



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**CLÁUDIA PARESQUI ROSEIRO**

**O Cuidado ao recém-nascido em UTIN:  
concepções e práticas de Humanização**

Vitória

2010

**CLÁUDIA PARESQUI ROSEIRO**

**O Cuidado ao recém-nascido em UTIN:  
concepções e práticas de Humanização**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula.

Vitória

2010

CLÁUDIA PARESQUI ROSEIRO

**O Cuidado ao recém-nascido em UTIN:  
concepções e práticas de Humanização**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 12 de Agosto de 2010.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES  
Orientadora

---

Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira  
Universidade Federal do Pará - UFPA

---

Profa. Dra. Maria Cristina Smith Menandro  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

*Ao meu marido, Ayslan Jerônimo,  
por ser este companheiro maravilhoso e pela ajuda  
incansável ao partilhar comigo mais esse sonho. Aos meus  
pais, Nilcéia e Francisco, e meu irmão, Davi, pelo apoio  
incondicional e força constante.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte de sabedoria e de luz, que esteve presente em todos os momentos me fortalecendo e me guiando.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kely Maria Pereira de Paula, que me acompanha desde a graduação, sempre tão atenciosa e amiga, por todo conhecimento e sabedoria compartilhados nesses anos de convivência e pelo carinho e compreensão que tem por mim. Seu incentivo e dedicação foram fundamentais para a concretização deste sonho.

Ao grupo de pesquisa “Psicologia Pediátrica”, por enriquecer minha carreira acadêmica com as discussões em grupo, pesquisas e reuniões. De uma forma especial, à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Regina Fiorim Enumo que coordena brilhantemente os trabalhos, por estar sempre solícita e disposta a ajudar com suas valiosas contribuições.

Às amigas conquistadas nesse percurso: Alessandra Brunoro Motta e Erika da Silva Ferrão (quando ainda éramos do Grupo Integrado), Jucineide Della Valentina de Oliveira, Paula Coimbra da Costa Pereira, Odoisa Antunes de Queiroz, Fabiana Pinheiro Ramos, Christyne Gomes Toledo de Oliveira, Flávia Almeida Turrini e Grace Rangel Felizardo, que sempre expressaram seu apoio e companheirismo, por meio de dicas, textos e palavras de ânimo.

À Dr<sup>a</sup> Sandra Willéia Martins, por todas as “portas” que abriu nas instituições de saúde, pela atenção e gentileza ao tirar minhas dúvidas, pelas dicas valiosas e incentivo constante. Seu apoio foi muito importante na execução deste estudo, muito obrigada! Agradeço também sua participação como juíza do instrumento de coleta de dados, bem como à Dra Maria Angélica Carvalho Andrade, pelas valiosas contribuições na avaliação dos questionários.

Às alunas de Iniciação Científica, Paula Ribeiro Orrico e Sara Bertolini Depizzol, pelo empenho e dedicação a este trabalho. Sem o apoio de vocês este projeto não seria possível, muito obrigada!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, principalmente à Profª Drª Maria Cristina Smith Menandro e à Profª Drª Luziane Zacheé Avelar, pelas contribuições apresentadas no Exame de Qualificação.

À REDEPSO, por abrir espaço para que eu pudesse utilizar o *software* Alceste, pelo “suporte técnico” e pela mediação nesse processo. Agradeço à Profª Drª Zeide Araújo Trindade e, mais uma vez, à Profª Drª Maria Cristina Smith Menandro, por apresentarem o programa e pelas contribuições no projeto de pesquisa, e em especial à doutoranda Mirian Béccheri Cortez que não mediu esforços para me ajudar a processar os dados.

Aos profissionais de saúde que participaram da pesquisa, por compartilharem seu cotidiano de trabalho e seus conhecimentos, e por me ensinarem na prática o valor ético do Cuidado Humanizado.

À Srª Maria Lúcia Fajóli, secretária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, pelo apoio e atenção em seu atendimento.

Às agências de fomento – CAPES (bolsa de mestrado), FAPES e FACITEC (bolsas de Iniciação Científica).

À minha querida família, que sempre torceu e deu forças durante todo esse período. Agradeço imensamente o apoio e incentivo de todos; essa vitória também é de vocês.

A todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente na construção desse projeto. Muito Obrigada!

# SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	8
LISTA DE FIGURAS .....	9
LISTA DE APÊNDICES .....	11
LISTA DE ABREVIATURAS.....	12
RESUMO .....	13
ABSTRACT .....	15
1. INTRODUÇÃO .....	17
1.1 Constituição Histórica da Política Nacional de Humanização .....	20
1.2 Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru .....	26
1.3 O Bebê Pré-termo e Baixo Peso e seu Desenvolvimento.....	28
1.4 O Microssistema da UTIN .....	32
1.5 O problema de pesquisa e sua relevância.....	40
1.6 Objetivos .....	41
2. MÉTODO.....	43
2.1 Participantes .....	43
2.2 Local.....	46
2.3 Materiais e Instrumentos .....	48
2.4 Procedimento.....	50
2.4.1 Coleta de dados .....	50
2.4.2 Processamento e análise dos dados .....	51
2.4.2.1 Alceste.....	52
2.4.2.2 Análise de Conteúdo .....	55
2.5 Aspectos éticos.....	56
3. RESULTADOS .....	58
3.1 Ações desenvolvidas pelo setor de Humanização do Hospital .....	58
3.2 Orientações e ações da chefia da UTIN .....	60
3.2.1 Orientações para humanização do atendimento na UTIN .....	60
3.2.2 Ações preconizadas para Humanização do atendimento em UTIN .....	62

3.3	Concepções e Práticas de Humanização .....	68
3.3.1	Dados das entrevistas .....	69
3.3.1.1	Classe 1 - Categoria: Humanização .....	77
3.3.1.2	Classe 3 - Categoria: Sentimentos em Relação ao Trabalho ...	85
3.3.1.3	Classe 5 - Categoria: Participação da Família .....	91
3.3.1.4	Classe 2 - Categoria: Estimulação Oral .....	93
3.3.1.5	Classe 4 - Categoria: Cuidados com o Ambiente Sensorial.....	96
3.3.2	Dados dos Questionários de Práticas.....	99
3.3.2.1	Ambiente Físico .....	101
3.3.2.2	Manejo de Rotinas e Procedimentos .....	103
3.3.2.3	Manejo de Dor .....	105
3.3.2.4	Alimentação e Estimulação Oral.....	106
3.3.2.5	Desenvolvimento do Bebê .....	107
3.3.2.6	Participação da Família .....	108
3.3.2.7	Saúde do Profissional.....	109
3.3.3	Dados dos Protocolos de Observação .....	110
3.3.3.1	Item: Luminosidade .....	111
3.3.3.2	Item: Sonoridade .....	112
3.3.3.3	Item: Manejo de Rotinas e Procedimentos .....	114
3.3.3.4	Item: ‘Desenvolvimento do Bebê’ .....	116
3.3.3.5	Item: Participação da Família .....	117
3.3.3.6	Item: ‘Manejo da Dor’ .....	117
3.3.3.7	Item: ‘Alimentação e Estimulação Oral’ .....	118
4.	DISCUSSÃO.....	119
	REFERÊNCIAS .....	149
	APÊNDICES .....	159
	ANEXOS.....	179

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos participantes.....	45
Tabela 2 -	Caracterização das Instituições Hospitalares no ano de 2008 .....	47
Tabela 3 -	Orientações dos Responsáveis Técnicos da UTIN para humanizar a assistência ao RN .....	61
Tabela 4 -	Ações preconizadas nas UTINs para humanizar a assistência ao RN.....	63
Tabela 5 -	Palavras relacionadas à classe “Humanização” .....	77
Tabela 6 -	Palavras relacionadas à classe “Sentimentos em relação ao trabalho”....	86
Tabela 7 -	Palavras relacionadas à classe “Participação da Família” .....	91
Tabela 8 -	Palavras relacionadas à classe “Estimulação Oral” .....	94
Tabela 9 -	Palavras relacionadas à classe “Cuidados com o Ambiente Sensorial”...	96
Tabela 10 -	Respostas dos profissionais ao item Ambiente Físico do Questionário de Práticas de Humanização em UTIN .....	102
Tabela 11 -	Respostas dos profissionais ao item Manejo de Rotinas e Procedimentos do Questionário de Práticas de Humanização em UTIN.....	104
Tabela 12 -	Item Luminosidade: Frequência e Proporção dos comportamentos.....	111
Tabela 13 -	Item Sonoridade: Frequência e Proporção dos comportamentos.....	112
Tabela 14 -	Item Manejo de Rotina e Procedimentos: frequência e proporção dos comportamentos.....	114
Tabela 15 -	Item Desenvolvimento do bebê: frequência e proporção dos comportamentos.....	116
Tabela 16 -	Item Participação da família: frequência e proporção dos comportamentos.....	117
Tabela 17 -	Respostas dos profissionais ao Questionário Práticas de Humanização em UTIN – frequência(f) e proporção (p).....	179

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 -	Dendrograma do <i>corpus</i> analisado.....	70
FIGURA 2 -	Divisão das classes pelo Alceste.....	71
FIGURA 3 -	Análise Fatorial de Correspondência: correlação entre palavras significativas nos planos fatoriais.....	73
FIGURA 4 -	Análise Fatorial de Correspondência: Correlação entre as palavras com asterisco (*).....	75
FIGURA 5 -	Proporção das Respostas dos profissionais por subcategorias para a questão de Evocação sobre “Cuidado Humanizado”.....	84
FIGURA 6 -	Proporção das respostas dos profissionais ao Questionário Práticas de Humanização em UTIN.....	101
FIGURA 7 -	Proporção das respostas dos profissionais ao item Manejo da Dor.....	105
FIGURA 8 -	Proporção das respostas dos profissionais ao item Alimentação e Estimulação Oral.....	106
FIGURA 9 -	Proporção das respostas dos profissionais ao item Desenvolvimento do Bebê.....	107
FIGURA 10 -	Proporção das respostas ao item Participação da Família.....	108
FIGURA 11 -	Proporção das respostas ao item Saúde do Profissional.....	109

FIGURA 12 -	Frequência dos comportamentos apresentados pelos profissionais
	no item Alimentação e Estimulação Oral.....118

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A:	Roteiro de entrevista Coordenador da Humanização Hospitalar.....	159
APÊNDICE B:	Roteiro de Entrevista Responsável Técnico da UTIN.....	160
APÊNDICE C:	Roteiro de Entrevista Profissionais de Saúde.....	161
APÊNDICE D:	Questionário Práticas de Humanização – versão profissional de saúde.....	163
APÊNDICE E:	Protocolo de Observação.....	169
APÊNDICE F:	Termo de Consentimento para a Execução de Pesquisa.....	175
APÊNDICE G:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	177
APÊNDICE H:	Tabela 17 - Respostas ao Questionário Práticas de Humanização em UTIN – frequência(f) e proporção (p).....	179

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIG	Apropriado para a Idade Gestacional
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
AHRNBP-MC	Atenção Humanização ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru
ALCESTE	Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto
BP	Baixo Peso
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
ENF	Enfermeiras
FISIO	Fisioterapeutas
FONO	Fonoaudiólogas
GIG	Grande para a Idade Gestacional
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
MC	Método Canguru
MED	Médicos
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
NIDCAP	<i>Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PSI	Psicólogas
PT	Pré-termo

RN	Recém-nascido
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TEC	Técnicas de Enfermagem
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Roseiro, Cláudia Paresqui (2010). **Cuidado ao Recém-nascido em UTIN: Concepções e Práticas de Humanização**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 181 p.

## RESUMO

Este trabalho investigou a concepção de Humanização e as práticas de cuidado de uma equipe de 35 profissionais de saúde em 3 UTINs de Vitória, ES. Os dados levantados mediante entrevistas semi-estruturadas, questionários e protocolos de observação foram submetidos à análise qualitativa e quantitativa, com o recurso do *software* Alceste. A análise lexical das entrevistas gerou 5 classes divididas em dois blocos, com conteúdos opostos no plano fatorial: Bloco A “Aspectos Relacionais” (Humanização, Sentimentos em Relação ao Trabalho e Participação da Família); e Bloco B “Aspectos Técnicos” (Estimulação Oral e Cuidados com o Ambiente Sensorial). No tocante às práticas de cuidado, “Manejo de Rotinas e Procedimentos” e “Participação da Família” foram as ações mais realizadas. Nas observações dos profissionais os itens mais frequentes foram “Participação da família”, “Sonoridade”, “Alimentação e estimulação oral” e “Manejo de rotinas e procedimentos”. Na UTIN, apesar da ênfase dada aos aspectos emocionais, as relações profissional-bebê se restringem aos aspectos da rotina e execução dos procedimentos. Isto pode relacionar-se tanto à complexidade da condição de saúde dessa população, quanto ao desânimo e desgaste gerados pelas condições de trabalho, desvalorização profissional e falta de tempo do cuidador para relações mais próximas com seu paciente. A Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso–Método Canguru (AHRNBP-MC) apresenta estratégias interventivas que promovem mecanismos de proteção para o desenvolvimento do recém-nascido, todavia, não é bem

conhecida pelos profissionais, sendo compreendida mais como uma diretriz de trabalho do que como um suporte teórico-prático. Espera-se que os resultados auxiliem na elaboração de programas de intervenção com profissionais de saúde, contribuindo para a melhoria na qualidade do atendimento ao recém-nascido internado em UTIN.

Palavras-chave: 1) Humanização; 2) Recém-nascido; 3) UTIN; 4) Profissional de Saúde.

Área(s) de conhecimento: 7.07.00.00-1 Psicologia.

Subárea(s) de conhecimento: 7.07.07.01-4 Desenvolvimento.

Financiamento: CAPES (bolsa de mestrado), FAPES e FACITEC (bolsas de iniciação científica).

## **ABSTRACT**

This work aimed at investigating the conception of humanization and caring practices of the caretakers in 3 NICUs in the Metropolitan region of Vitória – ES. The sample was composed of 35 participants: 29 health professionals, 2 coordinators of Hospital Humanization, 2 NICU's technicians and 2 nurses. The data collection was performed through semi-structured interviews, questionnaires and observational protocols. Data obtained through interviews were subjected to qualitative and quantitative analysis with the aid of software Alceste and data of the questionnaire subjected to descriptive statistics. From the lexical analysis of the professionals' interviews, five classes were obtained, divided in 2 groups, were presented in opposing positions in the factorial plan: Group A – Relational Aspects: “Humanization”, “Feelings Related to Work” and “Family's Participation”; and Group B – Technical Aspects: “Oral Stimulation” and “Caring about Sensory Environment”. In relation to care practices, it was possible to observe that the actions related to the items “Handling of Routines and Procedures” and “Family's Participation” were indicated as the most performed ones. The items which had more frequency of answers in the observations were the following: “Family's participation”, “Sonority”, “Feeding and oral stimulation” and “Routine and procedure handling”. In the NICU, in spite of the emphasis given to the emotional aspects, the relation between the professional and the baby tend to the aspects of care routine and procedure execution. This may be related to the complexity of the health picture of this population and the lack of encouragement and the wastage generated by the work conditions, professional devaluation and the lack of time that this caretaker has for setting a closer relation with the patient. The Humanized Care of Low-birth Height Infants – Kangaroo Mother Care (AHRNBP-MC) presents a group of intervening

strategies that promotes mechanisms of protection for the newborn's development, but it does not seem to be much known by the professionals and it is more understandable as a work line than a practical-theoretical support. It is hoped that the obtained results are added to the studies which show the view of humanization policies in Espírito Santo and help in the elaboration of intervention programs with health professionals contributing to an improvement in the quality of newborn's care in the NICU.

Key-words: 1) Humanization; 2) Newborn; 3) NICU; 4) Health Professionals.

## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge como uma proposta de aprimorar a qualidade no atendimento à saúde da população, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, destacando o processo subjetivo do ato de cuidado. A Humanização propõe, para tanto, um conjunto de estratégias que buscam tornar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) disparadores de mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde (Brasil, 2004).

Na assistência à criança, em âmbito ministerial, a Humanização direciona-se mais ao atendimento de bebês de baixo peso, internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (AHRNBP-MC) é o modelo de assistência preconizado, incluído na política governamental, a partir de 2000, que propõe uma mudança institucional visando ao cuidado integral ao recém-nascido e sua família (Lamy, 2006; Brasil, 2000).

Os avanços na área da Neonatologia foram fundamentais para o aumento da sobrevivência de neonatos cada vez menores, contudo, a preocupação com a qualidade de vida dessas crianças tornou-se uma questão mais constante (Costa & Monticelli, 2005; Henning, Gomes & Gianini, 2006; Rugolo, 2005). Assim, a atenção humanizada ao recém-nascido (RN) internado em UTIN se caracteriza por uma proposta que eleva o padrão técnico do atendimento conjugado à assistência integral ao bebê e sua família, por meio do aprimoramento da conduta técnica e da postura profissional (Brasil, 2002; Kernkraut & Andreoli, 2008).

Nesse sentido, partindo-se da importância da atuação da equipe de saúde, nos últimos anos, vários estudos têm voltado seu interesse para a percepção desse profissional sobre seu processo de trabalho e a humanização do cuidado. Beck,

Gonzales, Denardin, Trindade e Lautert (2007), em sua pesquisa sobre a humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem, verificaram que os profissionais, embora tenham realizado uma avaliação positiva sobre a instituição na qual trabalham, apresentaram vontade de reivindicar melhores condições de trabalho e já presenciaram, em algum momento, situações de mau atendimento ao usuário. Os autores concluíram, assim, que a humanização do atendimento implica em transformações de âmbito político, administrativos e subjetivos, aliados aos recursos materiais e ao ambiente de trabalho.

Henning, Gomes e Gianini (2006) procuraram identificar os conhecimentos e as práticas dos médicos e enfermeiros sobre a AHRNBP-MC. Os resultados encontrados apontaram que os profissionais não identificavam o Método pelo seu nome, atendo-se somente à palavra *Canguru* e, concluíram que eles possuíam conhecimento teórico sobre o tema, porém, ainda não o utilizavam plenamente em sua prática, apontando a necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde que cuidam do RN.

Rolim e Cardoso (2006) realizaram uma pesquisa cujo objetivo era averiguar a opinião da enfermagem sobre a humanização do cuidado ao RN de risco em UTIN e seus familiares. Com o levantamento das temáticas humanização, sensibilização, conscientização e cuidado, as autoras concluíram que se faz importante o envolvimento do cuidador e do ser cuidado, e tal como o estudo de Henning et al (2006) ressaltam a necessidade de educação e sensibilização do profissional no cuidado ao RN de risco, com a comunhão do discurso com a prática.

Amestoy, Shwartz e Thofehr (2006), em seu estudo realizado com enfermeiras em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), encontraram duas categorias de análise: humanização do processo de trabalho e lacunas da humanização do processo de trabalho. As autoras verificaram que humanização para os informantes, nesse contexto,

era um produto da capacidade de se colocar no lugar do outro e da necessidade de incorporar o amor nas relações profissionais e interpessoais; e que na humanização do processo de trabalho sobressaíam-se as respostas relacionadas à desvalorização do trabalhador. Quanto às lacunas, identificaram que o ambiente hospitalar contribui para acidentes de trabalho, situações de estresse, fadiga física e mental. Ainda, que a humanização está muito ligada ao doente, desvinculada do profissional, tendo a maioria dos profissionais considerado o não envolvimento emocional uma forma de proteção.

Em pesquisa etnográfica, Vila e Rossi (2002), por meio de observação participante e entrevistas com os profissionais da enfermagem em UTI, objetivando compreender o significado cultural do Cuidado Humanizado, encontraram o tema: Cuidado Humanizado - muito falado e pouco vivido. As autoras constataram que a compreensão da equipe sobre este tipo de assistência propõe amar ao próximo como a si mesmo, contudo, não está presente em sua prática como deveria estar. Os informantes também afirmaram que é preciso cuidar de quem cuida, devido ao estresse e sofrimento vivido pelo profissional nesse ambiente. Por meio da observação do contexto real da terapia intensiva a pesquisa indicou a dicotomia existente entre teoria e prática.

Percebe-se nesses estudos que a Humanização, de um modo geral, é mais identificada com os elementos relacionais e subjetivos do cuidado, envolvendo uma sensibilização dos profissionais de saúde para tal. Nesse sentido, destacam-se o processo de educação continuada e a melhoria nas condições de trabalho, como formas de tentar viabilizar que estes conhecimentos se concretizem em seu cotidiano.

A presente dissertação de mestrado pretende conhecer as concepções de humanização que os profissionais de saúde que atuam em UTIN possuem, além de investigar as práticas realizadas pelos mesmos na realização dos cuidados ao bebê. Busca-se, dessa forma, realizar uma análise do contexto ecológico de desenvolvimento

do RN de risco internado na unidade neonatal, descrevendo os conhecimentos e as ações de humanização desenvolvidas, e realizando uma avaliação inicial desses serviços a partir da compreensão das influências bi-direcionais entre os diferentes contextos desenvolvimentais.

## **1.1 Constituição Histórica da Política Nacional de Humanização**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 com o objetivo de reordenar os serviços e ações na área da saúde, em contraposição a um modelo de assistência excludente, a partir dos princípios de Universalidade, Equidade, Descentralização, Participação e Integralidade (Carvalho, Martin & Cordoni Jr, 2001; Luz, 1991). A Saúde no Brasil passa, então, por uma grande reformulação, avançando significativamente com a expansão da rede de assistência, a territorialização, municipalização dos serviços, e estratégias de democratização da gestão e de controle social (Andrade & Araújo, 2003). Apesar dos avanços alcançados, algumas questões permaneceram sem resolução, tais como a dificuldade de acesso e a assimetria no relacionamento profissional-paciente, corroborando para uma insatisfação com o atendimento prestado à população.

Buscando melhorar esse quadro, vários projetos e programas foram criados pelos diferentes serviços de saúde e pelo próprio Ministério da Saúde (MS), dentre eles destacam-se: Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em 1990; Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, todos em 2000; e Programa de Acreditação Hospitalar, em 2001. Essas e outras iniciativas passaram a configurar o campo da humanização na Saúde, se

estabelecendo em torno da qualidade na atenção e satisfação do usuário (Benevides & Passos, 2005b).

Todavia, essas várias ações foram se estabelecendo de forma fragmentada e diferentes sentidos foram sendo atribuídos ao termo Humanização nos diferentes programas. Vários autores apontam uma imprecisão do conceito, identificado ao voluntarismo, a atitudes humanistas, aos movimentos religiosos, ao assistencialismo e à filantropia, certamente contribuindo para uma banalização da temática Humanização na saúde (Benevides & Passos, 2005a, 2005b; Brasil, 2004; Ferreira, 2005). Já Deslandes (2004) e Linhares et al (2004) questionam a utilização da terminologia “humanização” no processo de cuidado em saúde. Uma vez que esse processo já ocorre entre “humanos”, poderia ser caracterizado como uma redundância. Para estas autoras, por exemplo, é preferível a utilização da terminologia “abordagem desenvolvimental” à “abordagem da humanização” no tratamento ao bebê em UTIN.

Uma análise sobre o discurso oficial do MS em relação à Humanização foi realizada por Deslandes (2004). A autora discutiu as idéias centrais da temática como oposição à violência, colocada como antítese do diálogo e do reconhecimento do outro em sua humanidade, além da oferta de um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria das condições de trabalho do profissional de saúde, e ampliação do processo comunicativo.

Em sua revisão de literatura, Goulart e Chiari (2010) discutem a proposta da humanização a partir de sua concepção como política de saúde e como prática profissional, apresentando-a como um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer projeto de saúde. Os estudos apontaram que a proposta da Humanização está relacionada ao respeito à diferença, à valorização do protagonismo dos sujeitos (profissionais e pacientes) e à centralidade do diálogo nas relações,

implicando, assim, em mudanças nas estruturas, na forma de trabalhar e também nos diversos atores. Os autores concluíram que ainda existem vários obstáculos a serem superados para esse fim, já que nem sempre os princípios como integralidade e equidade são utilizados.

Uma revisão histórica sobre o conceito de humanização foi realizado por Deslandes (2006) apontando os vários fatores de “desumanização” na área da saúde, tanto de ordem estrutural (como a formação profissional biomédica, a organização dos serviços de saúde, a estrutura hierárquica social e de prestação de cuidados) como de ordem interacional (relações de conflito, subordinação ou cooperação em tre profissionais e pacientes). De forma análoga, Martins (2003) afirma que o modelo de assistência à saúde foi historicamente construído como “desumano”, caracterizando-se, principalmente, pelo distanciamento entre o profissional e o paciente. Esses fatores são decorrentes, em grande parte, da ênfase dada à racionalidade científica e à técnica em detrimento dos aspectos mais subjetivos do ato de cuidado na constituição do saber médico e das instituições hospitalares (Amestoy, Shwartz & Thofehern, 2006; Costa, Figueiredo & Shawrich, 2009; Foucault, 1979a, 1979b; Martins, 2004).

