 7, número

especial III. Editor responsável: Luiz Roberto de Oliveira. Fortaleza, fevereiro de 2022, p.129-142. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/resdite/article/view/78372/218214>. Acesso em: 08 jun. 2023.

SIMSEN, Cleciane Doncatto; CROSSETTI, Maria da Graça de Oliveira. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), ago. 2004, 25(2):231-42. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/4510/2447>.

SCHIMITH, Maria Denise; SIMON, Bruna Sodré ; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 479–503, nov. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/SnJzCkTdDnWXqRyd9gt8njB/>.

SOUZA, Kátia Maria Oliveira de; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 471–480, mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8VsT64JyztNqythw5hNvfwK/#>.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**. 2016, v. 40, n. 108, pp. 204-218. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em: 14 de out. 2022.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1396–1416, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/RPDE/article/view/31559/22049>. Acesso em: 18 dez. 2022.

UEMA, Roberta Tognollo Borotta; RODRIGUES, Bruna Caroline; RISSI, Gabrieli Patrício; FELIPIN, Larissa Carolina Segantini; HIGARASHI, Ieda Harumi. Cuidado centrado na família em neonatologia: percepções dos profissionais e familiares. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2020; 28:e45871. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45871>. Acesso em: 02 nov. 2022.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

APÊNDICE A - QUADRO DE COLETA DE DADOS

TÍTULO	AUTOR ANO	PLATAFORMA	PRÁTICAS	IMPORTÂNCIA	DIFICULDADES

Fonte: a autora (2022).