A proposta da humanização surge como um meio de valorização e reconhecimento dos aspectos subjetivos e relacionais do cuidado, apontando a indissociabilidade entre essas variáveis e as do âmbito técnico na prestação do serviço em saúde (Ferreira, 2005). Nesse sentido, a humanização objetiva a qualificação da assistência à saúde a partir da conjugação entre a “tecnologia” com o “fator humano e de relacionamento” (Brasil, 2004), entendendo o cuidado não somente como simples exercício da atividade profissional, mas como forma de ser e de se relacionar com o paciente (Waldow, 2006).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi criado pelo MS, no ano de 2000, como proposta de melhorar as relações entre profissionais e usuários, bem como entre hospital e comunidade, promovendo uma nova cultura de atendimento à saúde (Brasil, 2000; Deslandes, 2004). Este programa surgiu a partir da constatação de que a clientela se encontrava insatisfeita com a qualidade do atendimento que recebia, principalmente, quanto ao aspecto relacional com os profissionais de saúde. É nesse sentido que o PNHAH, entre suas diretrizes, destaca o aprimoramento técnico e emocional dos trabalhadores da saúde, visando um aperfeiçoamento de seu atendimento ao usuário (Beck, Gonzales, Denardin, Trindade & Lautert, 2007; Nogueira-Martins & Macedo, 2008).

Incorporando muitos aspectos do PNHAH, e prosseguindo com as ações acerca da humanização no campo da Saúde, o MS propôs a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003. Essa é uma proposta que visa tornar os princípios do SUS disparadores de mudança nos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, buscando incentivar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2005) entende o conceito “humanização” a partir da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Dessa forma, define que:

A Humanização pretende uma nova relação entre usuários, os profissionais que os atendem e a comunidade. Todos juntos trabalhando para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, com locais mais confortáveis. Que atenda bem a toda comunidade respeitando as diferenças raciais e culturais (p.3).

Por envolver todas as pessoas que participam do processo de produção de saúde, a PNH atende a importantes reivindicações, se caracterizando, como nos aponta Santos-Filho e Barros (2007), como uma política que destaca o aspecto subjetivo do ato de

cuidado, visando a alteração de modelos de atenção e de gestão. Afirma-se, nesse sentido que:

Não há como pensar em práticas de saúde sem considerar que estas práticas acontecem entre homens, entre pessoas que se encontram, interagem, que sentem, que têm interesses e desejos, que têm medos, que têm uma história. É preciso valorizar esta dimensão humana no processo de produção de saúde, ou seja, reconhecer que cada cidadão elabora individualmente um modo próprio de viver, e que é possível, portanto, tecer outras maneiras de aprender, de amar, de existir. (Brasil, 2005, p.22)

A comunicação, dessa forma, é colocada como eixo central para o estabelecimento de uma assistência humanizada, a qual se pauta nas necessidades apontadas pelos pacientes e seus familiares e pela equipe de saúde. Dessa forma, afirma-se que humanizar também é garantir a qualidade da comunicação entre paciente, família e equipe, compreendendo o outro em sua singularidade e em suas necessidades (Deslandes, 2004; Oliveira & Macedo, 2008).

A Humanização na área da Saúde, assim, deve ser vista não como um programa (como o PNHAH), mas como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS, pressupondo a qualificação deste sistema. Humanizar a assistência, nesse sentido, seria ofertar um atendimento de qualidade unindo os avanços tecnológicos com o acolhimento, e melhorando os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais de saúde (Brasil, 2004).

Entre os princípios norteadores da PNH encontram-se: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional; o apoio à construção de redes cooperativas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo, a co-responsabilidade no processo de gestão e atenção; o fortalecimento do controle social (participação) e o compromisso com a democratização das relações de trabalho; e também a valorização dos profissionais de saúde (Brasil, 2006a).

Percebe-se a importância fundamental do profissional na construção dessa nova cultura de atenção à saúde (Mota, Martins & Vêras, 2006), devendo, portanto, receber investimentos variados, tanto em relação à educação e treinamentos, quanto à valorização profissional e melhores condições de trabalho (Goulart & Chiari, 2010; Oliveira, Lopes, Vieira & Collet, 2006; Santos-Filho, 2007). Além disso, deve-se buscar estratégias de promoção à saúde do profissional e de sua instrumentalização para lidar com as situações assistenciais cotidianas, que associadas às demandas de serviço e dificuldades institucionais, podem levá-lo ao adoecimento físico e psíquico (Andreis, Chitero & Silva, 2008; Brasil, 2002; Oliveira et al, 2006; Oliveira, Tristão & Neiva, 2006; Pérez-Ramos, 2004).

Essas estratégias de qualificação e valorização profissional associam-se, ainda, às propostas de inclusão deste no processo de análise de informações e tomada de decisões no serviço, caracterizando o Método de Gestão Estratégica (Brasil, 2006a). Neste modelo de gestão, incluem-se não só os trabalhadores, mas também os usuários e seus familiares. Essas e outras medidas de humanização podem ser implementadas pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), um dispositivo para implementação de ações que objetiva a melhoria dos processos de trabalho e da qualidade do atendimento à saúde (Brasil, 2006b). Além de coordenar essas ações, o GTH também atua de forma a promover o debate sobre formas mais humanizadas de assistência dentro do serviço e busca integrar as variadas iniciativas, uma vez que o trabalho em saúde caracteriza-se pela fragmentariedade dos atos (Nogueira, 1997).

## **1.2 Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru**

A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, lançada pelo MS, por meio da portaria nº. 693 de 5 de julho de 2000, surgiu como uma tentativa de mudar a postura na abordagem perinatal com a humanização da assistência prestada. A partir de um equilíbrio no atendimento das necessidades biológicas, ambientais e familiares, busca-se uma adaptação técnica e atitudinal que possa promover a humanização do atendimento. Dessa forma, a Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC) objetiva “maior apego entre mãe e criança, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança da criança” (Brasil, 2000, p.1).

Com o objetivo de solucionar a superlotação das unidades neonatais, o Método Mãe Canguru (MMC) foi criado em 1978, em Bogotá, na Colômbia, e consistia em colocar o bebê em contato pele a pele com a mãe, entre seus seios, na posição supina (Charpack, 1999, como citado em Lamy, Gomes, Gianini & Hennig, 2005). Desse modo, os bebês eram mantidos aquecidos com o calor proveniente do corpo da mãe e permaneciam por um tempo menor na incubadora e, conseqüentemente, no hospital. Com o tempo e desenvolvimento dos estudos subseqüentes, foi possível averiguar muitas outras vantagens dessa experiência, tais como: promoção do vínculo mãe-bebê e do desenvolvimento da criança.

No Brasil, o Método Canguru (MC) se insere em uma proposta mais ampla de humanização, sendo incluída na Política Governamental de Saúde Pública e indo além da Posição Canguru propriamente dita. Este método também propõe uma “mudança institucional na busca da atenção à saúde centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família” (Brasil, 2000, p.1). É um tipo de assistência neonatal

que preconiza o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido (RN) de baixo peso (BP), de forma crescente e pelo tempo que a díade perceber como prazeroso e suficiente, buscando uma maior participação dos pais e da família no cuidado do filho.

A aplicação do MC ocorre em três etapas. Na primeira, na qual o bebê de BP necessita de internação na unidade e não está apto a ir para o alojamento conjunto, deve-se orientar a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança e estimular seu livre e precoce acesso à unidade neonatal. A família deve ser adequadamente acompanhada e orientada durante essas visitas, buscando estimular a amamentação e o contato tátil com a criança. Nas situações em que a condição clínica da criança permitir, o contato direto pele a pele entre mãe e criança poderá ser iniciado. Na segunda etapa, na qual o RN se encontra estabilizado e pode ser acompanhado continuamente pela sua mãe, eles estarão aptos a permanecerem na enfermaria conjunta, onde a posição canguru poderá ser realizada pelo maior tempo possível. A terceira etapa se caracteriza pela alta hospitalar e pelo acompanhamento ambulatorial, com a devida motivação para a mãe dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade e realizar o método por 24 horas/dia (Brasil, 2000).

No Brasil, a proposta de humanização da assistência neonatal foi influenciada pela Pediatria do Desenvolvimento e pelo *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), que se baseia em um atendimento individualizado, por meio de uma atuação profissional interdisciplinar, com vistas a favorecer o desenvolvimento do RN e agir como facilitador do vínculo mãe-bebê.

O NIDCAP fundamenta-se no Cuidado Desenvolvidor, proposta de intervenção cujo objetivo é promover um desenvolvimento harmonioso do RN PT e BP, utilizando-se de estratégias comportamentais, sobre a relação entre a criança e seus pais, e de estratégias de adequação ambiental, sobre o nível de luminosidade, ruído e

manipulação do bebê. A adoção de tais estratégias é altamente dependente da ação da equipe de profissionais que atuam em UTIN, como afirmam Pierrat et al (2007).

Percebe-se, dessa maneira, a importância de se ofertar também no atendimento neonatal, juntamente com a assistência médica, o Cuidado Desenvolvimental, abrangendo os cuidados técnicos com o bebê (referentes ao ambiente sensorial, alívio/conforto da dor, e atenção às suas necessidades particulares), o acolhimento à família e a promoção do vínculo entre mãe e bebê e incentivo ao aleitamento materno, além do acompanhamento ambulatorial após sua saída da unidade neonatal (Lamy et al, 2005).

A proposta brasileira do MC visa não somente melhorar o atendimento técnico, pois este deve ser um atendimento fundamentado na integridade do ser, e requer também mudança na postura profissional (Brasil, 2002). Essa mudança no cuidado neonatal proposta pelo MC se baseia em quatro pressupostos básicos, conforme apontado por Henning, Gomes e Gianini (2006): acolhimento do bebê e sua família, respeito à individualidade, promoção do contato pele a pele o mais precoce possível, e o envolvimento da mãe nos cuidados do bebê. Assim, a AHRNBP-MC pode ser caracterizada pela qualificação do cuidado baseada na atitude dos profissionais de saúde diante do bebê e de sua família, não limitando a assistência aos conhecimentos técnico-científicos, mas buscando construir uma rede social de apoio para a mãe, contribuindo, por sua vez, para a diminuição dos efeitos negativos da internação neonatal (Lamy et al, 2005).

### **1.3 O Bebê Pré-termo e Baixo Peso e seu Desenvolvimento**

A Organização Mundial de Saúde define o RN pré-termo como aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas. Além dessa categoria, o RN pode ser

classificado de acordo com o peso ao nascimento e com a adequação desse peso à idade gestacional. Quanto ao peso ao nascimento, os RN são considerados Baixo Peso quando apresentam 2,5 kg ou menos, podendo ser identificados como Muito Baixo Peso (menos de 1,5 kg) e Extremo Baixo Peso (menos de 1,0 kg) (Call, 1996). Quanto a adequação do peso ao nascimento à idade gestacional, podem ser classificados como Adequado para a Idade Gestacional (AIG), Pequenos para Idade Gestacional (PIG) e Grande para a Idade Gestacional (GIG) (Call, 1996; Sweet, 1982).

A relação entre a idade gestacional e peso ao nascimento são de extrema importância quando se quer estabelecer um prognóstico acerca da mortalidade, morbidade<sup>1</sup> e do desenvolvimento do RN pré-termo de baixo peso, constituindo-se em fator de alto risco para o desenvolvimento da criança (Bordin, 2005; Linhares, Bordin & Carvalho, 2004; Linhares et al., 2004; Rugolo, 2005). Devido a essa condição de vulnerabilidade biológica os RN pré-termo e de baixo peso podem apresentar várias intercorrências de saúde, tais como: asfixia perinatal, instabilidade térmica, transfusão placentária, insuficiência respiratória, crises de apnéia, persistência do canal arterial, distúrbios metabólicos, infecções adquiridas, hemorragia intracraniana, retinopatia da prematuridade, dentre outras (Call & Saccuman, 1996). A detecção precoce e o atendimento adequado dessas intercorrências são de grande relevância para a integridade neurológica do bebê e de suas potencialidades intelectuais.

Essas complicações perinatais, bem como as condições de prematuridade e BP imprimem ao RN uma condição de vulnerabilidade decorrente da imaturidade dos sistemas funcionais de seu organismo, sobretudo o de organização do Sistema Nervoso Central (SNC). Esse fator associado às condições ambientais adversas da UTIN, tais como iluminação excessiva, ruídos intensos, e manuseio constante, podem acarretar

---

<sup>1</sup> “Indicador estatístico epidemiológico que define as relações normais e anormais de ocorrência de uma doença em determinada população, estabelecido pelos coeficientes de incidência e prevalência, aferindo o comportamento de uma doença em um grupamento populacional” (Dicionário Digital de Termos Médicos, 2007).

efeitos deletérios sobre o cérebro imaturo do RN e, conseqüentemente, sobre o seu desenvolvimento (Als & Gilkerson, 1997; Als et al, 2004; Brasil, 2002; Corrêa, 2005; Grunau, 2007).

Dessa forma, o RN PT e BP internado em UTIN encontra-se exposto a múltiplos fatores de risco biológicos e ambientais, necessitando de intervenções preventivas ou remediativas que incidam sobre seus recursos potenciais. Esses fatores podem, ainda, estar associados a outros fatores de risco ao desenvolvimento sadio da criança, como no caso dos fatores psicossociais, constituindo uma situação de múltiplo risco para a trajetória desenvolvimental (Aylward, 2009; Klein & Linhares, 2006). Quando diferentes fatores de risco coexistem na vida de uma criança, pode ocorrer o que Linhares, Bordin e Carvalho (2004) apontam como “efeito multiplicador” o qual forma uma cadeia retroalimentada de eventos negativos, em que um agrava o outro e assim sucessivamente.

As varáveis ambientais, em contrapartida, podem atuar tanto como fatores de risco ou como mecanismos de proteção sobre as condições de risco biológico e psicossociais apontadas (Linhares, Carvalho, Correia, Gasparido & Padovani, 2006). Destaca-se, nessa categoria, o ambiente familiar, especificamente a interação mãe-filho, o qual se constitui como um mecanismo de proteção singular, no caso do bebê pré-termo e baixo peso (Andreadi, Custodio & Crepaldi, 2006; Dessen & Silva, 2004; Klein & Linhares, 2006; Linhares et al., 2004; Linhares, et al., 2006).

Os bebês PT e BP enfrentam ao nascer um período de separação de sua mãe e de privação de contato com seus pais, podendo ter prejuízos na formação de laços afetivos e na experiência do apego, com conseqüências negativas em sua trajetória desenvolvimental, devido à importância das relações estabelecidas nos momentos iniciais de vida do bebê (Bowlby, 1997; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Klaus,

2001). Vários estudos apontam os efeitos negativos da separação precoce e prolongada entre mãe e bebê para o desenvolvimento, afirmando que uma relação estável e permanente durante os primeiros anos de vida são consideradas de vital importância para a dimensão psicoafetiva do RN (Böing & Crepaldi, 2004; Brasil, 2002; Gaspareto & Bussab, 1994; Lamy, 2006; Linhares et al, 2004; Seidl-de-Moura, 2009; Spitz, 1987).

Um ambiente familiar adequado, que apresenta aspectos favorecedores (como responsividade parental, oportunidades de estimulação desenvolvimental e aceitação do comportamento da criança), pode constituir-se numa variável moderadora, podendo reduzir ou compensar os efeitos adversos do risco neonatal (Linhares, Martins & Klein, 2004). Uma variável moderadora é aquela que se interpõe na relação entre a variável preditiva e a variável de desfecho, conforme afirmam Baron e Kenny (1986) e, dessa forma, pode promover o processo de resiliência nesses bebês e em sua família, que consiste no adequado enfrentamento das adversidades nessa interação entre fatores de risco e mecanismos de proteção (Linhares et al, 2004). Um ambiente familiar inadequado, em contrapartida, com baixa responsividade parental, pouca sensibilidade aos sinais comunicativos do bebê, e condição socioeconômica de pobreza, por exemplo, pode ser considerado como um fator de risco ao desenvolvimento (Aalsvoort & Opp, 2004; Aylward, 2009; Klein & Linhares, 2006; Linhares et al., 2006; Linhares et al., 2004; Rugolo, 2005).

Nesse sentido, torna-se relevante a realização de intervenções nos diferentes contextos e ambientes nos quais o bebê PT e BP participa, com vistas a promover os aspectos favorecedores ao seu desenvolvimento buscando diminuir os efeitos adversos de suas condições neonatais.

## 1.4 O Microsistema da UTIN

A teoria Bioecológica de Bronfenbrenner tem se mostrado bastante interessante para o estudo do desenvolvimento humano, uma vez que o retrata de forma ampla, baseando-se nas interações das pessoas em seus variados contextos (Bronfenbrenner, 1986, 2011; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Dessen & Silva, 2004; Linhares et al., 2004; Poletto & Koller, 2008). Bronfenbrenner (2002) define “desenvolvimento” como uma mudança duradoura na forma como o ser desenvolve percebe e lida com seu ambiente ecológico, o qual contempla diferentes níveis, encaixados um dentro do outro, indo do mais interno (o ambiente mais imediato) ao mais distanciado (nem sempre presente) da pessoa.

O meio ambiente ecológico é compreendido de forma diferenciada, incluindo os variados ambientes que influenciam a pessoa, mas também são influenciados por ela, além das múltiplas interconexões que se estabelecem entre esses contextos (Bronfenbrenner, 2011). Assim, é possível adotar essa concepção teórica na compreensão do RN PT e BP e das relações que com ele se estabelecem (apego materno e cuidado da equipe de saúde) a partir da sua entrada na UTIN.

Bronfenbrenner (2002), então, define quatro níveis de ambiente: Micro, Meso, Exo e Macrossistema, organizados como encaixes concêntricos. O Microsistema é o ambiente ecológico mais próximo, contendo um conjunto de atividades, papéis e relações interpessoais de forma mais imediata. Seguindo este modelo, a UTIN pode ser considerada o Microsistema do RN PT e BP (Linhares et al., 2004). O Mesossistema pode ser definido como a inter-relação entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa participa ativamente e, no caso dos RN, são as relações estabelecidas entre a família e a UTIN.

Um Exossistema é definido por Bronfenbrenner (2002) como “um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante ativo, mas no qual ocorrem eventos que afetam, ou são afetados, por aquilo que acontece no ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento” (p.21). Nesse sentido, considera-se a equipe gestora, tanto do hospital como da UTIN, como um Exossistema muito importante para o RN, uma vez que suas decisões podem interferir diretamente sobre o tipo e a qualidade assistencial na unidade neonatal. A política de Humanização, por sua vez, pode ser considerada como parte do Macrossistema, por compreender o conjunto de leis, normas, valores, formas de governo e padrões culturais de uma determinada sociedade (Diniz & Koller, 2010; Poletto & Koller, 2008).

Como o microsistema da UTIN é o primeiro contexto desenvolvimental do RN enfermo, sendo seu ambiente mais imediato, exerce grande influência em suas experiências iniciais e trajetória de desenvolvimento por meio de características específicas de sua natureza (Polonia, Dessen & Silva, 2005). No que diz respeito às relações interpessoais na UTIN, estas são estabelecidas, em sua grande maioria, entre bebê-profissional, bebê-família e profissional-família, e se constituem em aspectos fundamentais para o desenvolvimento do RN (Aspesi, Dessen & Chagas, 2005; Martins de Barros & Trindade, 2007)).

A interligação entre esses ambientes (família e UTIN) é de fundamental importância para o bebê, uma vez que a existência de ligações “que encorajam o desenvolvimento de confiança mútua, de uma orientação positiva, de um consenso de objetivos e de um equilíbrio de poder responsivo à ação em benefício da pessoa desenvolvente” aumenta o potencial desenvolvimental de um mesossistema (Bronfenbrenner, 2002, p.167). Dessa forma, uma boa relação entre a equipe e a

família do bebê, com o incentivo à presença da família na unidade neonatal e à sua participação nos cuidados com o bebê contribuem para o desenvolvimento do RN.

Com os significativos avanços em Neonatologia, a instalação de modernas unidades de terapia intensiva, a qualificação de recursos humanos e a especialização tecnológica, garantiu-se a sobrevivência de crianças cada vez menores (Costa & Monticelli, 2005). Embora a UTIN seja um ambiente construído com o objetivo principal de proteger o RN buscando lhe assegurar a sobrevivência, sabe-se que ela se constitui, ao mesmo tempo, como fonte de condições geradoras de transtornos para seu desenvolvimento (Guinsburg, 1999; Linhares et al., 2004; Scochi et al., 2001).

A UTIN é um ambiente bem diferente do útero materno, cujo meio era líquido, com ausência de gravidade, os estímulos auditivos eram filtrados e os estímulos visuais bem atenuados, com contenção e estimulação vestibular, tátil e cinestésica, oferecendo experiências sensoriais rítmicas e cíclicas, mediadas pelos ritmos da mãe (Brasil, 2002). Na Unidade Neonatal, ao contrário, o RN sofre o impacto da gravidade sobre seus movimentos, há um alto nível sonoro, intensa iluminação, excesso de manipulação, submissão a procedimentos invasivos e dolorosos, bem como restrição de contato com a mãe.

Essa condição de superestimulação ambiental e de submissão a procedimentos invasivos e dolorosos não é compatível com a capacidade de auto-regulação do RN PT e BP acarretando-lhe estresse e uma desorganização geral. O estresse aumenta o nível de cortisol em seu organismo, podendo gerar danos ao desenvolvimento do SNC (Als & Gilkerson, 1997; Als et al, 2004).

Vários estudos sobre a dor em neonatos relatam os prejuízos da experiência dolorosa sobre o seu desenvolvimento cerebral, podendo repercutir a longo prazo, quanto às interações sociais, e aspectos comportamentais, cognitivo e de aprendizado

(Grunau & Tu, 2007; Guinsburg, 1999). Nesse sentido, em uma perspectiva desenvolvimentista, ratifica-se a necessidade de intervenções junto ao RN visando diminuir sua dor e proporcionar-lhe mais conforto.

Para tanto, torna-se necessário inicialmente uma adequada avaliação da reação do bebê à dor para conduzir as medidas de intervenção. Nessa avaliação, destacam-se indicadores fisiológicos (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, por exemplo) e comportamentais (movimento corporal, mímica facial e o choro), os quais devem ser utilizados em conjunto para uma melhor discriminação e aplicação (Correia & Linhares, 2008; Gasparido, Linhares & Martinez, 2005; Guinsburg, 1999; Stevens, Riddell, Oberlander & Gibbins, 2007).

Para o tratamento da dor existem os meios farmacológicos, como os analgésicos e sedativos, indicados nos casos em que o RN apresenta uma doença potencialmente dolorosa e quando são submetidos a procedimentos invasivos. Há, ainda, os meios não farmacológicos, como a sucção não-nutritiva e a sacarose. Outras práticas desenvolvidas pelos profissionais também colaboram para a prevenção e minimização da dor no RN, tais como o enrolamento, a contenção facilitada, o contato pele a pele, a minimização de outros estímulos durante a execução dos procedimentos, além da realização dos cuidados em bloco (Brasil, 2002; Guinsburg, 1999; Rocha & Rossato, 2008). Considerando-se a constatação de Guinsburg (1999) sobre a eventualidade do uso de analgesia e sedação nas UTINs, os recursos não-farmacológicos, que em sua grande maioria não prescindem de prescrição médica, destacam-se por serem mais acessíveis para utilização dos profissionais e por não apresentarem efeitos adversos, como toxicidade e tolerância. Estes recursos, portanto, deveriam ser preconizados na unidade neonatal sempre que possível.

Quando se pensa na qualidade de vida dos RN PT e BP, percebe-se a necessidade de intervenções no ambiente sensorial da UTIN com vistas a diminuir o nível de estimulação, garantindo-lhes, dessa forma, uma melhor maturação física e neurológica (Scochi et al, 2001). A estimulação, quando adequada, proporciona benefícios para o bebê, tornando-se, assim, de extrema relevância a adequação do nível dos estímulos à condição evolutiva do RN e às suas necessidades individuais, como afirmam Klaus, Fanaroff e Martin (1982).

As propostas de intervenção sobre o meio ambiente da UTIN mais aceitas e utilizadas atualmente são as baseadas nos sinais e respostas do bebê e nos estados comportamentais, de Als e Brazelton, respectivamente (Brasil, 2002; Gasparetto & Bussab, 1994; Meyerhof, 1995). Esses modelos são muito interessantes uma vez que oferecem dicas sobre a organização e disponibilidade de interação do bebê, os quais podem subsidiar uma estimulação adequada por parte dos cuidadores.

A Teoria Síncrono-Ativa, de Heidelise Als, demonstra que o funcionamento do bebê compreende vários subsistemas (autônomo, motor, de organização de estados, de atenção e interação, e regulador) que existem lado a lado e interagem entre si, reforçando-se mutuamente em busca de equilíbrio. Esta autora ainda descreve os comportamentos de auto-regulação do bebê: a) de aproximação – quando o bebê indica que está recebendo uma quantidade de estimulação adequada, aceitando a interação com o cuidador; e b) de retraimento – quando o bebê indica que a estimulação está sendo excessiva e estressante (Als, 1986, como citado em Meyerhof, 1995). Brazelton e Cramer (1992), por sua vez, definiram seis estados de consciência, os quais indicam se a criança está ou não disponível para interagir, são eles: sono profundo, sono ativo, sonolência, alerta inativo, alerta com atividade e choro.

As intervenções sobre o ambiente sensorial da UTIN devem, dessa forma, avaliar esses comportamentos do bebê e promover a adequação da iluminação, nível sonoro e de manipulação. Diferentes autores (Brasil, 2002; Enumo, 2008; Hennig, Gomes & Gianini, 2006; Meyerhof, 1990, 1995; Scochi et al, 2001) descrevem algumas estratégias para adequar o meio ambiente da UTIN:

- Localização das incubadoras: devem estar longe de locais de grande atividade ou passagem, e distantes entre si para permitir livre trânsito; devem receber manutenção constante para evitar ruídos.
- Iluminação: utilização de venda ocular; reguladores de intensidade luminosa com foco para procedimentos; utilizar ciclos dia/noite; cobrir parcialmente a incubadora para diminuir luminosidade permitindo ao bebê explorar o ambiente.
- Ruído: baixar volume de voz; responder aos alarmes dos equipamentos prontamente; eliminar rádios; remover águas dos dutos do respirador; utilização de protetores de ouvido (em horários de pico); manusear incubadoras de forma suave, evitando esbarrar ou colocar objetos diretamente em cima do tampo, fechar portinholas com cuidado; evitar passar plantão junto ao bebê, e evitar uso de celular.
- Manuseio: falar suavemente antes de tocar o bebê; observar o estado comportamental do bebê; posicionar e dar contenção; evitar mudanças súbitas de posição; executar o procedimento em etapas; utilizar preferencialmente decúbito lateral; minimizar outros estímulos; usar facilitadores, como sucção não-nutritiva e objetos de apoio, por exemplo; oferecer posição e contenção após o procedimento para ajudar o bebê a se organizar.

Essas estratégias unidas a outras práticas, baseadas nos mesmos princípios de disponibilidade para interação com a criança e de estimulação do desenvolvimento facilitarão o processo de auto-regulação e organização do RN, favorecendo sua melhora de estado clínico e sua trajetória desenvolvimental. Dentre os meios de estimulação do RN possíveis aos profissionais de saúde estão: alternar a posição do bebê regularmente, utilizar contenção e objetos de apoio, tocar o bebê, utilizar móveis, estimulação visual inanimada (com brinquedos) e animada (rosto do cuidador), conversar ou cantar para o bebê, manter sintonia com o bebê durante os cuidados, respeitar os sinais comportamentais do bebê, permitir que as mãos dos bebês fiquem próximas ao seu rosto, pegar no colo e passear fora do ambiente da UTIN (Meyerhof, 1990, 1995).

O aleitamento materno é preconizado para o RN pré-termo e baixo peso não somente por suas propriedades imunológicas e pela sua função na maturação gastrointestinal, mas também por promover a formação de vínculos entre mãe-bebê e por melhorar o desempenho neurocomportamental do RN (Nascimento & Issler, 2004). Com o conhecimento advindo dos benefícios da amamentação, mas também das dificuldades de sua implementação na UTIN, várias intervenções tornaram-se necessárias para o manejo e apoio ao Aleitamento Materno. Para tanto, algumas ações são sugeridas, como as orientações à mãe sobre: ordenha (quando ainda não pode amamentar o filho, reservando leite para que ele possa ser alimentado via sonda); pega e postura adequadas; técnicas de estimulação oral do bebê (sucção não-nutritiva e massagem intra-oral); alimentação por copinho (a fim de garantir o aleitamento materno exclusivo); avaliação da prontidão do bebê para ser alimentado; utilização de local agradável para amamentação; restrição ao uso de bicos artificiais; e encorajamento da amamentação sob livre demanda (Araújo, Otto & Schmitz, 2003; Venâncio & Almeida, 2004).

Na aplicação do MC, a equipe de saúde ocupa uma posição muito especial, pois mantém uma relação direta e contínua com o bebê e seus pais em todas as etapas do método (Silva, Silva & Christoffel, 2009). Como o RN, por muitas vezes, fica um tempo prolongado separados dos seus pais, a equipe de saúde também assume os cuidados com esse bebê. Sua atuação, dessa maneira, deve buscar minimizar ao máximo o sofrimento do RN e promover sua segurança psíquica, configurando-se como cuidadores substitutos competentes (Böing & Crepaldi, 2004; Spitz, 1987). Dentre as ações apontadas para tal, encontra-se a busca por uma relação pessoal com o bebê, criando uma rotina humana, e a compreensão das suas necessidades de carinho, atenção e contato pele a pele (Brasil, 2002).

O cuidado ao RN no microsistema da UTIN envolve uma complexidade de fatores ecológicos, tanto ambientais quanto relacionais, que precisam ser adequados às necessidades desenvolvimentais desta população. Busca-se, desse modo, garantir não só a sobrevivência desses bebês, mas, sobretudo, uma melhoria em sua qualidade de vida, ativando os mecanismos de proteção e neutralizando os fatores de risco para o seu desenvolvimento.

Nessa linha de pensamento, encontra-se a proposta de humanização da assistência ao RN pré-termo e BP, compreendida como um Macrossistema de muita importância para o contexto ecológico de seu desenvolvimento, uma vez que é uma política pública diretamente relacionada à assistência em UTIN. Enquanto diretriz política objetiva a qualificação do cuidado neonatal, por meio do aprimoramento tecnológico e de uma assistência sensível e individualizada. Como resultado deste cuidado destaca-se o desenvolvimento e a recuperação satisfatória do RN, o fortalecimento do vínculo pais-bebê, e a redução dos efeitos deletérios da internação hospitalar (Dias, Baptista & Baptista, 2003; Reichert, Lins & Collet, 2007).

## 1.5 O problema de pesquisa e sua relevância

Considerando-se a importância da humanização na assistência ao RN pré-termo e baixo peso e das práticas de cuidado em UTIN, tendo em vista as influências diretas deste ambiente sobre o seu desenvolvimento, propõe-se como problema de pesquisa: A concepção de humanização dos profissionais de saúde que assistem ao bebê prematuro e baixo peso influencia as suas práticas de cuidado na UTIN? Como estas práticas são realizadas nesse contexto?

Pretende-se, assim, conhecer as potencialidades e as deficiências no atendimento aos RN internados em UTIN na tentativa de favorecer a construção de estratégias para melhorar a assistência prestada, sabendo-se que a presença de fatores somáticos e/ou ambientais, que incidem diretamente no período pós-natal pode produzir déficits permanentes no desenvolvimento motor, sensorial, cognitivo e emocional da criança (Pérez-Ramos & Pérez-Ramos, 1992). Tais fatores são caracterizados como fatores de alto risco por colocarem a criança em situação de grande vulnerabilidade para o surgimento de problemas em seu desenvolvimento.

Com respeito à produção acadêmica e científica, espera-se contribuir para as áreas de Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia Pediátrica, por meio de um aprimoramento das intervenções e da humanização dos serviços em saúde, e de uma reflexão sobre a influência das variáveis do ambiente físico e psicossocial na relação saúde-doença.

Em termos de relevância social, considera-se muito importante os trabalhos que buscam avaliar a assistência prestada à população pediátrica, neste caso o RN pré-termo e baixo peso e sua família, buscando analisar os processos de cuidado em saúde, indo ao encontro do modelo Biopsicossocial proposto pela Organização Mundial de Saúde

(OMS, 1978), que caracteriza a saúde pelo bem-estar que integra os aspectos físico, mental e social (Straub, 2005). Além de avaliar, este estudo pretende apontar meios de promover melhorias no atendimento aos bebês em UTIN, fornecendo suporte instrucional que poderá subsidiar programas de capacitação dos profissionais de saúde que lidam diretamente com essa clientela. Sabendo-se que o Cuidado Humanizado só se estabelece na interação cuidador-bebê, há que se pensar também na saúde e participação ativa desse profissional em sua rotina de trabalho.

## **1.6 Objetivos**

Considerando-se a importância de estratégias de humanização e intervenção hospitalar no atendimento a crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, pretende-se investigar a concepção de Humanização na Saúde e de Cuidado Humanizado da equipe de profissionais da UTIN, bem como suas práticas de cuidado ao recém-nascido, visando encontrar soluções no sentido de otimizar o atendimento feito aos bebês e suas famílias.

Especificamente, os objetivos são:

- 1) Investigar junto à equipe de profissionais da UTIN sua concepção de Humanização e de Cuidado Humanizado e sua percepção sobre o bebê pré-termo e baixo peso;
- 2) Analisar as práticas de Cuidado Humanizado realizadas pelos profissionais na UTIN, referentes ao ambiente físico, manejo de rotina e procedimentos, manejo da dor, alimentação e estimulação oral, desenvolvimento do bebê, participação da família e saúde do profissional; e

3) Investigar as orientações e ações desenvolvidas pelo setor de Humanização Hospitalar e pelo responsável técnico da UTIN no sentido de melhorar a qualidade da assistência fornecida ao recém-nascido e sua família.

## **2. MÉTODO**

Este estudo pretendeu investigar a concepção de Humanização na Saúde e de Cuidado Humanizado da equipe de profissionais que atuam na UTIN de três hospitais públicos da Grande Vitória, bem como suas práticas de cuidado ao recém-nascido. Foram realizadas entrevistas e observações, e aplicados questionários com os profissionais de saúde que atuam diretamente com os recém-nascidos, os responsáveis técnicos das unidades neonatais e os coordenadores da Humanização nas instituições hospitalares. Desta forma, esta pesquisa pode ser caracterizada, segundo Campos (2001), como qualitativa-descritiva uma vez que buscou delinear e avaliar as características do atendimento realizado ao recém-nascido pré-termo e baixo peso internado em UTIN.

### **2.1 Participantes**

A amostra do estudo foi composta por 35 profissionais, sendo: 29 profissionais de saúde que atuam na UTIN e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (Médio Risco), 2 coordenadores da Humanização Hospitalar (Hospitais A e B), 2 responsáveis técnicos da UTIN (Hospitais A e B) e 2 chefes de enfermagem (Hospitais B e C).

O Hospital C ainda não possuía um grupo de Humanização instituído, não tendo representação de um coordenador na amostra. No Hospital B o responsável técnico da UTIN foi entrevistado, contudo, não pôde responder ao questionário, o qual foi respondido pela chefe de enfermagem. No Hospital C a coordenadora da UTIN não participou da pesquisa, sendo, então, entrevistada a chefe de enfermagem do setor, a qual também respondeu ao questionário específico. A amostra dos coordenadores da

Humanização Hospitalar e dos responsáveis técnicos da UTIN foi do tipo intencional (Campos, 2001), uma vez que esta função foi previamente determinada.

Entre os profissionais de saúde participaram: 3 médicos, 3 enfermeiras, 3 fonoaudiólogas, 3 fisioterapeutas, 2 psicólogas, e 15 técnicas de enfermagem, compondo uma amostra de conveniência. Em cada hospital, foi possível estabelecer uma sub-amostra com a participação de um representante de cada especialidade de nível superior (medicina, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia) e 5 representantes de nível médio (curso técnico de enfermagem). A seleção dos profissionais foi do tipo acidental (Laville & Dionne, 1999), na medida em que foram selecionados os primeiros que aceitaram participar da pesquisa.

A Tabela 1, a seguir, apresenta as principais características dos participantes, como hospital onde atua, idade, cargo, tempo de atuação em UTIN e cursos específicos da área.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

<b>Participante</b>	<b>Hospital</b>	<b>Cargo</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo UTIN</b>	<b>Cursos da Área</b>
P 01	A	MED	47	14 anos	Não.
P 02	A	ENF	41	18 anos	Método Canguru; Aleitamento Materno; Parto Humanizado; Doula <sup>2</sup> .
P 03	A	FON	27	1 ano	Especialização em Motricidade Oro-facial; Atualização em UTIN.

Continua

<sup>2</sup> Acompanhante de parto especializada, responsável pelo conforto físico e emocional da parturiente durante o pré-parto, nascimento e pós-parto.

## Continuação

Participante	Hospital	Cargo	Idade	Tempo UTIN	Cursos da Área
P 04	A	FIS	31	1ano 6meses	Especialização em Reabilitação Tórico Abdominal; Atualização em UTIN.
P 05	A	PSI	33	1ano 2meses	Atualização em UTIN.
P 06	A	TEC	25	2 anos	Atualização em UTIN.
P 07	A	TEC	34	14 anos	Atualização em UTIN.
P 08	A	TEC	48	14 anos	Parto Humanizado; Atualização em UTIN.
P 09	A	TEC	39	12 anos	Método Canguru; Atualização em UTIN.
P 10	A	TEC	43	10 anos	Aleitamento Materno; Atualização em UTIN.
P 11	B	MED	49	15 anos	Método Canguru.
P 12	B	ENF	27	3 anos	Curso de Especialização UTIN.
P 13	B	FON	27	5 anos	Método Canguru.
P 14	B	FIS	22	7 meses	Não.
P 15	B	PSI	23	4 anos	Não.
P 16	B	TEC	33	2 anos	Não.
P 17	B	TEC	47	10 anos	Não.
P 18	B	TEC	27	1 ano	Não.
P 19	B	TEC	24	2 anos	Não.
P 20	B	TEC	48	7 meses	Não.
P 21	C	MED	42	15 anos	Não.
P 22	C	ENF	25	10 dias	Curso de UTIN.
P 23	C	FON	29	2anos 3meses	Não.
P 24	C	FIS	29	7anos	Especialização em Procedimentos de Fisioterapia em UTIN; Método Canguru.
P 25	C	TEC	39	1mês	Não
P 26	C	TEC	22	4 meses	Curso de UTIN.
P 27	C	TEC	40	5 anos	Não.
P 28	C	TEC	47	3anos 6meses	Curso sobre UTI Pediátrica e Medicação.
P 29	C	TEC	35	3 meses	Não

MED: médicos; ENF: enfermeiras; FONONO: Fonoaudiólogas; FISIO: Fisioterapeutas; PSI: Psicólogas; TEC: Técnicas de Enfermagem.

A amostra total (n=29) foi composta por profissionais com idade média de 32,5 anos, variando de 22 a 49 anos, sendo somente um participante do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 14 eram profissionais de nível superior e 15 de nível médio.

Mais especificamente, a categoria médica tinha entre 42 e 49 anos (Md=46), com um tempo de atuação em UTIN de 14,5 anos, em média (14-15 anos). Quanto à modalidade do cargo, todos eram profissionais plantonistas. As enfermeiras tinham idade entre 25 e 41 anos (Md= 31), variando o tempo de atuação em UTIN de 1 mês a 18 anos (Md= 7 anos), sendo que duas profissionais eram assistenciais e uma plantonista. As fonoaudiólogas eram profissionais assistenciais, com idade média de 27,5 anos (27-29 anos), atuando na UTIN por um período que variou de 1 a 5 anos (em média 2,7 anos). O grupo de fisioterapeutas, com idade entre 22 e 31 anos (Md= 27) tinha, em média, 3 anos de atuação na UTIN (8 meses-7 anos), todas na modalidade assistencial. As psicólogas, com idade entre 28 anos e 33 anos, também se enquadravam nessa modalidade de atuação na UTIN, por um período de que variou entre 1 ano e 2 meses a 4 anos. O maior subgrupo (n=15) era formado pelas técnicas de enfermagem, profissionais assistenciais que tinham em média 36,5 anos (22-48 anos) e tempo de atuação em UTIN que variou entre 1 mês e 14 anos (Md= 5,1).

## **2.2 Local**

A pesquisa foi realizada nas Unidades Neonatais de 3 hospitais públicos da Região Metropolitana de Vitória/ES, especificamente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de Cuidados Intermediários Neonatal (Médio Risco). A UTIN é um serviço de internação para pacientes críticos desde o nascimento até 28 dias de vida que requerem atenção médica e de enfermagem permanente. Já a Unidade de Cuidados Intermediários destina-se ao atendimento do RN considerado de médio risco, nas

seguintes condições: transferência da UTIN nas primeiras 24 horas; observação nas primeiras 72 horas de vida dos pacientes com peso entre 1500g-2000g; presença de desconforto respiratório leve; necessidade de venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos; fototerapia; prematuros em fase de ganho de peso que não passaram pela UTIN; recém-nascidos submetidos à cirurgia de médio porte, estáveis.

Os três hospitais pesquisados são administrados por autarquia com nível de atenção ambulatorial e hospitalar. O Hospital A se caracteriza por ser uma instituição estadual e sua unidade neonatal possui um total de 28 leitos, sendo 16 leitos de Terapia Intensiva Neonatal e 12 de Médio Risco. O Hospital B se caracteriza por ser uma instituição federal e possui um total de 22 leitos em sua unidade neonatal, sendo 12 leitos de Terapia Intensiva Neonatal e 10 de Médio Risco; possui ainda uma enfermaria Canguru, com 4 leitos para os recém-nascidos e equipado com camas para os acompanhantes permanecerem no hospital. O Hospital C se caracteriza por ser especializado, com gestão estadual; sua unidade neonatal possui um total de 25 leitos, sendo 13 leitos de Terapia Intensiva Neonatal e 12 de Médio Risco.

Segue-se uma caracterização das instituições hospitalares na Tabela 2:

Tabela 2 – Caracterização das Instituições Hospitalares no ano de 2008

Hospital	Tipo	E.A.	Nível de Atenção	Leitos		
				Total	UTI Neonatal	Unidade Intermediária Neonatal
A	Geral	Estadual	Ambulatorial e hospitalar	28	16	12
B	Geral	Federal	Ambulatorial e hospitalar	22	12	10
C	Especializado	Estadual	Ambulatorial e hospitalar	25	13	12

Legenda: E.A= Esfera Administrativa

## 2.3 Materiais e Instrumentos

Foram utilizados três roteiros de entrevistas, todos do tipo semi-estruturado, específicos para:

a) o coordenador da Humanização Hospitalar (Apêndice A) – com questões sobre as ações desenvolvidas pelo setor de Humanização do hospital (por exemplo: *Que ações são efetuadas no Hospital no sentido de Humanizar a Assistência ao paciente? Particularmente na UTIN, que ações são desenvolvidas para este fim?*);

b) o responsável técnico da UTIN (Apêndice B) – contendo questões sobre as orientações e práticas de cuidado planejadas e/ou executadas (por exemplo: *Que orientações são dadas à equipe da UTIN para implementar um Cuidado Humanizado? Que ações são preconizadas para se humanizar o atendimento na UTIN? Você realiza algum tipo de avaliação das ações de humanização na UTIN? Que tipo? Quais são os critérios utilizados para tal?*); e

c) os profissionais de saúde (Apêndice C) – com questões sobre suas concepções de humanização e práticas desenvolvidas no sentido de humanizar o atendimento na UTIN (por exemplo: *O que você já ouviu falar sobre Humanização na área da Saúde? O que é Humanização para você? Que ações você realiza no sentido de humanizar seu atendimento na UTIN?*).

Entre os instrumentos estruturados, foram aplicados dois tipos de questionários:

a) Questionário Práticas de Humanização – versão profissional de saúde (Apêndice D);  
e b) Questionário Práticas de Humanização – versão responsável técnico. Ambos foram compostos por questões referentes aos aspectos: ambiente físico (iluminação, ruído e localização do berço e incubadora), manejo de rotinas e procedimentos, manejo da dor, alimentação e estimulação oral, desenvolvimento do bebê, participação da família e saúde do profissional. Estes questionários serão descritos a seguir.

O Questionário Práticas de Humanização (versão profissional de saúde) era composto por 61 questões do tipo Likert concernentes às práticas de Cuidado Humanizado. O participante foi orientado a assinalar a frequência com que realizava as práticas dirigidas ao RN, à sua família e voltadas para o cuidado da saúde pessoal (cobrir a incubadora para reduzir a luz ambiente, realizar algum tipo de estimulação visual, estimular o contato pele a pele dos pais com o bebê, cuidar da sua própria saúde, entre outros). As opções de resposta para as práticas propostas foram assim definidas: “Não Faço”, “Faço Pouco”, “Faço Muito” e “Faço Sempre”. Caso a prática de cuidado não fizesse parte do conjunto de atividades daquele profissional este poderia assinalar o item “Não se Aplica”.

O Questionário Práticas de Humanização (versão responsável técnico) era composto pelas mesmas questões do questionário anterior que descreve práticas de Cuidado Humanizado, cujas opções de respostas poderiam ser assinaladas como: “Não existente”, “Planejada”, “Executada”, “Em Curso”, e “Abandonada”. Para cada item, além de assinalar as opções descritas acima, o responsável pelo setor deveria especificar: os motivos para a execução ou não da prática apontada, seus efeitos, formas de avaliação dessas práticas (tipos de medidas e critérios), e as dificuldades encontradas para sua implantação.

Os indicadores das práticas de Cuidado Humanizado foram selecionados a partir da proposta de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC) do Ministério da Saúde (2002) e de estudos e pesquisas realizadas nesta área (Enumo, 2008; Hennig et al, 2006; Meyerhof, 1990, 1995; Scochi, et al, 2001).

As observações sistematizadas do profissional de saúde em atividade foram registradas em protocolo específico (Apêndice E), contemplando as seguintes variáveis:

ambiente, manejo de rotinas e procedimentos, manejo da dor, alimentação e estimulação oral, desenvolvimento do bebê e participação da família. Dentre os comportamentos investigados, pode-se mencionar, por exemplo, no item Luminosidade: a) apagar a luz; b) cobrir a incubadora parcialmente, protegendo os olhos do bebê durante o procedimento; e c) manter a incubadora descoberta, durante o procedimento com o bebê. No item “Manejo de Rotinas e Procedimentos” foram observados comportamentos como realizar procedimento planejado ou procedimento não-planejado e no item “Manejo da Dor” se o profissional realizava sucção não-nutritiva. Este protocolo foi adaptado do formulário de observação de Corrêa (2005).

Os demais materiais utilizados na condução da pesquisa foram: um Notebook e três gravadores digitais (MP4).

## **2.4 Procedimento**

### **2.4.1 Coleta de dados**

Primeiramente, foi realizado um contato com as instituições hospitalares com o objetivo de obter consentimento para a execução da pesquisa (final do segundo semestre de 2008). Foi realizada uma inserção inicial nos campos de pesquisa, com observações gerais do ambiente da Unidade Neonatal e dos profissionais. A partir disso, estabeleceu-se contato com os profissionais de saúde e aplicou-se o roteiro de entrevista (Apêndice C). Logo após, o questionário (Apêndice D) foi apresentado ao participante, sendo possível responder no horário que lhe fosse mais propício (primeiro semestre de 2009).

Após alguns dias, de acordo com a escala de serviço, realizou-se uma observação de cada profissional em atividade, sendo registrada em protocolo específico (Apêndice E). A duração da observação não foi pré-determinada, e seguiu o tempo de execução de cada atividade desempenhada.

Paralelamente, foi realizada a identificação dos coordenadores da Humanização e responsáveis técnicos da UTIN, para aplicação dos roteiros de entrevista. No caso destes últimos, após a entrevista, o Questionário Práticas de Humanização – versão responsável técnico – era entregue ao profissional para responder quando conveniente. Na impossibilidade dos responsáveis técnicos da UTIN participarem, fazia-se contato com a chefia da enfermagem para responder ao instrumento, considerando a competência deste profissional para informar sobre as estratégias realizadas.

Com a devida autorização do participante, todas as entrevistas foram gravadas em áudio. Toda a coleta de dados foi conduzida pela pesquisadora, com auxílio de duas alunas de Iniciação Científica, com bolsas do PIBIC/FAPES e PIBIC/FACITEC<sup>3</sup>.

#### **2.4.2 Processamento e análise dos dados**

Os dados obtidos pelas entrevistas foram transcritos literalmente e submetidos à análise lexical por meio do *software* ALCESTE (Camargo, 2005) e Análise de Conteúdo (Bardin, 2004). Os dados provenientes da questão de evocação foram quantificados, para obtenção da frequência das palavras, e calculada a média da ordem de evocação, por meio da atribuição do valor de referência (1 para a 1ª evocação, 2 para a 2ª evocação e 3 para a 3ª evocação) e divisão pelo número de ocorrências.

O segundo conjunto de dados, proveniente dos questionários, foram submetidos à estatística descritiva, procedendo-se ao levantamento da frequência de ocorrência e proporção das práticas de Cuidado Humanizado dos profissionais.

---

<sup>3</sup> Agradecemos as alunas de graduação em Psicologia da UFES, bolsistas - Paula Ribeiro Orrico (PIBIC/FAPES) e Sara Bertolini Depizzol (PIBIC/FACITEC) - pelo auxílio na coleta e processamento dos dados.

Por fim, os dados observacionais também foram submetidos a uma análise descritiva, e subsidiaram as análises dos dados das entrevistas e dos questionários, ampliando e enriquecendo sua interpretação (Flick, 2004).

#### 2.4.2.1 Alceste

A análise quantitativa dos dados foi realizada por meio do *software* ALCESTE que realiza uma análise lexical de dados textuais, efetuando cálculos sobre a co-ocorrência de palavras num conjunto de texto (Camargo, 2005; Nascimento & Menandro, 2006). Este programa realiza uma primeira classificação estatística de enunciados simples do *corpus* (conjunto de texto) estudado, por meio da distribuição das palavras dentro deste, apreendendo as que lhe são mais características (Cortez, 2006).

O ALCESTE efetua um análise em quatro etapas, descritas por Nascimento (2005):

A. Leitura do texto e cálculo dos dicionários:

- a. Reformatação e divisão do texto em segmentos (Unidades de Contexto Elementar – UCEs);
- b. Pesquisa do vocabulário e redução das palavras com base em suas raízes (por exemplo: a forma reduzida *humaniza+* é representada pelas palavras plenas *humanização, humanizar, humanizado(a), e humaniza*); e
- c. Criação de um dicionário de formas reduzidas.

B. Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs:

- a. Seleção das UCEs a serem consideradas e cálculo da matriz de formas reduzidas *versus* UCE;

- b. Cálculo das matrizes de dados para Classificação Hierárquica Descendente (CHD); e
  - c. Classificação Hierárquica Descendente (CHD): cálculo das divisões em classes lexicais e apresentação de suas oposições sob a forma de um dendograma (representação gráfica no formato de uma árvore).
- C. Descrição das classes das UCEs escolhidas:
- a. Definição das classes de UCEs;
  - b. Descrição das classes; e
  - c. Análise Fatorial de Correspondência (AFC): representação das relações entre as classes e entre as formas reduzidas em um plano fatorial.
- D. Cálculos complementares:
- a. Seleção das UCEs mais características de cada classe;
  - b. Pesquisa dos seguimentos repetidos por classe;
  - c. Classificação Hierárquica Ascendente (CHA): Construção de uma matriz a partir da contraposição entre as formas associadas de uma mesma classe e a UCE da classe associada, e de representações gráficas arborescentes destas relações;
  - d. Seleção de palavras mais características das classes para apresentação em uma listagem de contexto de ocorrência; e
  - e. Exportação para outros programas informáticos.

As UCEs são frases dimensionadas pelo programa em função do tamanho do texto, pontuação e ordem de aparição. São nelas que o programa se baseia para operar a classificação do *corpus* a ser analisado. Como exemplo, a seguir, destacam-se duas UCEs identificadas pelo Alceste, retiradas do relatório gerado com as entrevistas deste

estudo. O primeiro número refere-se à linha em que a UCE encontra-se no *corpus* analisado, e o segundo corresponde ao qui-quadrado ( $X^2$ ), que indica a força de relação da Unidade com a classe. As palavras assinaladas com # são as mais fortemente relacionadas à classe.

215 48 entao assim, medico, fonoaudiologo, #fisioterapeuta, #psicologo porque e #uma #equipe que tem que trabalhar em #conjunto para #uma melhor #qualidade\_de\_vida #daquele #paciente. ja #vi um pouco. #vi assim no #pronto\_socorro que eles estao #fazendo um trabalho de #humanizacao da #seguinte #forma, de estar colocando a familia mais ciente, fazer um trabalho mais #humanizado junto-a familia.

1233 25 E eu acho que e a familia que esta em #torno dessa #humanizacao, ela tem que estar envolvida. eu acho que e em #relacao #ao #envolvimento e o #compromisso com a familia.

As classes são obtidas a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), sendo compostas por UCEs específicas de acordo com seu vocabulário, correspondendo, assim, a uma temática do *corpus* analisado. O Alceste organiza as classes e suas distribuições, além das relações entre as mesmas, sob a forma de um dendrograma.

O *corpus* analisado foi composto pelas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde (n=29) divididas em 3 partes, referentes às temáticas investigadas (Concepções de Humanização, Concepções sobre o Bebê e Práticas de Cuidado), totalizando 87 Unidades de Contexto Inicial (UCIs). Estas UCIs foram separadas por linhas de comando ou “linhas com asterisco” que informavam a identificação do participante, e algumas variáveis importantes ao delineamento da pesquisa, tais como o hospital onde o profissional trabalha, idade, cargo, tempo de atuação em UTIN e temática investigada.

Além da divisão do texto em UCIs, outras reformatações foram realizadas de acordo com as regras determinadas pelo programa, para que o *corpus* pudesse ser rodado<sup>4</sup>. Buscando alcançar uma maior assertividade na análise desse *corpus*, foram suprimidas repetições de palavras (por exemplo: “é o tocar né, o tocar” foi corrigido para “é o tocar”) e vícios de linguagem (por exemplo: né e tipo assim). Além disso, expressões de interesse para análise foram formatadas como palavras compostas unidas por um traço baixo (por exemplo: aleitamento\_materno, cuidado\_humanizado, mãe\_canguru, manuseio\_mínimo, procedimento\_doloroso).

Em conjunto com a análise do ALCESTE foi realizada uma Análise de Conteúdo (Bardin, 2004), como uma forma complementar de tratamento dos dados, buscando realizar uma análise mais compreensiva do discurso a partir do mapeamento inicial do *corpus*, realizada pelo *software*. Essa análise conjugada é apontada como muito interessante, na medida em que se torna possível aliar a análise estatística do vocabulário de um discurso à análise de seus significados (Nascimento & Menandro, 2006).

#### **2.4.2.2 Análise de Conteúdo**

A Análise de Conteúdo é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2004, p.27), com as quais se busca ir além dos significados, buscando uma melhor compreensão de um discurso por meio da investigação das condições de sua produção. Essa análise se processa em três fases (Ferreira, 2000):

---

<sup>4</sup> Para que os dados pudessem ser rodados pelo *software* corretamente, as entrevistas foram colocadas no formato de *corpus* de texto de acordo com as regras exigidas pelo ALCESTE, tais como: formato e tamanho da letra (corrier new, 10), espaçamento simples entre linhas, correção de erros de digitação, supressão de alguns sinais (aspas, apóstrofes, cifrões, sinal de porcentagem e asteriscos), dentre outros.

a) Pré-análise: momento de organização do material, com a escolha dos documentos a serem analisados, formulação de hipóteses e elaboração de indicadores para a fase de interpretação. Tudo isso, a partir do contato inicial com o texto por meio de “leituras flutuantes” (Bardin, 2004, p.90).

b) Exploração do material: momento de codificação, que compreende a escolha das unidades de registro, seleção de regras de contagem, e escolha de categorias.

c) Tratamento dos resultados: a partir da categorização, o analista poderá propor inferências que se referem ao estudo do vocabulário e das significações das mensagens; e, ainda, interpretações que remetem ao estudo do significado do discurso em profundidade.

## **2.5 Aspectos éticos**

Esta pesquisa encontra-se em consonância com a Resolução 196/96 do CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e com a Resolução nº 016/2000 de Dezembro de 2002 do Conselho Federal de Psicologia, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo – CEP/UFES (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo – CEP/SESA (Anexo B).

Um Termo de Consentimento para a execução da pesquisa foi encaminhado às instituições hospitalares, contendo as informações básicas a respeito do estudo (Apêndice F), tais como objetivo geral da pesquisa, participantes, procedimentos, e esclarecimentos quanto às garantias dos participantes (riscos mínimos, sigilo e anonimato).

A participação dos sujeitos na pesquisa aconteceu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G). Aos participantes foi garantido o total

conhecimento dos objetivos, da metodologia, a inexistência de riscos pessoais e benefícios que a pesquisa poderia proporcionar as condições de sigilo e anonimato de sua identidade e da instituição onde atua e a aceitação imediata de desligamento do estudo a qualquer momento, sem prejuízo para a sua função.

As gravações em áudio foram utilizadas apenas como registro para posterior transcrição, e serão arquivadas pelo pesquisador por um período de cinco anos, após o qual serão incineradas.

### **3. RESULTADOS**

Para uma melhor compreensão, os resultados serão apresentados em 3 seções: a) Ações desenvolvidas pelo setor de Humanização do Hospital, contendo as falas das coordenadoras do serviço de Humanização; b) Orientações e ações da chefia da UTIN, contendo os dados das entrevistas e questionários aplicados nos responsáveis técnicos; e c) Concepções e Práticas de Humanização, contendo os dados das entrevistas e questionários respondidos pelos profissionais de saúde, bem como das observações realizadas no setor.

#### **3.1 Ações desenvolvidas pelo setor de Humanização do Hospital**

Somente os hospitais A e B possuem um serviço de Humanização formalizado institucionalmente como Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Este grupo é responsável pela divulgação e implementação da Política Nacional de Humanização, buscando intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde nestas instituições.

As ações de Humanização realizadas nos hospitais são variadas, e foram caracterizadas por ambas as coordenadoras como fragmentadas, devido ao grande número de setores hospitalares. Cada setor tem a autonomia de pensar em suas práticas assistenciais e propor medidas para humanizá-las, e uma das propostas do GTH seria mapear e integrar essas ações difusas. Resumidamente, as ações de Humanização apontadas foram:

1. Hospital A: Política de valorização do funcionário; implantação do Acolhimento com Classificação de risco no Pronto Socorro; Método Canguru (desativado no período da coleta de dados, em 2008); Visita Ampliada; Cuidados ambientais; e aplicação do Método de Gestão Estratégica, no setor Materno-infantil.

2. Hospital B: Trabalho de formação em saúde do Trabalhador (desativado no período da coleta de dados); Projeto Cuidando do Cuidador (também desativado nesse período); implantação da Gestão Participativa no setor de Radiologia e no Ambulatório; Projeto de Leitura para os trabalhadores; Brinquedoteca; Projeto Cine Cultural e Projeto Saiba Mais, no setor de Pediatria.

Na UTIN, especificamente, somente o hospital A desenvolvia alguma ação, trabalhando desde 2006 com a aplicação do Método de Gestão Estratégica. Este propõe uma discussão coletiva da missão e das demandas da UTIN, buscando melhorias nos processos de trabalho. Inicialmente, é realizado um diagnóstico situacional, com a caracterização dos usuários, das patologias e modos de atenção, seguindo-se com o mapeamento dos serviços concorrentes prestados na rede de atendimento. A partir dessas identificações, o setor poderá traçar seu Plano de Ação “*exercendo sua função de forma coerente com o SUS*” (coordenadora do GTH do Hospital A).

Quanto aos treinamentos e capacitações em Humanização, estes também são realizados de forma fragmentada, sendo cada setor responsável pelos seus treinamentos específicos, em ambos os hospitais. No caso do Hospital A, com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, foram implementados vários cursos de capacitação com os funcionários do Pronto-Socorro e, além disso, a própria coordenação do setor Materno-Infantil realizou um curso de Atualização em UTIN, onde um dos tópicos discutia a proposta de Humanização. No Hospital B, 10 residentes participaram do curso de Humanização realizado pelo Estado em parceria com o Ministério da Saúde, os quais, retornando ao hospital, têm a função de serem multiplicadores das diretrizes preconizadas pela Política.

Os hospitais ainda não haviam desenvolvido nenhum processo de avaliação das ações de humanização realizadas pelos setores responsáveis, porém, as coordenadoras

apontaram a importância e a necessidade destas para uma efetiva melhoria da assistência ao usuário.

### **3.2 Orientações e ações da chefia da UTIN**

Para responder sobre as orientações e ações de Humanização preconizadas em cada UTIN, foram convidados os responsáveis técnicos pelo setor na instituição. Na impossibilidade destes participarem, eram contatados os profissionais de enfermagem, atentando-se, contudo, para as especificidades de sua função, a saber, coordenação da equipe de enfermagem.

#### **3.2.1 Orientações para humanização do atendimento na UTIN**

As entrevistas foram conduzidas com os responsáveis técnicos da UTIN dos Hospitais A e B, ambos de formação médica e do sexo masculino, e a chefe de enfermagem da UTIN do Hospital C, com formação em enfermagem.

Os hospitais A e B já trabalharam com a AHRNBP-MC, sendo que só o Hospital B utilizava o Método. Devido a questões referentes a recursos humanos, como dificuldades de remanejamento de pessoal, foi desativada a Enfermaria Canguru do Hospital A. Ambos os coordenadores reconheceram as vantagens deste Método, elencando, dentre os vários benefícios, o maior vínculo mãe-bebê e a redução no tempo de internação. O Hospital C nunca trabalhou com a proposta de AHRNBP-MC, utilizando somente a técnica de posição canguru para estimular um maior contato da mãe com o RN.

As orientações relatadas pelos responsáveis técnicos para humanizar a assistência ao RN na UTIN estão descritas na Tabela 3, a seguir:

Tabela 3 - Orientações dos Responsáveis Técnicos da UTIN para humanizar a assistência ao RN.

<b>Orientações</b>	
	- Incentivo ao Aleitamento Materno.
UTIN 1	- Incentivo ao contato dos pais com o bebê o mais precoce possível. - Incentivo à adoção da posição canguru.
UTIN 2	- Incentivo ao Aleitamento Materno. - Conscientização das etapas do Método Canguru.
UTIN 3	- Incentivo ao Aleitamento Materno. - Incentivo ao contato dos pais com o bebê pelo toque. - Incentivo à participação dos pais nos cuidados. - Boa comunicação entre profissional e família. - Visita ampliada. - Respeito aos horários de sono. - Redução do barulho do ambiente. - Bom posicionamento do RN no leito.

Entre as orientações acima destacadas, somente o “incentivo ao Aleitamento Materno” foi citado unanimemente pelos três participantes, com alguns meios específicos, tais como: trabalho na sala de coleta de leite humano; atuação da equipe do Banco de Leite; intervenção da fonoaudióloga e indicações para evitar o uso de chupeta. O “incentivo ao contato dos pais com o bebê” foi citado pelos coordenadores da UTIN 1 e UTIN 2, além do “incentivo a posição canguru” e “incentivo a participação dos pais nos cuidados”, respectivamente. Na “visita ampliada”, citada pela chefe de enfermagem da UTIN 3, os pais decidem quem poderá visitar seu bebê, e este tipo de visita é permitida nesta unidade e na UTIN 2. As práticas que objetivam o maior envolvimento e participação dos pais são de extrema importância para o desenvolvimento do vínculo família-bebê, sendo um dos objetivos da AHRNBP-MC.

Quanto aos treinamentos, em todas as UTINs foram realizadas capacitações abordando o tema Humanização. Na Unidade 1 foi realizado um Curso de Atualização

em UTIN, em 2008, com participação da equipe de enfermagem (técnicos e enfermeiros) e profissionais da assistência (médicos, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e psicólogo) e, na UTIN 3, um treinamento com os técnicos de enfermagem foi promovido no ano de 2009. Todavia, na UTIN 2 os treinamentos eram realizados periodicamente e de forma permanente.

### **3.2.2 Ações preconizadas para Humanização do atendimento em UTIN**

Nesta seção serão descritas as ações mencionadas pelos responsáveis técnicos das UTINs como preconizadas para a Humanização do atendimento ao RN. Os dados provêm de: a) entrevistas realizadas com os coordenadores das UTINs 1 e 2, e com a chefe de enfermagem da UTIN 3; e b) Questionário de Práticas de Humanização em UTIN – versão responsável técnico, respondido pelo coordenador da UTIN 1, e pelas chefes de enfermagem das UTINs 2 e 3 (uma vez que os responsáveis técnicos destas UTINs não puderam responder ao instrumento).

Primeiramente, perguntou-se aos coordenadores, de uma maneira geral, o que era recomendado enquanto ação para humanizar a assistência aos bebês e, posteriormente, itens específicos foram abordados, a saber: Iluminação, Ruído, Cuidados nos Procedimentos, Dor/Estresse, Aleitamento Materno e Estimulação Oral, Desenvolvimento do bebê, Participação dos Pais, Horário de Visitas e Saúde do Profissional.

As ações preconizadas nas três UTINs estão descritas na Tabela 4 a seguir:

Tabela 4 - Ações preconizadas nas UTINs para humanizar a assistência ao RN

<b>Ações Preconizadas</b>	
UTIN 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita Aberta.</li> <li>- Visita dos Avós.</li> <li>- Sala de Coleta de Leite Humano.</li> <li>- Não utilização de chucas e chupetas.<sup>5</sup></li> </ul>
UTIN 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita Aberta.</li> <li>- Incentivo à participação dos pais e familiares no processo de assistência.</li> <li>- Conscientização dos profissionais.</li> </ul>
UTIN 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo ao Aleitamento Materno.</li> <li>- Incentivo ao contato dos pais com o bebê pelo toque.</li> <li>- Visita Aberta.</li> <li>- Incentivo à participação dos pais nos cuidados.</li> <li>- Boa comunicação entre profissional e família.</li> <li>- Visita ampliada.</li> <li>- Respeito aos horários de sono.</li> <li>- Redução do barulho do ambiente.</li> <li>- Bom posicionamento do RN no leito.</li> </ul>

Todos os coordenadores citaram a “Visita Aberta” como uma ação de humanização na UTIN, garantindo aos pais o direito de acesso e de permanência junto ao seu filho no tempo considerado conveniente. Muitas vezes, os pais não têm a possibilidade de exercer esse direito, no caso de morarem muito longe ou não possuírem recursos financeiros para transporte ou alimentação. Nesses casos, o Serviço Social do hospital atua diretamente, ao providenciar os recursos necessários para que os pais

<sup>5</sup> O Hospital A tem o Título “Hospital Amigo da Criança”, o qual é uma iniciativa de âmbito mundial, idealizada, em 1990, pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno, a fim de reduzir o desmame precoce e suas consequências sobre a morbimortalidade infantil (Araújo, Otto & Schmitz, 2003).

possam comparecer à UTIN. Essa ação de grande importância foi citada somente pelo coordenador da UTIN 2, apesar de ser realizada em todos os 3 hospitais.

Para garantir a permanência dos pais, ou pelo menos da mãe, como se observa na maioria das vezes, além do transporte e alimentação, se fazem necessários outros itens como ‘espaço’ e ‘acomodação’. As três UTINs pesquisadas contam com um espaço físico restrito, e com problemas estruturais, como a burocratização dos sistemas de compra de materiais e de serviços de manutenção dos equipamentos, além da falta de recursos financeiros. Pode-se observar que nenhuma das unidades contava com uma sala de apoio para os pais, ou local para descanso. As acomodações, em sua grande maioria, se restringia a cadeiras de plástico, salvo exceções como a da UTIN 2, que contava com algumas poltronas mais confortáveis e com a infraestrutura de uma enfermaria canguru (com 4 camas).

O “incentivo à participação dos pais” foi relatado como ação preconizada nas UTINs 2 e 3, sendo referida como orientação para humanizar o atendimento na UTIN 1. Pode-se perceber, por meio das entrevistas e dos questionários, que os coordenadores têm o entendimento da importância dos vínculos familiares, do apego mãe-bebê, e buscam, seja pelas orientações ou ações específicas, transmiti-las à equipe.

O “incentivo à amamentação” aparece novamente, agora como uma prática relatada das UTINs 1 e 3, com o trabalho dos profissionais diretamente com a díade mãe-bebê e do Banco de Leite e da Sala de Coleta de Leite Humano.

A “Visita ampliada” e a “Visita dos avós” foram citadas como práticas das UTINs 3 e 1, respectivamente, e representam um grande avanço para a construção das redes sociais da família, colaborando para a construção de sua autonomia e participação ativa. Apesar de não ter sido mencionada pela UTIN 2, a “Visita ampliada” é uma realidade nesta unidade juntamente com a UTIN 3.

No item Iluminação, as ações mencionadas foram “cobrir as incubadoras” e “apagar as luzes”. As dificuldades apontadas para sua execução foram: falta de lençóis no hospital (para cobrir a incubadora) e falta de iluminação individual (enfermarias sem box ou sem interruptores e lâmpadas de chão).

Quanto ao item Ruído foram relatadas as ações de “solicitar às pessoas que falem mais baixo” e “atender ao alarme prontamente”, além da iniciativa do “Projeto Psiu” na UTIN 2, no qual se estipulava um horário em que a toda a equipe fazia silêncio. Além disso, rádios não são permitidos, e relata-se a execução de ações do tipo: cuidados com a manipulação da incubadora (ao abrir e fechar portinholas e apoiar objetos, por exemplo), evitar acúmulo de água no ducto do respirador e evitar passar plantão junto ao bebê. Para estas ações, os entrevistados apontaram como dificuldades, além da falta de um aparelho de medição do nível sonoro e de suportes de apoio para equipamentos (como bomba de infusão), a falta de conscientização e treinamento da equipe, a resistência de alguns profissionais no cumprimento destas medidas, o instrumental inadequado, e o grande fluxo de entrada de profissionais de outros setores.

Existem ações previstas referentes aos itens Localização e Manutenção das Incubadoras, porém, as dificuldades encontradas são muitas, principalmente, quanto ao espaço físico das unidades, nas situações de superlotação, mas também decorre da burocracia nos contratos com as empresas de manutenção e nos processos de compra de material.

No item Manejo de Rotina e Procedimentos são previstas as ações: diminuir a luminosidade (cobrindo a incubadora); realizar o procedimento sempre de forma mais rápida; utilização de medicação e outros meios não-farmacológicos para amenizar a dor em procedimentos dolorosos; delicadeza no toque; manutenção da temperatura; posicionamento adequado; observação dos parâmetros; e uso de colchões especiais, no

caso de crianças que estão internadas há muito tempo. São executados ou planejados outros cuidados antes, durante e depois dos procedimentos, como: contenção do bebê; falar suavemente antes de tocá-lo; respeitar seu estado comportamental; e oferecer suporte para acalmá-lo. Tais as ações são executadas em etapas, agrupando os procedimentos. As dificuldades apontadas são referentes às características particulares de cada profissional, à resistência e a necessidade de treinamento da equipe, além da superlotação em algumas unidades.

Quanto ao Manejo da Dor são citadas as ações de “uso de medicação” (analgésicos e sedativos) e medidas não-farmacológicas, como “sucção não-nutritiva”, “soro glicosado” e “banhos” fora do horário. Na UTIN 1 não há nenhum planejamento das práticas de “enrolamento” e de “contenção de extremidades” para manejo da dor, sendo planejadas e executadas pelas UTINs 2 e 3, respectivamente. Na UTIN 2 não existe a prática de se “oferecer soro glicosado”, realizadas nas outras duas UTINs.

No item Alimentação e Estimulação Oral são relatadas as ações de “incentivo ao Aleitamento Materno”, preconizado o mais rápido possível com “orientação da mãe” para tal e o “trabalho do Banco de Leite e da Sala de Coleta de Leite Humano” (com práticas de incentivo, orientação e ajuda direta no processo de extração de leite e amamentação). Toda a prática de Estimulação Oral é referida ao trabalho das Fonoaudiólogas.

Quanto ao Desenvolvimento do bebê foram citados o “trabalho da Fisioterapia”, a “mudança de posicionamento” e a “postura correta”, lembrando, ainda, do “acolhimento, carinho e leveza” no cuidado. Foram referidas como planejadas e executadas algumas outras ações, como contenção, estimulação visual (com móveis), conversar com o bebê e respeitar seus sinais comportamentais, tendo como maior dificultador as características particulares de cada profissional (temperamento e

disponibilidade, por exemplo). A “introdução de brinquedos e outros objetos infantis na UTIN” foi uma prática pouco mencionada, sendo planejada somente em uma das unidades e, mesmo assim, com várias restrições, devido ao controle da infecção hospitalar.

No item Participação da Família relataram-se as ações de “incentivar os pais a tocar no bebê”, “incentivar os pais a participarem dos cuidados” (banho, troca de fralda, por exemplo), “incentivar a adotar a posição canguru”, “incentivar a amamentação”, a “visita ampliada” e o trabalho do Serviço Social na obtenção de “facilitadores” (transporte, alimentação, entre outros) para a maior participação dos cuidadores. Como destacado, as limitações encontradas na tentativa de incentivar uma maior participação das famílias advêm da dificuldade de locomoção destas até os hospitais, pois muitas moram em municípios distantes, e das restritas condições de acomodação que encontram nas instituições. A maior ausência do pai também é colocada como um problema, pois apesar de todo o trabalho de incentivo a sua maior permanência com o filho, esbarra-se no restrito número de dias de licença- paternidade e impossibilidade de faltar ao trabalho.

Quanto à Saúde do Profissional, os hospitais não têm uma política de promoção da saúde do trabalhador, o que foram relatados são os “exames periódicos”, “imunização e vacinas” e “orientações para o uso de equipamentos de proteção individual”. No Hospital B existe um Programa de Saúde Ocupacional, porém, é restrito aos funcionários com vínculo federal (nesta instituição há também funcionários com vínculo municipal ou estadual e contratados). Neste hospital, ainda, são realizadas algumas reuniões e confraternizações entre os profissionais da UTIN, visando descontração e um melhor relacionamento entre a equipe. No Hospital A existem dois apoiadores do Ministério da Saúde desenvolvendo grupos de discussão, porém, foi

relatado ocorrer pouca participação dos profissionais. A prática de “procurar descansar quando o plantão permite” foi também apontada. As demais ações de cuidado à saúde, tais como, realizar atividades de lazer fora do trabalho, procurar ajuda quando necessário e participar de grupos de apoio, ficam sob a responsabilidade pessoal de cada profissional.

### **3.3 Concepções e Práticas de Humanização**

Nesta seção serão apresentados os dados provenientes das entrevistas e questionários aplicados nos profissionais de saúde que atuam diretamente com os bebês internados em UTIN, além das observações dos mesmos em atividade. Os resultados serão apresentados em 3 partes: a) Dados das Entrevistas: com Análise Lexical (contendo o tratamento dos dados realizados pelo *software* Alceste) e Análise de Conteúdo; b) Dados dos Questionários de Práticas : com a análise descritiva, contendo a frequência e proporção das práticas de cuidado levantadas; e c) Dados dos Protocolos de Observação: com o levantamento da frequência e proporção dos comportamentos observados dos profissionais em atividade .

Do total de participantes (n= 29), 16 fizeram algum curso da área neonatal, sendo que 11 fizeram cursos de Atualização ou Especialização em UTIN, 5 de Método Canguru, 2 de Aleitamento Materno, 2 de Parto Humanizado, 1 de Doula, e 4 profissionais fizeram especializações na sua área específica de atuação. Alguns profissionais afirmaram ter recebido treinamento no próprio setor.

Todos os profissionais da amostra responderam aos instrumentos, somente um participante (P 18) não devolveu o Questionário. Os profissionais foram observados em atividade, de acordo com seu plano de trabalho. Dois participantes (P21 e P24) não puderam ser observados, uma vez que não houve participação em nenhuma atividade na

UTIN durante os horários em que os observadores estavam no setor. Não havia psicólogo na equipe de saúde do Hospital C, ficando este sem representação nesta UTIN.

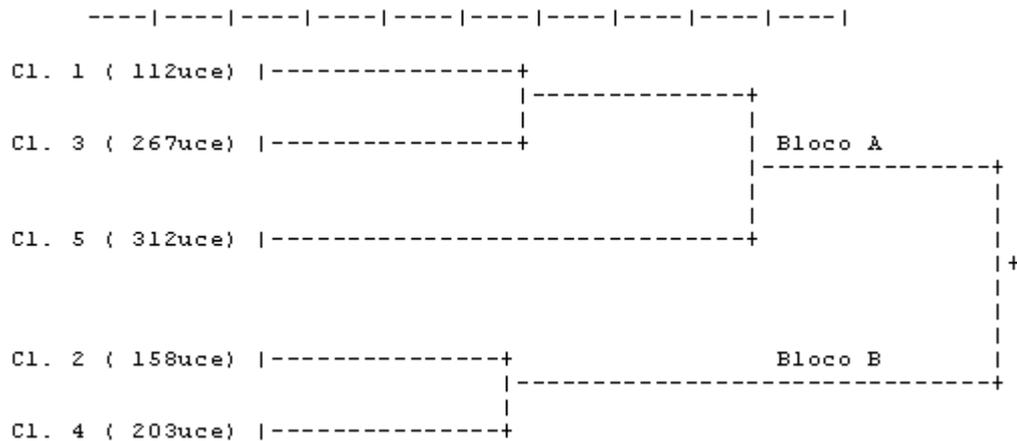
### 3.3.1 Dados das entrevistas

Os dados das entrevistas dos profissionais de saúde (n=29) a partir do *software* Alceste foram transcritos, divididos em 3 partes (referentes às temáticas Concepções de Humanização, Concepções sobre o Bebê, e Práticas de Cuidado) de acordo com os padrões exigidos pelo programa. Esses dados formatados configuraram o *corpus* analisado pelo Alceste, composto por 87 linhas estreladas. Esse *corpus* foi subdividido em 1.373 Unidades de Contexto Específico (UCEs), das quais 1.052 foram analisadas, o que significa que 76,62% do texto foi utilizado, indicando, conforme Menandro (2004), uma boa consistência dos dados.

Na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) o programa gerou 5 classes a partir de uma primeira partição, que subdividiu as UCEs em dois grandes blocos: A (Relacional) e B (Técnico). O bloco A agrupa as classes 1, 3 e 5 (Humanização, Sentimentos em relação ao trabalho e Participação da família, respectivamente) e o bloco B as classes 2 (Estimulação oral) e 4 (Cuidados com o ambiente sensorial). No bloco A ocorreram ainda duas partições, primeiramente, separando a classe 5 e agrupando as 1 e 3 e, posteriormente, com a divisão dessas últimas em duas classes distintas. No segundo eixo houve apenas uma divisão identificando as classes 2 e 4 (Figura 1). Para maior discriminação consultar gráfico no Anexo C.

Estas divisões demonstram as relações entre as classes, apontando uma maior proximidade ou distanciamento entre seus conteúdos. As divisões das classes na Classificação Hierárquica Descendente podem ser visualizadas na Figura 1 e na Figura

2 que contêm os Dendrogramas gerados pelo programa, juntamente com o número de UCEs de cada classe.



*Figura 1.* Dendrograma do *corpus* analisado.

A classe 1 foi denominada “Humanização” e trata das respostas relacionadas à concepção de Humanização, o que os profissionais ouviram falar sobre o tema e pensam sobre ele. A classe 3 denominou-se “Sentimentos em Relação ao Trabalho” e contemplou as respostas relacionadas ao que o profissional sente em relação ao bebê e ao seu ambiente de trabalho. A classe 5, denominada “Participação da Família”, apresentou conteúdos relacionados à presença e participação do grupo familiar nos cuidados ao bebê.

Essas três classes foram reunidas no bloco A (Relacional) e apresentam conteúdos mais próximos entre si, tratando dos valores e sentimentos dos profissionais em relação à Humanização, sua relação com o bebê e com seu trabalho. Na segunda divisão do bloco Relacional, permanecem juntas as classes Humanização e Sentimentos em relação ao Trabalho, o que aponta para uma forte relação entre as duas. Isto permite supor que há uma estreita ligação entre as concepções de Humanização e os sentimentos da equipe em relação ao bebê e à profissão.

A classe 2 foi nomeada “Estimulação Oral” e trata das práticas de estímulo à sucção, incentivo ao aleitamento materno e técnicas de estimulação oral, como a sucção não-nutritiva, dedo-de-luva, massagem, entre outras. A classe 4, denominada “Cuidados com o Ambiente Sensorial”, descreve as ações no sentido de se adequar o ambiente da UTIN, destacando aspectos relacionados ao excesso de luminosidade, ruídos e manipulação do bebê, além das práticas no sentido de diminuir sua dor e estresse.

Essas classes agrupadas no bloco B (Técnico) estão em estreita relação, e ambas abordam questões mais formais da assistência ao bebê como os cuidados-padrão e o saber técnico dos profissionais que atendem ao RN internado em UTIN. Trata-se das rotinas e técnicas, como o estímulo oral, sucção, adequação da luminosidade e ruído, cuidado com a manipulação, manter temperatura, amenizar a dor, dentre outros. Na Figura 2, a seguir, pode-se visualizar a divisão das classes efetuada pelo *software* Alceste.

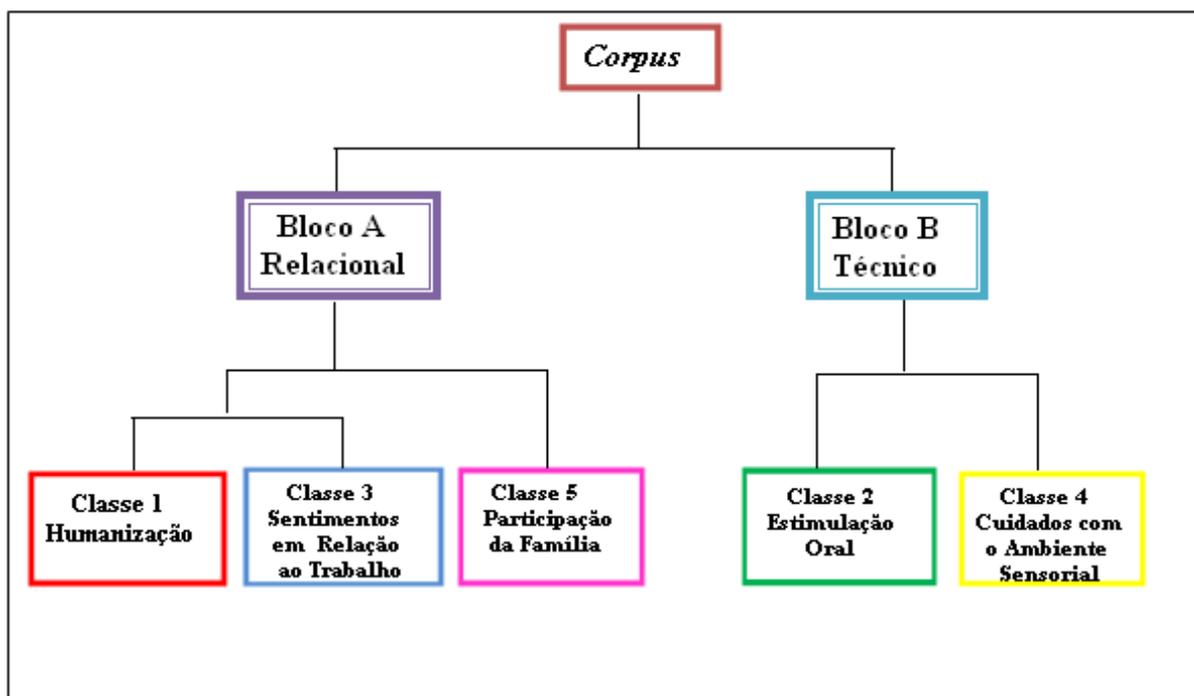


Figura 2. Divisão das classes pelo Alceste.

Os conteúdos dos dois blocos encontram-se distantes entre si, determinados pelas posições opostas que assumem no plano fatorial. Isto nos permite supor que os aspectos relacionais (valores e sentimentos) ficaram distanciados dos aspectos técnicos quando os profissionais falaram sobre a assistência humanizada.

Na Análise Fatorial de Correspondência (AFC), o programa gera uma representação gráfica com a projeção dos conteúdos das classes num plano fatorial. Na Figura 3 observa-se a divisão das classes pelos quadrantes (Q) do gráfico. Verificam-se também na AFC as classes divididas em dois blocos, em que o bloco Relacional ocupa a metade direita do gráfico (com as classes “Humanização e Sentimentos em Relação ao Trabalho” no Q IV, e a classe “Participação da Família” no Q II) e o bloco Técnico a metade esquerda (com a classe “Estimulação Oral” no Q I e a classe “Cuidados com o Ambiente Sensorial” no Q III).



técnicos da assistência ao bebê. No lado direito do eixo x estão as classes “Participação da Família” (Cl 5), “Sentimentos em Relação ao Trabalho” (Cl 3) e “Humanização” (Cl 1), as quais apresentam os aspectos afetivos, como os valores e sentimentos dos profissionais.

Os blocos encontram-se seccionados pelo eixo y, que divide as classes sob outra ótica, na parte superior (QI e QII) com as classes “Estimulação Oral” e “Participação da Família” e na parte inferior (QIII e QIV) com as classes “Cuidados com o Ambiente Sensorial”, “Humanização” e “Sentimentos em Relação ao Trabalho”. As classes “Estimulação Oral” e “Participação da Família”, que se encontram na parte superior, apresentam as práticas de cuidado mais direcionadas à díade bebê-família, como o aleitamento materno e o incentivo à presença e participação dos pais. A parte inferior, com as classes “Cuidados com o Ambiente Sensorial”, “Sentimentos em Relação ao Trabalho” e “Humanização”, apresenta as falas mais direcionadas à díade bebê-profissional, focando nas práticas de cuidado e nos sentimentos em relação ao paciente e a sua atividade laboral. Na Figura 4 pode-se visualizar a distribuição das classes e a correlação entre as palavras com asterisco (variáveis identificadas nas linhas de comando das Unidades de Contexto Inicial (UCI)).



apresentam as ações que objetivam desenvolver a habilidade de sucção do bebê, por meio de métodos de estimulação oral e a alimentação por aleitamento materno. Esta é uma atividade que é percebida como muito importante para o desenvolvimento do bebê, e a atitude dos pais é considerada determinante neste processo. O cargo profissional característico neste quadrante é o de Técnico de Enfermagem, e o Tema 3 (Práticas de Cuidado Humanizado) juntamente com o Hospital B representam este conteúdo.

No QII temos a classe “Participação da Família” (Cl 5) e o discurso focado nas atividades da família junto ao bebê, como sua presença na UTIN, seu envolvimento e participação na assistência do filho e, nesse sentido, aborda mais os aspectos afetivos dessas atividades, apontando para a importância do apego e dos vínculos familiares. O cargo profissional representativo da classe é o de Psicólogo.

No QIII está a classe “Cuidados com o Ambiente Sensorial” (Cl 4), que descreve as práticas diretamente relacionadas às atividades dos profissionais com relação aos cuidados ambientais e de assistência ao bebê, envolvendo, portanto, aspectos mais técnicos do tratamento. É representado pelo Hospital 3 e pelos cargos de Enfermeiro e Fonoaudiólogo.

No QIV encontramos as classes “Humanização” (Cl 1) e “Sentimentos em Relação ao Trabalho” (Cl 3), as quais abordam temáticas próximas, por ambas focalizarem a relação profissional-bebê e a expressão de pensamentos e sentimentos no ato de cuidar. Os aspectos relacionais predominam neste quadrante, representando o espaço onde os profissionais podem se colocar como participantes no processo de produção de saúde. Nota-se uma maior aproximação do Tema 1 (Concepções de Humanização) com a Cl 1 (Humanização), e do Tema 2 (Concepções sobre o Bebê) com a Cl 3 (Sentimentos em Relação ao Trabalho). O cargo profissional que se destaca na classe 3 é o de Médico, e o Hospital A é o mais representativo neste quadrante.

A seguir, será descrita mais detalhadamente cada uma das classes, na seqüência de divisão efetuada pelo *software* Alceste, com sua respectiva Análise Lexical atrelada à Análise de Conteúdo. Considerou-se cada classe gerada pelo programa como uma categoria, seguida de uma análise aprofundada dos conteúdos a partir do retorno às respostas verbais, mediante uma leitura flutuante do material (Bardin, 2004). Por fim, uma análise temática do material produzido.

### 3.3.1.1 Classe 1 - Categoria: Humanização

Nesta categoria estão colocadas as concepções de Humanização dos profissionais entrevistados, o que eles pensam e o que já ouviram falar sobre a temática na área da saúde. Na análise do Alceste, a classe Humanização (Cl 1) apresenta 112 Unidades de Contexto Elementares (UCEs), representando 10,65% do total de UCEs analisadas. A Tabela 5 apresenta as palavras mais significativas da classe, de acordo com o qui-quadrado ( $X^2$ ):

Tabela 5 - Palavras relacionadas à classe “Humanização”

<b>Palavra*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Palavra*</b>	<b>X<sup>2</sup></b>
Humaniza+	149	Setor+	29
Paciente+	147	Forma+	28
Doença+	59	Serviço+	27
Humano+	51	Mecânica+	25
Numero+	42	Perdido+	25
Trat+	39	Completa+	25
Torn+	37	Cliente+	25
Compromisso	34	Conhecimento	25

\* Forma reduzida

As palavras plenas mais representativas são: *humanização, humanizar, paciente, doença, humano, tratar, tornar, compromisso, setor, serviço, mecânica, completamente, cliente, conhecimento, conjunto, família, equipe e responsabilidade*. Destacam-se ainda algumas palavras específicas da classe: *ambiente, tecnicista, técnico, condição, diferente, qualidade de vida, amor, bem-estar, considerar, sujeito e envolvimento*.

O entendimento de Cuidado Humanizado encontra-se em oposição a uma assistência *mecânica e tecnicista*, focada na *doença*. A humanização envolve *compromisso e responsabilidade*, objetivando a *qualidade de vida e bem-estar* do paciente, *considerando-o* como *sujeito*. Trata-se de um cuidado *diferente*, que busca um tratamento por *completo*, a partir do trabalho em *equipe*. E no caso específico da UTIN, ainda acrescenta-se o fato de que o cuidado ao bebê contempla também o cuidado à sua *família*.

Todos os profissionais (n=29) relatam já terem ouvido algo sobre a Política de Humanização na Saúde, todavia, expressam conteúdos voltados mais à Humanização no contexto da UTIN (n=12), provavelmente, decorrente dos treinamentos realizados no setor. As menções são referentes ao acolhimento à família do bebê, medidas para amenizar a dor, medidas de adequação do ambiente sensorial da unidade neonatal, além dos laços de solidariedade (apoio e compreensão, por exemplo).

Alguns profissionais (n=3) relataram conhecer pouco sobre a Política de Humanização, alguns leram alguma coisa (n=3), e outros ouviram falar das iniciativas do próprio hospital no qual atuam (n=3). Em cursos e treinamentos os profissionais também puderam entrar em contato com a temática (n=3).

O conteúdo das falas em relação ao que os profissionais ouviram e pensam sobre a Humanização centrou-se nos aspectos referentes às relações interpessoais, à oposição

ao modelo médico-tecnicista de assistência à saúde, aos aspectos do atendimento em si, à família, e aos aspectos altruístas do cuidado.

Com relação às relações interpessoais (f= 13), a Humanização é pensada como uma proposta de se estabelecer uma nova relação paciente-profissional a partir do respeito ao outro como sujeito, de uma melhor comunicação e orientação do paciente e sua família e, sobretudo, do seu acolhimento.

*Você conversar com o paciente, colocar o seu pessoal trocando alguma informação com o cliente<sup>6</sup>. (P02, enfermeira)*

*Explicar as coisas da UTIN, os aparelhos, e explicar o que ela não conseguiu entender, traduzir o que o médico diz, o funcionamento das coisas. (P09, técnica de enfermagem)*

*A pessoa tem que saber as coisas, para entender o que está acontecendo. (...) É falar a linguagem daquela pessoa (P10, técnica de enfermagem)*

*A humanização eu já ouvir falar de várias formas. E tem assim, aquela que a gente acha importante é o tratar com as pessoas, o saber lidar com as pessoas. (P16, técnica de enfermagem)*

*É o que todo mundo fala: humanizar é você ter o acolhimento, é ter um tratamento humanizado. Tratar a pessoa com respeito. (P21, médica)*

*“Eu acho que a comunicação é a base de tudo. Comunicar uma pessoa que está dentro da UTIN, quer dizer lá tudo está grave e então se você não comunicar a pessoa, coitadinha, ela fica perdida. Eu acho que a humanização é a comunicação acima de tudo. (P29, técnica de enfermagem)*

A Humanização também é pensada a partir da oposição ao modelo de assistência médico-tecnicista (f=9), que se fundamenta numa perspectiva medicalizante e hospitalocêntrica da saúde (Amestoy, Shwartz & Thofehern, 2006; Costa, Figueiredo & Shawrich, 2009; Foucault, 1979a, 1979b; Martins, 2004). Dessa forma, o Cuidado Humanizado propõe melhorias no ambiente hospitalar e mudanças nas práticas que culminam na despersonalização e submissão do paciente (Deslandes, 2006; Martins, 2003). Isso pode ser verificado nas falas:

*(Humanização) É uma palavra pesada que teve que ser usada para nós profissionais da saúde tecnicista, porque nosso paciente está numa posição passiva, submissa, a gente tem que entender que ele depende exclusivamente da*

---

<sup>6</sup> A apresentação do texto seguirá a formatação do *corpus* processado pelo *software* Alceste (exclusão de sílabas e palavras repetidas, erros de linguagem, pausas, ênfases, entre outros aspectos do discurso).

*gente e que a gente precisa oferecer não só uma medicação, um procedimento, mas um cuidado global. (P 02, enfermeira)*

*Transformar o espaço hospitalar num espaço mais acolhedor, que possa ir além da doença. (P 05, psicóloga)*

*Tornar nosso trabalho mais humano, porque normalmente se tem a imagem de que hospital é tudo máquina. Você faz e tal, mas às vezes não sabe o que está fazendo, faz porque alguém mandou. (P 06, técnica de enfermagem)*

*Ser mais humano, menos mecânico. (P 07, técnico de enfermagem)*

*Eu acho que humanização é você enxergar o outro individualmente e não só dentro de uma doença, cada um é cada um. (P 11, médica)*

*Sobre a humanização existem varias políticas de trazer para esse ambiente de dor e sofrimento uma coisa mais tranqüila, tornar o ambiente menos frio e menos pouco acolhedor. (P12, enfermeira)*

*Tratar ele como um ser humano e não como um pulmão. (P 14, fisioterapeuta)*

A Humanização é pensada a partir dos aspectos do atendimento em si (f= 8) com atenção às especificidades de uma UTIN e do bebê PT e BP, buscando ofertar melhores condições de tratamento e bem-estar juntamente com sua família. Os participantes mencionaram a preocupação com os agravos à saúde e ao desenvolvimento do bebê devido à exposição aos estímulos ambientais da unidade neonatal, além da necessidade de vigilância constante ao seu estado clínico, o que se verifica nas falas:

*Dar um atendimento adequado em relação ao conforto. (P01, médica)*

*No meu setor para minimizar o barulho, manuseio mínimo, a responsabilidade com o que faz. (...) No nosso paciente tudo pode ter consequência futura, a gente tem que saber sobre isso. Não pode ter ignorância. O cuidado em bloco, para o manuseio mínimo, aguardar o estado de sono do bebê para fazer o cuidado, a demanda para se alimentar. (P 09, técnica de enfermagem)*

*Humanização (...) é permitir que ele se recupere bem, permitir que a família fique junto, e dar uma condição melhor de tratamento e de recuperação. (P17, técnica de enfermagem)*

*Então é uma coisa conjunta, você humaniza, você tenta ter humanização para prevenir outros traumas, às vezes auditivo, para você fazer essa assistência. (P22, enfermeira)*

*É o geral aqui, é o cuidado do ambiente, é trabalhar em equipe para ter o cuidado mesmo, a atenção com o bebê. (P23, fonoaudióloga)*

A presença da família (f=6) junto ao bebê também é um aspecto muito apontado pelos participantes, relacionando-a diretamente à Humanização na UTIN. Algumas falas são ilustrativas:

*Você intervir, trabalhar direto com a família, estar participando desse processo maior de conscientização da família. O acolhimento à família, até para obter resultados melhores com o bebê. (P03, fonoaudióloga)*

*Acho importante a visita das avós, é uma parte da humanização que fizeram aqui na UTIN. (P07, técnica de enfermagem)*

*O bebê não está sozinho e se você não trabalha com a humanização no sentido de acolher a família e trazer a família para perto, para partilhar do cuidado com o bebê, ele não vai para frente, a saúde não vai para frente, a melhora das condições de saúde é mais lenta. (P15, psicóloga)*

*Eu acho que é isso mesmo, a mãe interagir com o bebê, a gente interagir com a mãe. (P26, técnica de enfermagem)*

*Contato da gente com a família envolve, não envolve só o paciente, envolve família, envolve várias coisas junto. (P27, técnica de enfermagem)*

*Família ficar mais próxima. Primeiro nas visitas só eram permitidos a mãe e o pai, e com a humanização veio os avós, os irmãos e as pessoas mais próximas da família. (P28, técnica de enfermagem)*

A Humanização também é entendida a partir dos aspectos altruístas do cuidado (f= 6); é a disposição do profissional em prestar uma assistência diferenciada, havendo solidariedade e empatia com as pessoas.

*É falar a linguagem daquela pessoa, se colocar no lugar dela, apoiar num momento difícil. (P09, técnica de enfermagem)*

*É você respeitar o outro, entender o lado do outro e tentar fazer esse momento de dor e sofrimento do estágio aqui seja o mais confortável possível. (P12, enfermeira)*

*Tratar ele como eu gostaria que tratassem meu filho e como eu gostaria de ser tratada, como um todo. (P 14, fisioterapeuta)*

*É questão de você ser humano, uma pessoa compreensível, de você ajudar as pessoas. Entender aquilo que ela está passando, ser companheira. (P19, técnica de enfermagem)*

*É ter, é a gente ter o contato com o outro ser humano, é ter envolvimento com outro ser humano, é se pôr no lugar do outro ser humano, é fazer as coisas para diminuir a dor do ser humano. (P27, técnica de enfermagem)*

O trabalho em equipe também é apontado como um aspecto da Humanização, em que os profissionais apresentam objetivos em comum e atuam de forma interdisciplinar. A cooperação entre os diferentes profissionais e a utilização dos mesmos princípios são destacados como importantes elementos para a qualidade do atendimento ao RN. Além disso, os sentimentos que os profissionais possuem em relação ao trabalho também foram relacionados ao atendimento humanizado:

*Seria trabalhar mais com amor no que faz. Menos o lado financeiro. (P 08, técnica de enfermagem)*

*Tem toda uma iniciativa de humanização do atendimento em todos os setores da saúde que trabalham com uma nova visão de trabalho transdisciplinar, de envolvimento de todos com uma mesma visão. Isso é sempre o que me toca mais. De todos terem uma mesma visão compartilhada com todos os profissionais da saúde. Então, isso é o que eu acho mais importante porque se todos falam uma mesma língua a coisa flui de outro jeito e você não vê o paciente e o atendimento público tão fragmentado. (P05, psicóloga)*

Além do trabalho integrado da equipe de saúde foi mencionado também o trabalho da equipe de gestão, uma vez que esta tem importante papel no gerenciamento de recursos e planejamento estrutural. Este fator foi lembrado no seguinte relato:

*Ultimamente tem se falado muito (na Humanização). Mas os hospitais têm que aprender muito a se adequar a essa mudança que está chegando. Como alguns profissionais, é muito relativo, depende da pessoa. O parto deveria ser mais humanizado, muitos pais não participam porque o espaço físico não está adequado. A palavra humanização é bonita, mas tem um conjunto atrás, não depende só de mim. Eu sou uma equipe, e existe uma outra equipe atrás de mim: a direção. (P 08, técnica de enfermagem)*

Na questão de evocação, na qual os profissionais eram convidados a dizer três coisas que vinham a sua mente a partir do termo “Cuidado Humanizado”, obteve-se 86 evocações, com 53 palavras diferentes. As palavras mais frequentes e com a menor média na ordem de evocação são as consideradas mais relacionadas à representação dos profissionais sobre esse cuidado. Dessa forma, a palavra Carinho (f=7, m=1,5) é a mais significativa quando se fala da humanização do cuidado para os participantes, seguindo-

se das palavras Cuidado (f=6, m=2,3), Responsabilidade (f=6, m=2,6), Atenção (f=5, m=2,0), Respeito (f=4, m=1,25), Família (f=4, m=1,25) e Amor (f=4, m=1,75). Um pouco mais afastadas, mas também representativas estão as palavras: Dedicção (f=3, m=2,0) e Comprometimento (f=2, m=2,5).

Os elementos que compõem o “Cuidado Humanizado” tendem aos aspectos relacionais do cuidado, com influência direta da subjetividade do profissional e, nesse sentido, são colocadas as palavras carinho, respeito, amor, dedicação e comprometimento. Essas palavras remetem à interação social, aos valores pessoais e a implicação do profissional no processo de cuidado. Em seguida, aparecem representadas as palavras referentes às competências para uma boa assistência, como responsabilidade, cuidado, e atenção, configurando o perfil do profissional atuante em terapia intensiva neonatal. Algumas falas ilustram os referidos elementos:

*Amor, porque se eu não amar o que eu faço não vou conseguir humanizar o que eu faço. Existe muito trabalho mecânico. Eu procuro tratar meu paciente diferente, de uma forma mais humanizada. (P 09, técnica de enfermagem)*

*Carinho, tendo carinho você faz tudo com atenção, você faz tudo com respeito. Acho que quando a gente gosta do que faz, tem carinho pela criança e pela coisa que a gente faz, aí a gente faz tudo com atenção, aí vem tudo junto. (P 27, técnica de enfermagem)*

*Responsabilidade, porque se eu não tiver responsabilidade com aquele neném que eu estou lidando eu posso matá-lo. (P 10, técnica de enfermagem)*

As 86 palavras evocadas foram, ainda, divididas em seis subcategorias de acordo com seus conteúdos, a saber: a) Relacional (f= 37) – com palavras referentes aos aspectos afetivos; b) Técnico (f= 30) – com elementos formais da assistência; c) Família (f= 8) – envolvendo as citações ao cuidado à família e sua participação; d) Bebê (f= 5) – com os elementos voltados ao paciente em questão e suas particularidades; e) Equipe (f= 4) – com palavras referentes ao trabalho em equipe multiprofissional; e f) Saúde (f=

2) – com representação de palavras que envolvem o tratamento em saúde. Na Figura 5 pode-se visualizar a proporção das subcategorias citadas.

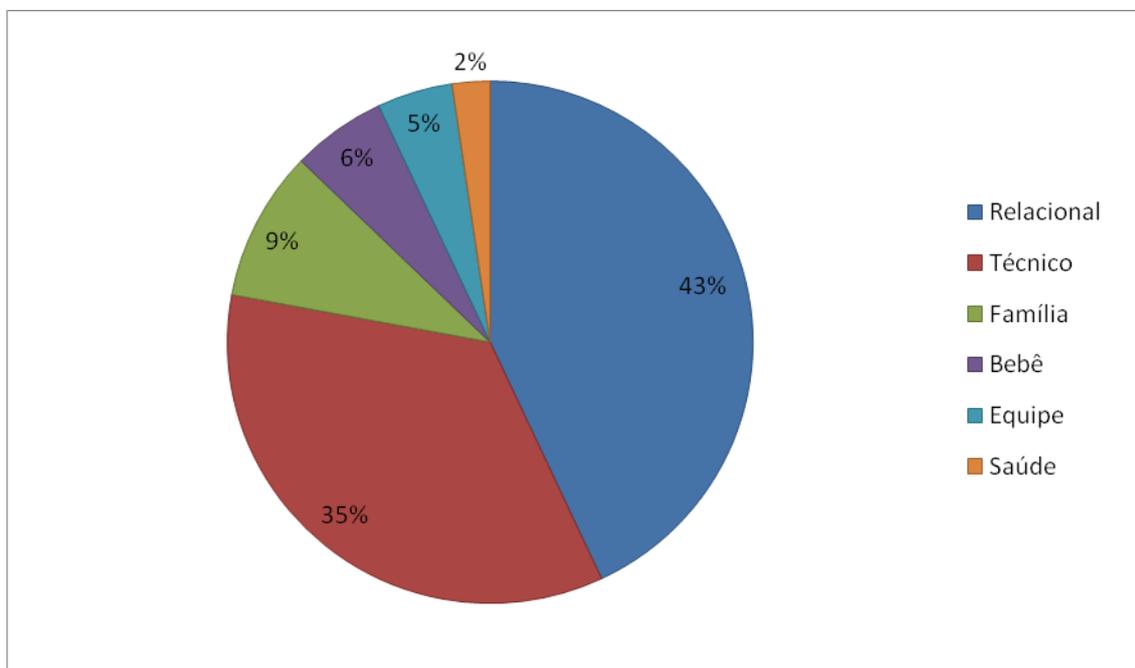


Figura 5. Proporção das Respostas dos profissionais por Subcategorias para a questão de Evocação sobre “Cuidado Humanizado”.

As subcategorias mais frequentes foram a Relacional (43,02%) e a Técnico (34,88%), refletindo que o “Cuidado Humanizado” se estabelece na interação destes dois aspectos do cuidado, dependendo de uma intervenção precisa sobre o quadro patológico do paciente e, sobretudo, do respeito à singularidade deste ser humano que está sendo atendido.

Na subcategoria Relacional se destacam os aspectos afetivos do cuidado, com destaque para os sentimentos e valores dos profissionais, como se pode perceber nas evocações: *sensibilidade, aconchego, entender o outro, considerar como sujeito, compreensão e implicar-se no trabalho.*

Na subcategoria Técnico a ênfase está nos aspectos formais da assistência, como expresso nas palavras: *assistência, qualidade, atender de imediato, aliviar a dor, rotina, foco, segurança, limpeza, organização, certeza do que faz e observação*.

Na subcategoria Família (9,3%) surgem expressões referentes ao cuidado extensivo ao grupo familiar do bebê, e a importância de se fortalecer os vínculos familiares, tendo nas evocações “*cuidar da família*” e “*família*” suas representações.

Na subcategoria Bebê (5,81%) resgata-se o foco do atendimento, apontando-se as peculiaridades do paciente atendido, o recém-nascido: *cuidar do bebê, o próprio paciente, menor risco para o bebê, crescimento e proteção*.

Na subcategoria Equipe (4,65%) os participantes mencionam a importância da interação entre os colegas de trabalho e da boa atuação do conjunto de profissionais, como se percebe nas expressões: *trabalho em equipe, equipe, entrosamento da equipe e a equipe interagir*.

Por último, na subcategoria Saúde (2,32%) são evocadas as palavras “*saúde*” e “*cura*”, apontando para um dos objetivos das intervenções nos atendimentos na área que envolve o restabelecimento da saúde dos pacientes.

### **3.3.1.2 Classe 3 - Categoria: Sentimentos em Relação ao Trabalho**

Nesta categoria foram reunidas as falas que expressam os sentimentos dos profissionais em relação ao bebê, o trabalho em terapia intensiva neonatal, e ao seu ambiente de trabalho. A análise realizada pelo Alceste apresentou 267 UCEs (25,38% do total), e suas palavras com maior  $X^2$  estão apresentadas na Tabela 6:

Tabela 6 - Palavras relacionadas à classe “Sentimentos em relação ao trabalho”.

Palavra*	X <sup>2</sup>	Palavra*	X <sup>2</sup>
Daqui	46	Tenh+	30
Cansa+	40	Sint+	30
Gosto+	47	Gostaria	27
Pens+	36	Colega+	27
Casa	35	Trabalho+	26

\* Forma reduzida

As palavras plenas mais representativas são: *daqui, cansada, gosto, penso, casa, tenho, sinto, minha, gostaria, colega, trabalho, sou, adulto, cansativo, crescer, desestimulada, dinheiro e doente*. Outras palavras específicas desta classe, consideradas importantes para análise foram: *adoro, carga horária, chateada, marido, filhos, neonatologia, escolhi, empenho, melhor, prazer, satisfação pessoal e satisfeita*.

Esta classe retrata como os profissionais se sentem relação ao seu trabalho e em relação ao cuidado com bebês. Diferentes sentimentos em relação ao trabalho misturam-se, pois se afirma uma escolha profissional pela neonatologia, que gera uma satisfação pessoal e um prazer em sua atividade laboral, por outro lado, os profissionais sinalizam as dificuldades do trabalho num setor de tratamento intensivo e das condições de serviço área da Saúde (trabalho *cansativo, desestímulo, carga horária* elevada, os profissionais *doentes*, dentre outros). Surge também menção à “tripla jornada” da mulher que trabalha, pois à sua atividade na UTIN ainda se somam os cuidados com a *casa, marido e filhos*.

O trabalho com o RN é apontado como fator positivo, uma vez que os profissionais destacam *gostar* de trabalhar com bebês/crianças, *adorar acompanhar* seu desenvolvimento, vê-los sair da UTIN e, por isso, se *empenham* para exercer o atendimento da *melhor* forma possível. No que diz respeito aos sentimentos em relação

ao trabalho em Neonatologia, os participantes referem gostar muito de cuidar de bebês e/ou crianças (f= 11), se sentir muito bem em decorrência disto (f= 9), ter prazer e satisfação pessoal com seu trabalho (f= 7), gostar de acompanhar a evolução dos bebês (f= 4), além de gostar de atuar na área de Neonatologia e Pediatria (f= 3). Alguns, ainda sentem angústia (f= 3) devido ao longo tempo de internação dos pacientes, à separação do RN de sua família e à iminência de morte. São relatados também sentimentos de impotência em relação ao quadro clínico de alguns bebês, comoção pelo seu estado e o de sua família, maior sensibilidade e responsabilidade pela sua melhora e desenvolvimento.

*Eu adoro trabalhar com Neonatologia, para gente é questão de satisfação pessoal estar trabalhando com aquilo que a gente gosta. Então na questão do atendimento do bebê, para gente é, principalmente quando a gente vê que aquele bebê pequenininho cheio de problemas está melhorando, está evoluindo, está crescendo, ganhando peso, ficando bem e indo embora para casa. Então isso é satisfação pessoal mesmo. (P01, médica)*

*(Me sinto) Muitas vezes impotente, por perceber que os bebês são muito frágeis, que nasceram antes da hora. Minha intervenção depende de algum tempo, e esse tempo às vezes é de muita angústia, porque a gente sabe que são bebês gravíssimos, e você não sabe se vão sair daqui ou não. (P03, fonoaudióloga)*

*Eu me sinto útil para a vida dele, eu me sinto feliz e também satisfeita de ver a melhora dele e o quanto eu estou beneficiando isso. (P12, enfermeira)*

*Eu sinto bem com eles. Eu gosto de criança, minha vontade é sempre de lidar com criança. (P19, técnica de enfermagem)*

*Eu me sinto bem. Porque eu gosto de cuidar de criança. (P22, enfermeira)*

*Eu me sinto muito responsável, extremamente responsável pelo desenvolvimento do bebê, pela estadia dele, pela melhora. (P24, fisioterapeuta)*

Quanto ao desenvolvimento dos bebês, os profissionais relatam preocupação quanto às seqüelas, distúrbios e atrasos no desenvolvimento (f=9), em consequência, tanto da ação dos profissionais (f=4), como um manuseio inadequado, por exemplo, quanto da própria condição de prematuridade e baixo peso, da patologia apresentada, do tempo de internação e do ambiente da UTIN. O ambiente familiar que esse bebê encontrará após sua alta da unidade neonatal também foi apontado como um fator

determinante para o seu desenvolvimento (f= 6), sobretudo a condição socioeconômica dos pais (f=4). Essas questões podem ser visualizadas nas seguintes falas:

*Completamente alterado. As seqüelas e bebês prematuros extremos, seqüelas neurológicas. As seqüelas são enormes, na área da fono, no desenvolvimento da linguagem, cognitivo, de fala, vai haver um atraso motor, para se alimentar. (...) vai ter um retardo pela própria condição, fator de risco, nem todos os bebês, mas na maioria. (P03, fonoaudióloga)*

*Vai depender das ações do profissional, que comprometem o futuro deles. As ações de enfermagem podem comprometer o desenvolvimento deles. (P09, técnica de enfermagem)*

*É muito tempo de UTIN, oxigênio, barulho, muito manuseio. (P10, técnica de enfermagem)*

*Depende do ambiente que ele ficar depois, da família, do contexto que ele vai estar, da situação socioeconômica. (P02, enfermeira)*

*Mas depois vai depender também de como vai ser esse cuidado em casa. Como vai ser a continuação da estimulação que é o ponto crítico. Essa parte toda de estimulação e desenvolvimento que a família vai ter com a criança. (P13, fonoaudióloga)*

As ações mais relatadas pelos profissionais para estimulação do desenvolvimento dos bebês internados em UTIN foram: conversar (f=7); estimular a parte motora (f=6); introduzir móveis e coisas pessoais dos bebês, como roupinhas, (f=3); passear fora da UTIN com bebês que ficam muito tempo internados (f=3); proceder a um posicionamento correto (f=2); utilizar contenção (f=2); estimular a parte motora-oral (f=2); tocar o bebê (f=2) e cantar (f=2). Alguns profissionais relataram não realizar nenhuma atividade para promover o desenvolvimento dos bebês (f=6), e outros delegaram essas ações para os demais, como fisioterapeuta (f=6) e fonoaudiólogo (f=2).

Com relação ao ambiente de trabalho, os profissionais relataram tanto sentimentos positivos (f= 32) quanto negativos (f= 29), com prevalência dos primeiros. Há um sentimento de bem-estar (f=10) e de realização pessoal (f= 9), considerando que gostam de trabalhar em UTIN (f= 3) e no hospital em que atuam (f=3). O ambiente da UTIN foi descrito como tranquilo, havendo um bom relacionamento entre os colegas.

*Eu adoro muito do que eu faço na UTIN, tenho a maior paixão (P02, enfermeira)*

*É um trabalho que eu adoro muito de fazer, muito mesmo. Me identifico totalmente com a área. (P15, psicóloga)*

*Eu adoro muito o que eu faço. Então eu fico tranqüila no meu ambiente de trabalho e as coisas vão acontecendo. Eu estou ali e eu adoro o que eu faço então é tranqüilo. (P13, fonoaudióloga)*

*Eu adoro. A turma é unida, eu fico com falta. A gente se tornou tão família. (P27, técnica de enfermagem)*

Quanto aos aspectos negativos, o ambiente de trabalho é caracterizado como tenso, pesado, estressante e agitado, com muita pressão e cobrança sobre os profissionais. Alguns profissionais relatam sentimentos de angústia e sofrimento gerados pelo trabalho em terapia intensiva, no qual se lida cotidianamente com o risco de morte.

*Eu percebo que eu sou muito cobrada aqui dentro. (P03, fonoaudióloga)*

*É um trabalho muito apaixonante ao mesmo tempo é muito angustiante. Porque eu saio daqui hoje com vinte bebês, eu conheço praticamente todos pelo nome (...). Amanhã eu posso chegar aqui e não ter dois bebês, não ter um bebê que veio a óbito. (P05, psicóloga)*

*Aqui é um ambiente um pouco tenso. Tem uma demanda de serviço muito grande, tanto por eu ser responsável por uma equipe e está orientando quanto pelas intercorrências que ocorrem normalmente com os bebês, os nascimentos, a manutenção dos equipamentos. Isso tudo influencia muito e causa um estresse. (P12, enfermeira)*

*Eu trabalhava sobre pressão o tempo todo durante o dia. (P17, técnica de enfermagem)*

São relatados ainda problemas referentes à hierarquia do setor (f=2), problemas estruturais (f= 4), falta de reconhecimento e valorização profissional (f= 2), o que somado às características do trabalho em UTIN faz com que os profissionais se sintam cansados e desestimulados (f= 10).

*Mas nesses últimos meses tenho andado desestimulada, cansada. Você trabalha e parece que as coisas continuam sempre iguais, as mesmas. Não tem um diferencial. (...) Não tem um reconhecimento aqui. A gente é muito exigido. Pouca coisa evolui, somente a técnica, os equipamentos, a tecnologia, mas nós*

*profissionais tivemos pouca evolução, nós profissionais não tivemos cuidado. Não há incentivo nenhum. (P02, enfermeira)*

*O que me aborrece é quando o menino está mal cuidado e o problema de hierarquia com os enfermeiros. A falta de critério no trabalho me estressa muito, não fazer uma fiscalização do trabalho. (...) Aqui falta muito material, eu posso ir na gerência reclamar, e o meu emprego? (P09, técnica de enfermagem)*

*Muito cansada. E quando eu faço uma carga horária maior e em casa também eu não descanso. (P16, técnica de enfermagem)*

*Às vezes eu fico chocada, desmotivada. (...) Falta material. Uma bomba de seringa tem que andar para todos os boxes, e o que acontece se a dieta dura duas horas e o outro tem uma medicação de uma hora? Aí não dá, porque só tem uma bomba. Aí você vai falar com o enfermeiro, não é com ele é no setor de compras, e lá nós não temos espaço para ir lá. (P28, técnica de enfermagem)*

Quanto aos cuidados com a própria saúde, 11 profissionais relatam não cuidar ou cuidar pouco de sua saúde, 12 buscam manter uma alimentação equilibrada, 10 praticam exercícios físicos regularmente e 9 procuram ir ao médico periodicamente e fazer os exames necessários. Outros temas são também mencionados: não trabalhar quando está doente (f= 3), vacinação (f= 2), uso de equipamentos de proteção individual, ler prontuário para saber histórico de patologias do bebê e da mãe, ter horário de dormir (f= 2), descansar no final de semana (f=2), passear (f= 2), e outros tipos de recreação e distração, tais como trabalhos manuais, leitura e filmes.

Um percentual importante dos profissionais relatou não cuidar ou cuidar pouco de sua saúde (f=11, 37,93%), apresentando motivos como o excesso de trabalho, elevada carga horária, atividades extras ao trabalho, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e falta de um serviço de apoio, como se percebe nas falas:

*O que menos a gente cuida. Sou muito relapsa com isso. O que acontece que a gente trabalha muito, e temos uma tendência a estar deixando a gente por último. (P01, médica)*

*Muito pouco. A gente trabalha muito e cuida pouco da gente, dorme pouco, come mal. (P02, enfermeira)*

*A saúde a gente não cuida, a gente vai empurrando. Porque a gente cuida da saúde dos outros, mas nós profissionais não temos quem cuida da nossa saúde. Porque a gente depende muito de favor, essa parte a gente deveria ter um acesso mais fácil para cuidar da saúde. Nós profissionais da saúde, a gente sabe cuidar da saúde dos outros, da nossa a gente não sabe. O acesso é mais difícil. E os*

*profissionais da saúde estão doentes, mais que a população. (P08, técnica de enfermagem)*

*Não tenho muito tempo para me cuidar. A gente vai levando. Se ninguém vai morrer com o meu problema, então tá bom. (...) A gente se frustra muito. A gente tem problemas fora, e aqui tem que estar sorrindo, alegre. Devia ter um profissional para cuidar disso aqui, reunir os profissionais, conversar sobre os problemas. (P10, técnica de enfermagem)*

*Eu não cuido. (...) É uma rotina de trabalhar, tem que ganhar dinheiro, pagar as contas, cuidar do marido, dos filhos. Eu sempre posso deixar as minhas coisas para depois porque o meu trabalho é mais importante. (P 11, médica)*

### 3.3.1.3 Classe 5 - Categoria: Participação da Família

Na categoria Participação da Família são expressos os conteúdos referentes à importância do vínculo familiar e às práticas realizadas para incentivar a permanência dos pais na UTIN, a participação dos mesmos nos cuidados ao bebê e a presença de outras pessoas do grupo familiar, como irmãos e avós. Esta foi a maior de todas as classes, com 312 UCEs, representando 29,66% dos dados. As palavras com maior  $X^2$  são mãe e pai; as demais podem ser verificadas na Tabela 7 abaixo:

Tabela 7 - Palavras relacionadas à classe “participação da Família”

Palavra*	$X^2$	Palavra*	$X^2$
Mãe+	202	Vir+	35
Pai+	101	Visit+	31
Avo+	46	Conhec+	31
Convers+	42	Particip+	30
Acompanh+	39	Importância	28
Incentiv+	37	Explic+	28

\* Forma reduzida

As palavras plenas mais representativas foram: *mãe, pai, avós, conversa, acompanhar, incentiva, vir, visitas, conheço, participação, importância, explicar, família e fala*. Outras palavras também se destacam como específicas desta classe:

*aleitamento materno, banco de leite, canguru, colo, cuidado, direto, irmão, vínculo, acolhimento, contato, carinho e horário de visita.*

Verifica-se por meio dos conteúdos que os profissionais entendem a importância do *contato* e da *participação* dos pais junto ao bebê, apontando, para tanto, algumas ações como os *horários de visita*, nos quais os *avós* e *irmãos* também participam. Há um incentivo ao *aleitamento materno*, com o trabalho do *banco de leite*, bem como à posição *canguru*, ao *colo* e aos *cuidados diretos*. O acolhimento da família é realizado por meio das *conversas* com pais e familiares, *explicações* e *falas*, no sentido de favorecer o *vínculo* familiar.

As práticas mais realizadas nesse sentido são: conversar com a mãe/pai (f= 8); incentivar o contato pelo toque o mais precoce (f= 6); permitir a participação nos cuidados com o bebê (f= 6) e acompanhá-los durante esses cuidados (f=3); informar a família sobre as condições do filho (f= 5); orientar os pais e familiares quanto as especificidades da UTIN e do cuidado ao RN (f= 4); incentivar a aproximação (f=5), incentivar e permitir que os pais peguem os filhos no colo quando este apresentar condições para tal (f= 5); incentivar a posição canguru (f= 4); e incentivar uma maior proximidade e participação do ‘pai’ (f= 4). Algumas falas são ilustrativas:

*Dar orientação, incentivar mãe a estar participando, vindo todo dia, saber o que está acontecendo, amamentando, em contato com o neném. Passando informação para os pais. Quando o bebê pode o canguru a gente incentiva. (P01, médica)*

*Conversar, conhecer o histórico da família, falar da importância da presença da mãe, principalmente, do acompanhamento da mãe, incentivar a participação, a demonstração de carinho, conversar com ela. Falo que o bebê conhece a mãe pelo cheiro, pela voz. (P10, técnica de enfermagem)*

*Às vezes eles demoram muito para querer pegar, por medo também. Porque eles ficam doidos para pegar mais tem medo aí eu pergunto: você quer pegar? Coloco no colo deles e fico falando: nossa que menino lindo. (...) Eu tento estreitar os laços dos pais com os filhos. (P14, fisioterapeuta)*

*Têm mães que queriam dar banho, se a gente tiver orientação e for liberado para isso, a gente deixa a mãe dar banho. A gente fica perto, ensina como. Tem*

*muitas coisas que elas aprendem com a gente também, que a gente orienta de como fazer. (P20, técnica de enfermagem)*

*Sempre estou interagindo, conversando, perguntando se tem alguma dúvida ou se precisa de alguma informação para procurar a gente. (P22, enfermeira)*

*Sim, do pai também. A gente tenta às vezes fazer o pai canguru. (P23, fonoaudióloga)*

Com menor frequência, outras ações foram mencionadas pelos participantes como a conscientização dos pais (f= 2), o incentivo às visitas dos avós (f=2) e outros visitantes (f= 2), o trabalho dos psicólogos e assistentes sociais (f= 2), a explicação sobre o ambiente e as orientações à equipe. A prática do aleitamento materno também é citada como uma maneira de estreitar os laços entre mãe-bebê e como forma de participação direta no processo de recuperação da criança.

*Tentar ligar o leite materno à saída do bebê do hospital. Fortalecer a questão do vínculo mãe-bebê. (P05, psicóloga)*

*Falo da importância do aleitamento, além do vínculo, peço pros pais terem mais contato com os bebês, esclareço que não tem que mamar logo, só o fato de estar no colo sentindo o cheiro do leite faz o bebê ter o próprio estímulo. (P07, técnica de enfermagem)*

*Porque a gente sabe que além de ser a melhor nutrição promove mais vínculos, menos riscos sociais e tem também a questão do apego. (P12, enfermeira)*

#### **3.3.1.4 Classe 2 - Categoria: Estimulação Oral**

Na categoria Estimulação Oral são colocadas as práticas dos profissionais em relação ao estímulo oral para o aleitamento materno e também para amenizar a dor do RN. O uso da sucção não-nutritiva é a ação mais utilizada pelos participantes e cumpre esta dupla funcionalidade. Esta classe é composta por 158 UCEs (15,02%) e suas palavras mais significativas estão descritas na Tabela 8.

Tabela 8 - Palavras relacionadas à classe “Estimulação Oral”.

Palavra*	X <sup>2</sup>	Palavra*	X <sup>2</sup>
Sug+	84	Estímul+	63
Dedo_de_luva	84	Chupet+	56
Sucção	78	Sond+	50
Coloc+	67	Glicose	46
Peit+	67	Chor+	44
Leit+	63	Boca	35
Diet+	63	Sucção_não-nutritiva	34

\* Forma reduzida

As palavras plenas mais significativas são: *sugar, dedo de luva, sucção, coloc, peito, leite, dieta, estímulo, chupetinha, sonda, começa, glicose, chorando, boca, sucção não-nutritiva, frio, fonoaudióloga, respirar, água e bico*. As palavras específicas da classe foram: *banho, fralda, oral, chuquinha, mamadeira, seio materno, temperatura, medicação, punção, enrola, aspirar, acalentar, ninho e procedimento doloroso*.

Pelas palavras que compõem a classe, percebe-se uma dupla funcionalidade da estimulação oral: para o desenvolvimento da sucção e, conseqüentemente, para o aleitamento materno. Além destas, a estimulação oral é também utilizada para amenizar a dor e o estresse do bebê. As técnicas de *sucção não-nutritiva, dedo de luva e chupetinha*, aparecem como práticas realizadas para ambos os fins. No aleitamento materno, elas aparecem como meio de se conseguir que o bebê desenvolva a *sucção*, com a estimulação de toda a *boca*, mesmo começando da *dieta por sonda*, até que possa ser colocado no *peito* para *sugar o leite* materno. Essas técnicas também são utilizadas na ocorrência de um *procedimento doloroso*, ao *puncionar* uma veia ou *aspirar* as vias aéreas superiores. Outros meios também destacados foram *banho, enrolamento, ninho e medicação*.

O trabalho de estimulação oro-facial é apresentado como característico da função do fonoaudiólogo (f=14), sendo esta uma ação que visa desenvolver a propriocepção e os reflexos orais do RN, a saber, de busca, vômito e mordida. Este trabalho de estímulo à sucção e deglutição se inicia sem a ingestão de líquido, que gradativamente vai sendo inserida, para se chegar à amamentação. Neste sentido, a sucção não-nutritiva é considerada uma importante prática nesse processo.

Além da sucção não-nutritiva (f=8), para realizar a estimulação oral os profissionais relataram as seguintes práticas: orientação das mães durante a amamentação (f=3), massagem na boca do bebê (f=2), além do incentivo à posição canguru, orientações das fonoaudiólogas, uso de glicose e restrições à utilização de bicos artificiais.

*No caso dos bebês que não estão sugando, o tal do dedinho não-nutritivo, uma gotinha de glicose quando eles não querem pegar. Na hora da dieta colocar o dedinho ou o próprio dedo com luva, para estimular a sucção dele. (P 07, técnica de enfermagem)*

*Ensina a mãe a massagear a boca do neném, a sugar o dedo. Peço orientação da Fono. (P10, técnica de enfermagem)*

*Eu faço, eu coloco muito no canguru, vejo o posicionamento e o tônus da cabeça. (P14, fisioterapeuta)*

*A sucção, a gente coloca o dedo de luva e estimula o céu da boca que a fonoaudióloga já ensinou fazendo o movimento bem lento no céu da boca para ver se ele tem estímulo. (P 29, técnica de enfermagem)*

Nos procedimentos dolorosos, para amenizar a dor dos bebês, os profissionais também relatam realizar a sucção não-nutritiva (f= 19), com utilização do “dedo de luva” (f= 8), glicose (f= 4) ou chupeta (f=4). Outras técnicas também são utilizadas: contenção (f=4), ninho (f= 3), minimizar outros estímulos do ambiente (f= 3), enrolamento (f=2), banho fora do horário (f=2), cuidado no manuseio (f=2), respeitar o limite de tentativas nos procedimentos, como a punção (f=2), e paninhos sobre a cabeça

(f=2). Também é mencionada a utilização de medicamentos para dor (f=9) e sedativos (f=2), ressaltando-se a importância da avaliação da equipe sobre o estado do bebê.

*Quando a gente percebe que o bebê não está bem, temos a liberdade de chegar para o médico e falar, para elas passarem alguma coisa, geralmente dipirona, paracetamol, luftal quando é cólica. (P06, técnica de enfermagem)*

*A gente não costuma usar não. Quando as meninas vão passar a sonda, por exemplo, elas pedem a gente faz um tramal, um analgésico. Por exemplo, quando eu vou fazer punção lombar eu não costumo bloquear para fazer porque aí são duas furadas. (P11, médica)*

*A gente vai à prescrição vê se tem uma medicação, a gente administra. Se não tem, a gente passa as condições do bebê à médica e ela vai estar tomando providência e em seguida a gente toma a providência técnica. (P17, técnica de enfermagem)*

*Às vezes a gente faz. Às vezes até sedativo. Mas às vezes não. (P21, médica)*

### 3.3.1.5 Classe 4 - Categoria: Cuidados com o Ambiente Sensorial

Nesta categoria encontram-se os conteúdos referentes ao manejo do meio ambiente da UTIN e dos procedimentos, com as ações realizadas visando a adequação da luminosidade, do nível sonoro e da manipulação com o bebê. Esta classe apresenta 203 UCEs, contemplando 19,3% do total. As palavras com maior  $X^2$  desta classe são apresentadas na Tabela 9 abaixo:

Tabela 9 - Palavras relacionadas à classe “Cuidados com o Ambiente Sensorial”

Palavra*	$X^2$	Palavra*	$X^2$
Luz+	136	Ruido+	61
Incubadora+	111	Tent+	59
Apag+	97	Manuse+	58
Barulh+	78	Evit+	57
Procedimento+	69	Iluminac+	51

\* Forma reduzida

As palavras plenas na categoria Cuidados com o Ambiente Sensorial mais significativas foram: luz, incubadora, barulho, procedimento, ruído, tenta, manuseio,

*evitar, iluminação, horário, alarme, claridade, portinhola, escuro, dormir, hora e diminuir.* Outras palavras importantes que constituem a classe: *deixar, manipular, apertando, berço, box, examinar, colher, furar, puncionar, lavar as mãos, higienização, manuseio mínimo, paninho, quietinho, luminosidade, luz apagada e minimizar.*

Várias práticas são mencionadas para se adequar o ambiente sensorial da UTIN à proposta de um ambiente humanizado: a) quanto à iluminação - apagar a luz e colocar um paninho sobre a incubadora para diminuir a claridade; b) quanto aos ruídos - apertar o alarme, minimizar o barulho na incubadora como fechar a portinhola com as duas mãos e não esbarrar no berço; e c) cuidados na manipulação com o bebê - higienização, lavar as mãos, manuseio mínimo, respeitar os horários do bebê, como o de sono e deixar o bebê quietinho após o procedimento.

Quanto às ações para se adequar a iluminação na UTIN, os participantes relatam apagar as luzes quando acabam os cuidados (f= 17), cobrir a incubadora com paninhos ou lençóis (f= 10), utilizar toquinhas cobrindo os olhos dos bebês (f= 4), diminuir a luz (f= 3), utilizar proteção ocular em bebês quando em fototerapia (f=2), realizar cuidados em bloco (f= 2), além de intercalar lâmpadas, cobrir o rosto do bebê e lateralizá-lo para diminuir a intensidade da luz sobre seu rosto.

*A gente se preocupa muito com isso. Na incubadora coloca uns paninhos por cima, tenta colocar mais toquinha para eles ficarem com o olho mais fechadinho. O box quando a gente sai apaga a luz. A gente tenta dar para eles a noção de dia e noite. Se tiver em fototerapia usar proteção ocular, apagar a lâmpada. (P06, técnica de enfermagem)*

*Eu termino o atendimento e apago a luz. Procuo chamar todo mundo, você tem que atender um neném, aí vamos lá. Você tem que fazer o quê? Você tem que aferir sinais, examinar? Aí, o que eu faço, todo mundo faz, eu faço a fisioterapia, vou posicionar, apagar a luz e aí ninguém mais vai mexer nele. (P24, fisioterapeuta)*

Quanto às ações para diminuir o nível de ruído na UTIN, os profissionais apontam: os cuidados no manuseio da incubadora (f=16), como não bater, esbarrar ou escrever (f=11) e ao abrir e fechar as portinholas (f= 5); desligar os alarmes

prontamente (f= 9); evitar conversar (f= 7); falar baixo (f= 5); promover “horários de silêncio” (f=3); orientar a equipe (f=2); deixar o celular no modo vibratório (f=2); utilizar protetor auricular em ocasiões de barulho extremo (f=2); e diminuir o ruído (f=2). Além dessas ações, os relatos indicam que os profissionais orientam os pais, evitam manipular o bebê e utilizam toquinhas cobrindo o seu ouvido.

*Evitar conversar, principalmente dentro do box, celular sempre no vibracall, na hora de abrir a portinhola ter cuidado. Baixar a intensidade vocal, evitar bater na incubadora, que é o cuidado ao manusear a criança, tanto no berço quanto na incubadora, evitar esbarrar. (P03, fonoaudióloga)*

*Não bater com a porta na incubadora, evitar bater no berço, tem berço comum lá também, que a gente evita. Ter calma, pegar, ter cuidado de não estar dando pancada na incubadora, batendo a caneta, ou prancheta, a gente faz o mínimo possível para não ter ruído. (P 20, técnica de enfermagem)*

Os profissionais relatam ter muitas dificuldades para intervir sobre o excesso de luminosidade e ruído na UTIN, decorrentes da constante vigilância que os profissionais têm que ter sobre o estado clínico do bebê, monitoramento dos parâmetros via alarme sonoro, a grande quantidade de pessoas circulando na UTIN (profissionais do próprio setor e de outros), e da falta de bom senso de algumas pessoas:

*Procura ter o menor ruído possível, mas como é grande o número de profissionais fica complicado. (P01, médica)*

*O tempo inteiro falando para a equipe falar mais baixo, até para os pais e impedir a entrada de gente que não é do setor. (P15, psicóloga)*

*Você fez o procedimento, a gente sempre tenta estar apagando, lógico que sempre tem um que volta lá e volta e acende de novo, e a gente tenta acostumar que para poder estar apagando para não estar levando excesso de luz para essa criança. (P22, enfermeira)*

*A gente começa a falar alto, a gente esquece. A gente está conversando às vezes dá uma gargalhada, faz uma brincadeira. Aí então a gente começa, a gente está prestando mais atenção nisso. (P23, fonoaudióloga)*

*Aqui não tem como, aqui é muito barulhento mesmo. (P27, técnica de enfermagem)*

Várias ações já assinaladas também são referidas pelos profissionais quando executam os procedimentos e manipulam os bebês: lavar as mãos e ter higiene (f=9);

conversar com os bebês (f= 7); respeitar o estado comportamental do bebê (f= 5); organizar o bebê no leito (f= 4); observar os parâmetros clínicos do bebê (f=4); utilizar luva (f= 4) e capote (f= 3); separar o material com antecedência (f= 3); manter a boa postura do bebê (f=3); respeitar o mínimo manuseio (f=2); observar sempre o que está fazendo (f=2); e realizar os cuidados em bloco (f=2). Além dessas práticas são mencionadas também o planejamento do procedimento, a delicadeza ao realizar os movimentos, aguardar o bebê se acalmar após a intervenção, conversar e orientar a mãe, incentivar a posição canguru e o contato com o bebê, carinho e mudança de decúbito.

*Diminuir a manipulação com o manuseio mínimo, aproveitar para fazer o atendimento quando ele já está sendo manipulado, para deixar o bebê descansar, diminui o stress. (P01, médica)*

*Procura dar postura, pro bebê não ficar perdido, ficar acolhido. Observar durante o procedimento se o bebê sente desconforto. (P03, fonoaudióloga)*

*Falo com ele o que vou fazer, depois falo com ele quando termino. Preparo todo material, deixo próximo para ser mais rápido. (P08, técnica de enfermagem)*

*O procedimento da gente é a desinfecção, estar sempre com as mãos limpas, as unhas limpas, sempre todo tempo que tiver mexendo com o bebê tem que estar mantendo a mão limpa. Ai a higienização da mão é muito importante. (P20, técnica de enfermagem)*

*Antes do procedimento a gente planeja, vê como o bebê está, se podemos aguardar um pouco mais, caso não seja de emergência. Durante o procedimento, dá a contenção, tentar manter o conforto do bebê. Deixá-lo mais organizado possível. E depois do procedimento, seria a contenção para ele poder se organizar da melhor forma possível e não ficar se batendo muito gastando energia e se estressando. Isso até ele se acalmar durante uns dez minutos. (P12, enfermeira)*

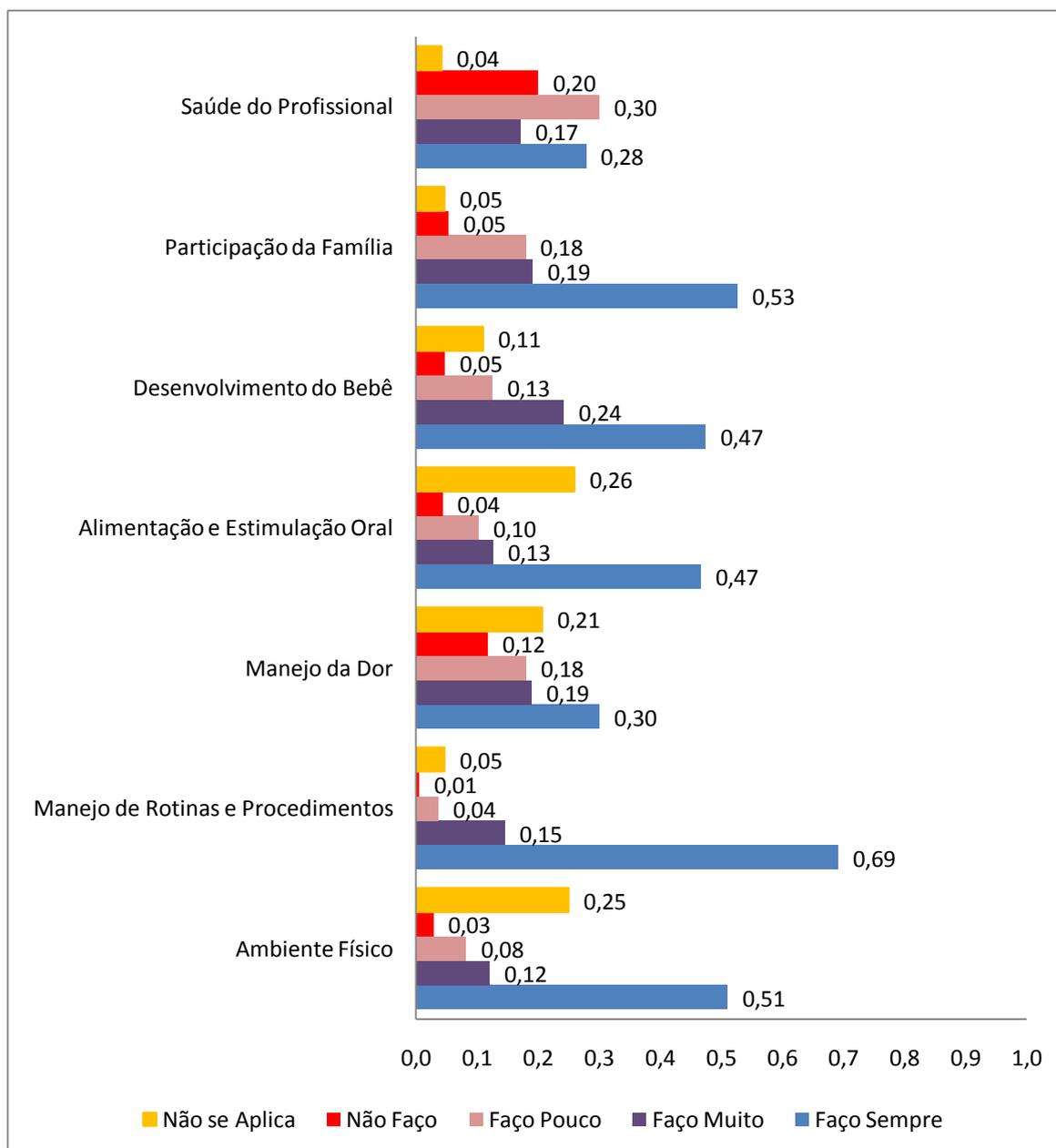
### **3.3.2 Dados dos Questionários de Práticas**

Nesta seção serão apresentados os dados provenientes dos Questionários de Práticas (Apêndice D) com o levantamento da frequência de ocorrência dos itens propostos nestes instrumentos. Foram respondidos 28 questionários, os quais eram compostos por 7 itens: 1) Ambiente Físico (iluminação, ruído e localização do berço ou

incubadora); 2) Manejo de Rotinas e Procedimentos (cuidados antes, durante e depois dos procedimentos); 3) Manejo da Dor; 4) Alimentação e Estimulação Oral; 5) Desenvolvimento do Bebê; 6) Participação da Família; e 7) Saúde do Profissional. Os dados de cada item serão descritos a seguir.

Os itens que receberam mais respostas “Faço Sempre” foram: o Manejo de Rotinas e Procedimentos (69,1%) e Participação da Família (52,6%), sendo estes então os mais realizados pelos profissionais. Os itens com mais respostas “Não Faço” foram: Saúde Profissional (20%) e Manejo da Dor (11,7%), práticas, então, menos realizadas pelos profissionais. O Manejo da Dor e o Desenvolvimento do Bebê foram os itens com maior proporção de respostas “Não se Aplica”, com 20,7% e 11% respectivamente. A frequência das respostas e sua proporção para cada item encontra-se no Apêndice H.

A distribuição das respostas por item pode ser visualizada na Figura 6, a seguir:



*Figura 6.* Proporção das respostas dos profissionais ao Questionário Práticas de Humanização em UTIN.

### 3.3.2.1 Ambiente Físico

O item Ambiente Físico apresentava 14 questões, referentes à Iluminação (2 questões), ao Ruído (10 questões) e à Localização do berço ou incubadora (2 questões). No total, obteve-se 388 respostas, com 4 respostas em branco, sendo 51% “Faço Sempre”, 15% “Faço Muito”, totalizando 63% de respostas positivas; 8,2% de respostas

“Faço Pouco” e 2,8% “Não Faço” para as práticas de Humanização propostas, como se observa na Tabela 10, abaixo.

Tabela 10 – Respostas dos profissionais ao item Ambiente Físico do Questionário de Práticas de Humanização em UTIN.

Respostas N=28 Sub-itens	Faço Sempre		Faço Muito		Faço Pouco		Não Faço		Não se Aplica	
	f	p	f	p	f	p	f	p	f	p
	Iluminação (2 questões)	28	.50	2	.036	2	.036	1	.018	22
Ruído (10 questões)	159	.57	42	.15	28	.10	10	.035	39	.14
Incubadora (2 questões)	11	.20	3	.05	2	.03	0	-	39	.70
TOTAL (14 questões)	198	.51	47	.12	32	.08	11	.028	100	.25

Legenda: f= frequência; p= proporção.

No subitem Iluminação obteve-se 50% de respostas Faço Sempre, com um total de 53,6% de respostas positivas (Faço Sempre ou Faço Muito). A prática “Cobre a incubadora para reduzir a luz ambiente” obteve 82% de respostas positivas, sendo que 75% dos profissionais responderam que a realizam sempre. A prática de cuidado “Regula a intensidade luminosa à noite, garantindo a diferenciação entre dia e noite” obteve somente 32,14% de respostas positivas, tendo 16 profissionais assinalado que esta prática não se aplicava à sua função, o que pode ser justificado pelo fato de que os participantes trabalhavam no turno da manhã.

No subitem Ruído, com 57% de respostas “Faço Sempre” e 15% de “Faço Muito” (72% de respostas positivas), as práticas de cuidado que se destacaram foram:

“Manipula a incubadora com cuidado” (com 85,7% de respostas “Faço Sempre”), “Responde rapidamente aos alarme” (com 78,67% de respostas “Faço Sempre”), e “Evita batucar os dedos na superfície da incubadora” (com 71,42% de respostas Faço Sempre).

O subitem Localização do berço ou da Incubadora obteve 70% de respostas “Não se Aplica”, justificando-se pelo fato de que a manutenção e localização da incubadora são determinadas pelos setores de reparos do hospital e pelo espaço físico da UTIN, respectivamente.

### **3.3.2.2 Manejo de Rotinas e Procedimentos**

No Item Manejo de Rotinas e Procedimentos (com 12 questões) havia 3 subitens: Cuidados Antes dos Procedimentos (com 3 questões), Cuidados Durante os Procedimentos (com 5 questões) e Cuidados Depois dos Procedimentos (com 4 questões), contabilizando 334 respostas e duas respostas em branco. Para todas as práticas de cuidado mencionadas 69% dos profissionais afirmaram realizá-las sempre. O tipo e a proporção de respostas podem ser visualizadas na Tabela 11, a seguir.

Tabela 11 - Respostas dos profissionais ao item Manejo de Rotinas e Procedimentos do Questionário de Práticas de Humanização em UTIN

Respostas N=28 Sub-itens	Faço Sempre		Faço Muito		Faço Pouco		Não Faço		Não se Aplica	
	f	p	f	p	f	p	f	p	f	p
	Cuidados Antes (3 questões)	59	.70	16	.19	6	.07	1	.011	2
Cuidados Durante (5 questões)	88	.62	32	.22	11	.07	1	.007	8	.05
Cuidados Depois (4 questões)	84	.76	16	.14	4	.36	0	-	6	.05
TOTAL (12 questões)	231	.69	64	.14	21	.03	2	.005	16	.04

Legenda: f= frequência; p= proporção

No tocante aos Cuidados Antes dos Procedimentos obteve-se 70% de respostas “Faço Sempre” e 19% “Faço Muito”, contabilizando 89% de respostas positivas, destacando-se a prática “Melhora a posição e a contenção do bebê” como uma ação que é sempre executada (82,14%). Já os Cuidados Durante os Procedimentos contaram com 62% de respostas “Faço Sempre” e 22% de respostas “Faço Muito”, num total de 84% de respostas positivas. Deste subitem, a prática que se destaca é “Planeja o procedimento e organiza o material com antecedência” com 85,71% de respostas “Faço Sempre”. O terceiro subitem, Cuidados Depois dos procedimentos, obteve 76% de respostas na modalidade “Faço Sempre” e 14,5% de respostas “Faço Muito” (90,5% de respostas positivas), onde a equipe indicou a resposta “Observa as dicas do bebê sobre sua organização” como uma ação sempre realizada.

### 3.3.2.3 Manejo de Dor

No item Manejo da Dor foram apresentadas quatro práticas não-farmacológicas para amenizar a dor do bebê, as quais obtiveram 30% de respostas “Faço Sempre”, 18,9% “Faço Muito”, 18% “Faço Pouco” e 11,7% “Não Faço”. As respostas “Não se Aplica” (21%) foram relatadas, principalmente, pelos profissionais Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas e Psicólogos, que geralmente não atuam em procedimentos dolorosos, e ainda por um médico (P21) e duas técnicas (P25 e P28). As respostas deste item podem ser visualizadas na Figura 7.

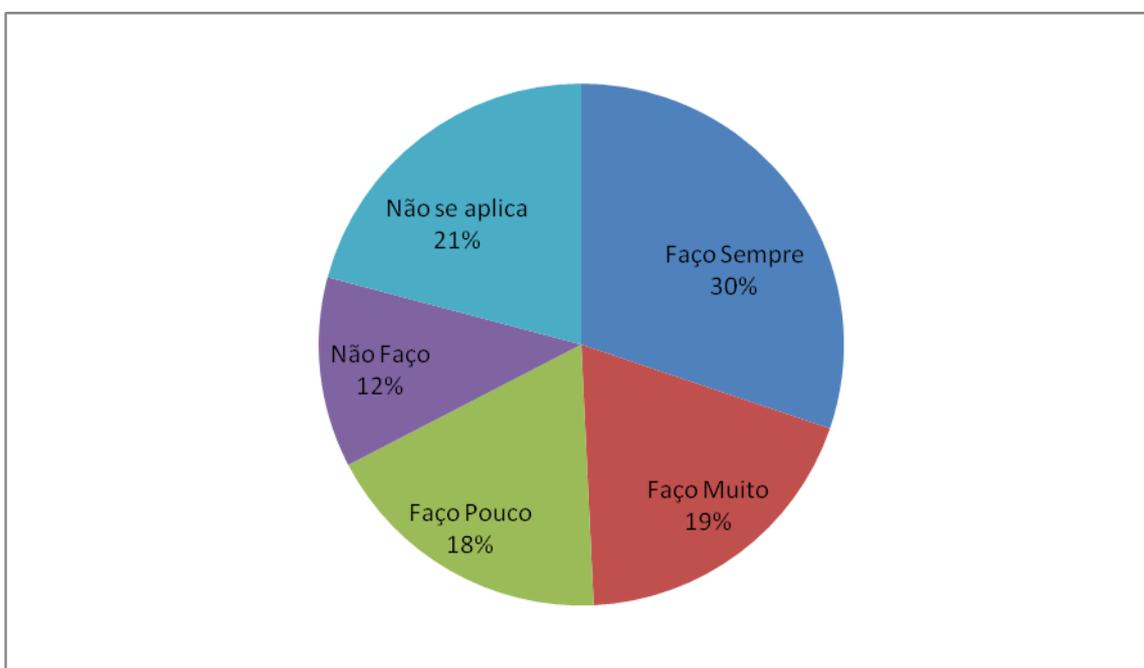


Figura 7. Proporção das Respostas dos profissionais ao Item Manejo da Dor

Dentre as práticas de manejo da dor, destaca-se “Utiliza sucção não-nutritiva” com 42,85% de respostas “Faço Sempre” e 17,85% “Faço Muito” (com 60,7% de respostas positivas) e “Oferece sacarose” com 32,1% de respostas “Não Faço” e 25% de respostas “Faço Pouco” (totalizando 57,1% de respostas negativas).

### 3.3.2.4 Alimentação e Estimulação Oral

O item Alimentação e Estimulação Oral apresentava 9 práticas de cuidado que previam ações de estimulação da sucção, melhor ambiente para alimentação e incentivo ao aleitamento materno, dentre outros. Destas ações, 46,65% foram marcadas como “Faço Sempre”, 12,6% como “Faço Muito”, 10,25% “Faço Pouco”, 4,3% “Não Faço”, e 26% de respostas “Não se Aplica” para estas práticas. Os profissionais que mais relataram essa última resposta são os que menos se relacionam com a prática de alimentação, como os médicos, fisioterapeutas e psicólogos. Na Figura 8 pode-se visualizar a proporção das respostas neste item.

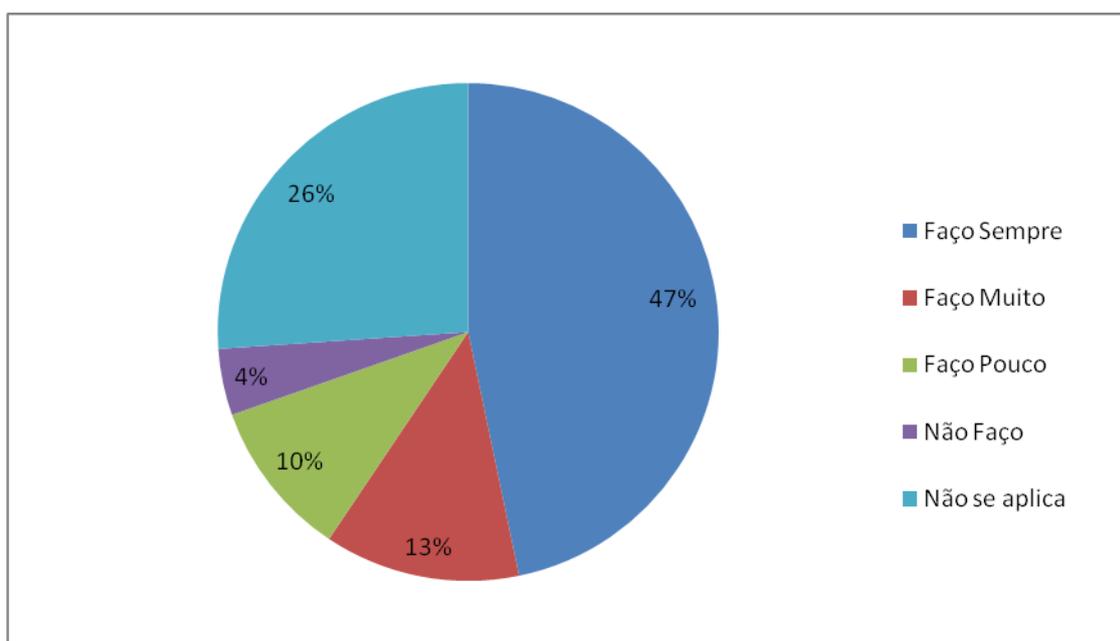


Figura 8. Proporção das respostas dos profissionais ao item Alimentação e Estimulação Oral

As práticas mais relevantes deste item foram “Não oferecer ao bebê nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno” com 67,85% de respostas “Faço Sempre” e “Encoraja a amamentação sob livre demanda” com 64,28% de respostas “Faço Sempre”. Os profissionais Fonoaudiólogos, principais responsáveis pela prática

de alimentação e estimulação oro-facial dos RN, assinalaram unanimemente a ação “ajuda a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto” como “Não se Aplica”, tendo respondido às outras com respostas positivas.

### 3.3.2.5 Desenvolvimento do Bebê

No item Desenvolvimento do Bebê foram colocadas 11 práticas de promoção ao desenvolvimento do RN e à sua organização. Dessas práticas, 47,4% dos profissionais responderam “Faço Sempre”, 24,2% “Faço Muito”, 12,5% “Faço Pouco”, 4,7% “Não Faço”, e 11% de respostas “Não se Aplica”. Essas respostas podem ser visualizadas na Figura 9.

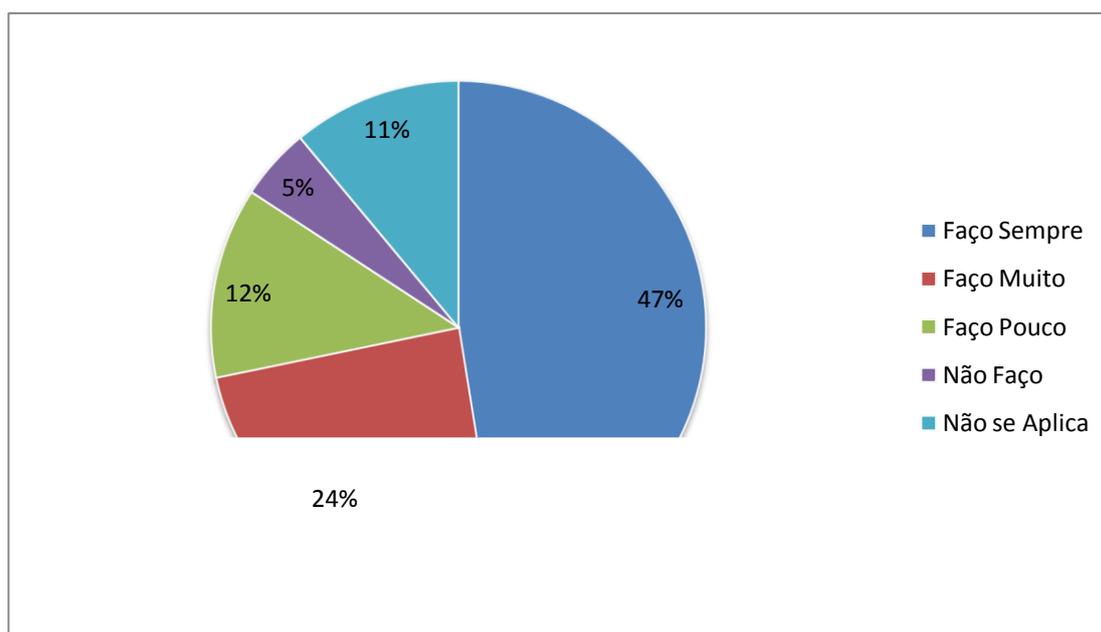


Figura 9. Proporção das respostas dos profissionais ao item Desenvolvimento do Bebê

As práticas que se destacam neste item são “Tocar no bebê de forma vagarosa e segura” (com 82,14% de respostas “Faço Sempre”), “Utilizar rolinhos de tecido para dar suporte ao corpo do bebê” (com 64,28% de respostas “Faço Sempre”), “Oferecer

contenção quando o bebê está desorganizado” (com 60,7% de respostas “Faço Sempre”) e “Realizar algum tipo de estimulação visual” (com 35,7% de respostas “Faço Pouco” e 21,4% de “Não Faço”). Médicos e psicólogos foram os que mais relataram que tais práticas não se aplicavam à sua função.

### 3.3.2.6 Participação da Família

Este item aborda as práticas de incentivo à permanência e participação da família junto ao bebê, com 6 questões, as quais podem ser visualizadas na Figura 10, que contém a proporção de respostas positivas (“Faço Sempre” + “Faço Muito”) e com baixa frequência e/ou negativas (“Faço Pouco” + “Não Faço”).

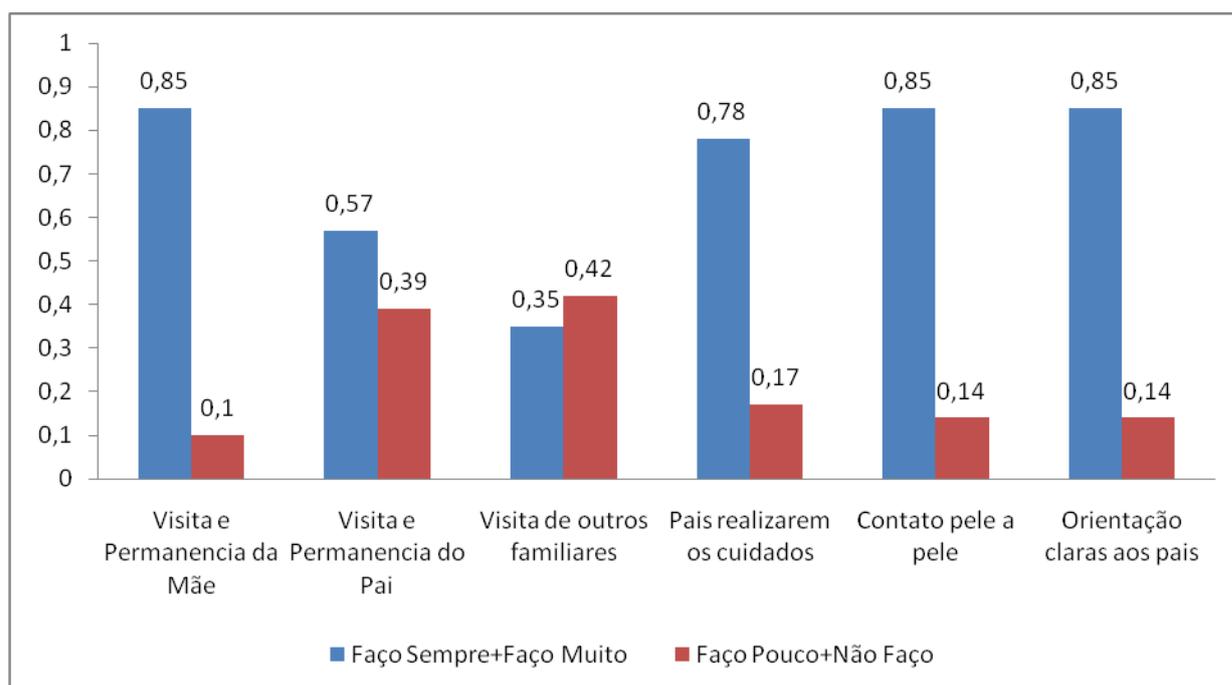


Figura 10. Proporção das respostas dos profissionais ao Item Participação da Família

Neste item as práticas que se destacaram foram “Incentivar as visitas e a permanência da mãe o maior tempo possível com o bebê” e “Estimular o contato pele a pele dos pais com bebê”, ambas com 67,8% de respostas na modalidade “Faço Sempre”.

As respostas “Incentivar a visita e a permanência do pai o maior tempo possível com o bebê” e “Incentivar as visitas de outros familiares do bebê” foram as ações menos realizadas pelos profissionais.

### 3.3.2.7 Saúde do Profissional

Este item compreende as práticas de cuidado à saúde do próprio profissional, com 30% de respostas “Faço Pouco,” 27,8% “Faço Sempre”, 20% “Não Faço” e 17,1% “Faço Muito”. As práticas que mais se destacaram neste item foram: “Participar de grupos de apoio” (com 71,4% de respostas “Não Faço”), “Procurar ajuda quando necessita” e “Cuidar da própria saúde”, ambas com 42,8% de respostas “Faço Pouco”. As respostas “Não se Aplica” (4,2%) se referiram às ações de procurar descansar quando o plantão permitir e participar de grupos de apoio. A proporção das práticas positivas (“Faço Sempre” + “Faço Muito”), com baixa frequência e negativa (“Faço Pouco” + “Não Faço”) pode ser visualizada na Figura 11, a seguir.

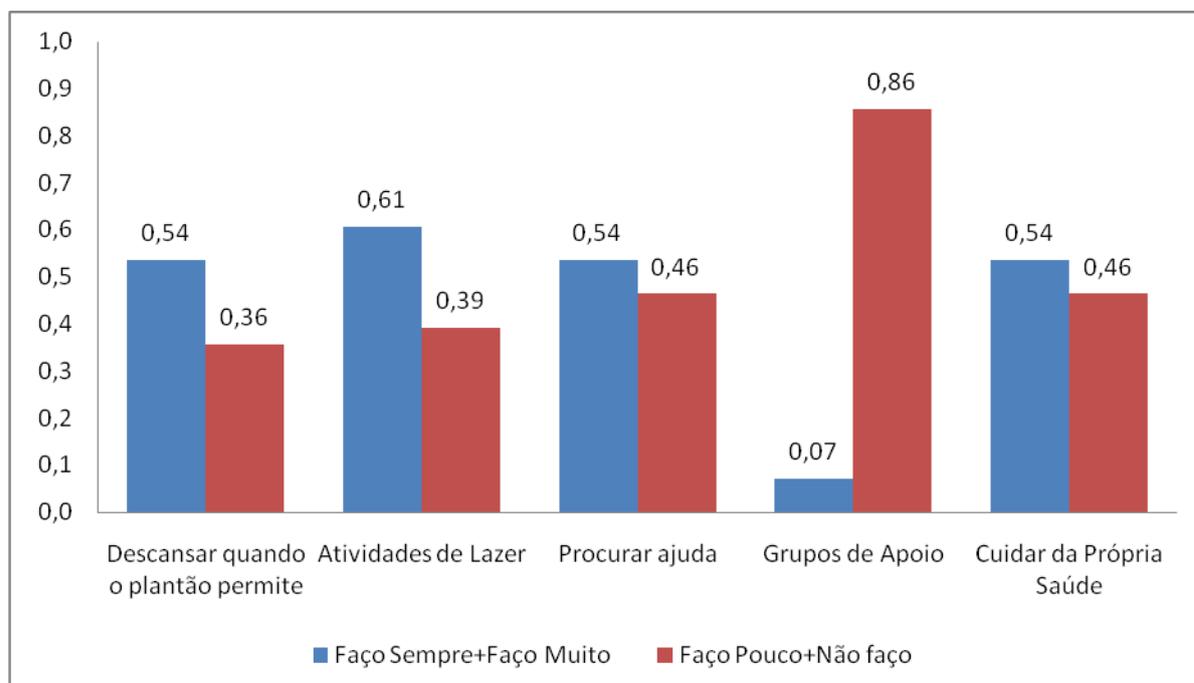


Figura 11. Proporção das respostas dos profissionais ao item Saúde do Profissional

### 3.3.3 Dados dos Protocolos de Observação

Foram realizadas observações de 27 profissionais (amostra total=29) desempenhando suas atividades na UTIN, mediante o Protocolo de Observação (Apêndice E) que identificava itens apresentados nos demais instrumentos deste estudo (luminosidade, sonoridade, manejo de rotinas e procedimentos, manejo da dor, alimentação e estimulação oral, desenvolvimento do bebê e participação da família).

As atividades realizadas pelos profissionais foram reunidas em 4 grupos:

1) Procedimentos Dolorosos (f=5): punção de veia, punção lombar, colocação de Cateter Central de Inserção Periférica - PICC (*Peripherally Inserted Central Cateter*) e coleta de sangue;

2) Alimentação (f=11): administração de dieta e auxílio durante a amamentação;

3) Atividades de Rotina (f=9): banho, troca de fralda e administração de medicação;

4) Atendimentos Especializados (f=7): exame médico clínico, fisioterapia respiratória, recepção de bebê vindo de pós-operatório e sua transferência para a UTIN, colocação de equipamento de oxigênio de pressão positiva contínua nas vias aéreas (*Continuous Positive Airway Pressure* - CPAP), e acompanhamento dos familiares durante visitas à UTIN.

Em geral, cada profissional (n= 27) foi observado realizando uma atividade, sendo que cinco destes foram observados enquanto realizavam duas ou mais atividades seguidas, como alimentação e atividades de rotina (por exemplo, banho e dieta). O tempo médio de observação foi de 11,6 minutos (variando entre 5 e 20 minutos).

O cálculo da frequência e proporção dos comportamentos de todas as observações (n=27) referentes aos itens 'Luminosidade', 'Sonoridade', 'Manejo de Rotinas e Procedimentos', 'Desenvolvimento do Bebê' e 'Participação da Família',

serão apresentados em conjunto primeiramente. Para os itens ‘Manejo da Dor’ e ‘Alimentação e Estimulação Oral’ serão apresentados somente as atividades dos grupos Procedimentos Dolorosos e Alimentação, respectivamente, uma vez que estes contêm as práticas específicas destas atividades.

### 3.3.3.1 Item: Luminosidade

Neste item constava o comportamento de adequar a iluminação por meio de manter a luz apagada ou cobrir a incubadora para proteger os olhos do bebê. Das atividades observadas (n=27), em somente quatro delas as lâmpadas estavam apagadas (14,81%), sendo que a maioria das observações foi realizada durante o turno matutino. Nas 17 atividades nas quais o bebê encontrava-se na incubadora, 58,82% delas estavam descobertas (f=10) e 29,41% estavam cobertas parcialmente (f=5), como se observa na Tabela 12.

Tabela 12 – Item Luminosidade: Frequência e Proporção dos comportamentos.

<b>Luminosidade</b>	<b>f</b>	<b>p</b>
Luz apagada	4	.14
Incubadora coberta parcialmente protegendo os olhos do bebê durante o procedimento	5	.29
Incubadora descoberta durante o procedimento com o bebê	10	.58

Legenda: f= frequência; p= proporção

### 3.3.3.2 Item: Sonoridade

Os comportamentos observados no item Sonoridade, com sua frequência e proporção, no tocante ao manuseio da incubadora, uso de rádio, tom de voz, uso de celular e ação de desligar alarmes dos equipamentos, podem ser visualizados na Tabela 13. Do número total de observações (n=27), em 17 os bebês encontravam-se na incubadora; nas demais os bebês estavam nos berços.

Tabela 13 - Item Sonoridade: Frequência e Proporção dos comportamentos

Sonoridade		f	p
Manuseio da incubadora (n=17)	Abrir e fechar as portinholas da incubadora com as duas mãos	7	.41
Manuseio da incubadora (n=17)	Abrir e fechar as portinholas da incubadora com uma mão	4	.23
Equipamentos e materiais em cima da incubadora (n=17)	Equipamentos e materiais necessários ao procedimento são colocados sobre a “capa” em cima da incubadora	4	.23
	Equipamentos e materiais necessários ao procedimento são colocados diretamente sobre a incubadora	6	.35
Toque na incubadora (n=17)	Não apóiam sobre a incubadora	13	.76
	Apóiam sobre a incubadora	2	.11
Rádio <sup>7</sup>	Fica desligado em horário de pico	0	-
	Fica ligado em horário de pico	0	-
Voz (durante o manuseio)	Tom de voz baixo/normal	23	.85
	Tom de voz alto	2	.07

Continua

<sup>7</sup> Não havia rádio em nenhuma UTIN

Continuação

		<b>Sonoridade</b>	<b>f</b>	<b>p</b>
Voz (durante o manuseio)	Tom de voz em gargalhadas		0	-
Celular	Desligado ou na função <i>vibracall</i>		26	.96
	Ligado		1	.04
Equipamentos (bomba de infusão e monitores) (n=13)	Fica atenta e desliga		11	.84
	Fica atento e chama em tom alto outra pessoa para desligá-lo		0	-
	Fica atento, mas não desliga		2	.15
	Não presta atenção		0	-

Legenda: f= frequência; p= proporção

Quanto ao manuseio da incubadora, nas 17 atividades realizadas com os bebês que se encontravam nesse local, 7 profissionais abriram e fecharam as portinholas com as duas mãos e 4 abriram as portinholas com uma só mão; 6 colocaram os materiais necessários aos procedimentos diretamente sobre a incubadora, 4 colocaram o material sobre um pano em cima da incubadora, sendo que em uma atividade foi utilizada uma mesa para aporte dos materiais. Na maioria das atividades (76,47%), os profissionais não apoiaram qualquer parte do corpo sobre a incubadora, mas, quando o fizeram (f=2), utilizaram o equipamento como suporte para escrever.

Na execução das atividades, o tom de voz dos profissionais (n=23), em sua grande maioria, manteve-se baixo ou normal (85,18%). Dois permaneceram em silêncio durante todo o procedimento e dois se dirigiram a outro profissional em tom de voz alto. O celular foi mantido desligado ou no modo vibratório praticamente em todas as observações (96,29%). Somente um participante deixou o telefone ligado, atendendo a chamada durante a assistência. No que se refere ao disparo sonoro emitido pelos

equipamentos durante a atividade (f=13), em 84,61% das observações o alarme foi desligado pelo profissional.

### 3.3.3.3 Item: Manejo de Rotinas e Procedimentos

Este item contempla os comportamentos referentes à atenção dirigida, posição e contenção do bebê, planejamento e organização do procedimento, cujos comportamentos com respectivas frequência e proporção estão apresentados na Tabela 14, a seguir.

Tabela 14 - Item Manejo de Rotina e Procedimentos: frequência e proporção dos comportamentos

<b>Manejo de rotinas e procedimentos</b>		<b>f</b>	<b>p</b>
	Concentrado no procedimento/bebê em silêncio	6	.22
Atenção dirigida	Concentrado no procedimento/ fala sobre procedimentos/materiais	13	.48
	Concentrado no procedimento/ fala outro assunto	7	.25
	Não concentrado	-	-
Posição e contenção do bebê	Melhora a posição do bebê para realizar o procedimento	22	.88
	Não melhora a posição do bebê	3	.11
	Bebê contido	21	.77
	Bebê livre	4	.14
Planejamento e organização	Procedimento planejado	23	.85
	Procedimento não planejado	2	.07
	Material organizado com antecedência	18	.66
	Material não organizado com antecedência	5	.18
	Dois cuidadores, um para realizar o procedimento e outro para conter o bebê	7	.29

Continua

Continuação

<b>Manejo de rotinas e procedimentos</b>		<b>f</b>	<b>p</b>
	Um cuidador para realizar o procedimento	18	.66
Planejamento e organização	Em seguida, deixou o bebê sem ser manipulado, pelo menos de 3 a 5 minutos	16	.59
	Realizou outro procedimento imediatamente	4	.14
	Após intervenção ofereceu suporte para o bebê se acalmar	12	.44
	Após intervenção não ofereceu suporte para o bebê se acalmar	2	.074

Legenda: f= frequência; p= proporção

Quanto à atenção dirigida, 13 profissionais mantiveram-se concentrados e falando sobre os procedimentos/materiais (48,14%), 7 mantiveram-se concentrados e falando de outros assuntos (25,92%), e 6 mantiveram-se concentrados na atividade e em silêncio (22,22%).

Nas atividades observadas, 21 profissionais utilizaram alguma contenção para o bebê (77,77%) e 4 deixaram o bebê livre (14,81%). A grande maioria das atividades foi planejada (85,18%, f=23), em que se verificou que o procedimento fazia parte da rotina do profissional ou sua execução estava prevista no prontuário. Em 66,66% das atividades os profissionais organizaram o material com antecedência (f=18) e em 18,5% o material não foi organizado previamente (f=5).

Quanto ao número de cuidadores, em 66,66% das atividades os profissionais estavam sozinhos realizando o procedimento (f=18) e em 29,62% estavam acompanhados por outro profissional, sendo um para realizar o procedimento e outro para conter o bebê (f=7).

Em 59,25% das atividades, os profissionais não voltaram a manipular o bebê, pelo menos por um período de 3 a 5 minutos (f=16), mas 14,81% realizaram outro procedimento logo em seguida (f=4). Dos profissionais, 44,44% ofereceu suporte após a intervenção para o bebê se acalmar (f=12).

### 3.3.3.4 Item: ‘Desenvolvimento do Bebê’

Este item apresenta os comportamentos dos profissionais que visavam estimular e promover o desenvolvimento do bebê, tais como, estimulação visual, auditiva, tátil, e medidas para manter o bebê organizado. A frequência e proporção dos comportamentos apresentados deste item encontram-se descritos na Tabela 15.

Tabela 15 - Item Desenvolvimento do bebê: frequência e proporção dos comportamentos

Desenvolvimento do bebê		f	p
Realiza algum tipo de estimulação visual	Sim	3	.14
	Não	18	.86
Realiza algum tipo de estimulação auditiva	Sim	16	.69
	Não	7	.31
Realiza algum tipo de estimulação tátil	Sim	12	.57
	Não	9	.43
Alterna posição para organizá-lo	Sim	16	.89
	Não	2	.11
Oferece contenção quando o bebê está desorganizado	Sim	14	.93
	Não	1	.07

Legenda: f= frequência; p= proporção

A estimulação visual foi a prática menos frequente (14%) entre os profissionais; a estimulação auditiva ocorreu em 69% das observações e a tátil em 57%. Dezesesseis

profissionais realizaram o comportamento de alternar a posição do bebê para organizá-lo (59, 25%) e 14 apresentaram o comportamento de oferecer contenção quando o bebê estava desorganizado (51,85%).

### 3.3.3.5 Item: Participação da Família

Do total de 27 observações, a família esteve presente em 8 atividades, a maioria de auxílio à amamentação e administração de dieta (f=5). Em todas as atividades os profissionais estimularam as mães a realizarem os cuidados, e em 87,5% as orientações foram claras e precisas sobre como entender e manipular o bebê (f=7). A Tabela 16 apresenta estes resultados.

Tabela 16 - Item Participação da família: frequência e proporção dos comportamentos

Participação da Família		f	p
Estimula os pais a realizarem os cuidados com o bebê	Sim	8	1
	Não	0	-
Dá orientações claras sobre como manipular o bebê	Sim	7	.87
	Não	1	.12

Legenda: f= frequência; p= proporção

### 3.3.3.6 Item: ‘Manejo da Dor’

Neste item, as ações de contenção, de sucção não-nutritiva, de sacarose e suporte após a intervenção para o bebê se acalmar foram estratégias utilizadas para amenizar a dor do bebê em situações estressantes. Foram observados cinco procedimentos dolorosos: duas punções de veia periférica, uma colocação de cateter (PICC), uma punção lombar e uma coleta de sangue para exame. Em dois procedimentos (colocação

de PICC e coleta de sangue) as crianças estavam sedadas. A contenção foi realizada nas cinco condições observadas e quando a sedação não foi utilizada (f=3) as ações tiveram por objetivo ‘oferecer suporte para o bebê se acalmar’.

### 3.3.3.7 Item: ‘Alimentação e Estimulação Oral’

Este item do instrumento abarcava comportamentos relativos à estimulação oral e às condições de alimentação do bebê como prontidão e local em que esta se realizava. Foram observadas 11 atividades de Alimentação que incluíram as práticas de administrar a dieta do bebê (f=8) e auxiliar a mãe durante a amamentação (f=3). Nas dietas (f=8), dois bebês já sugavam e foram alimentados pelo copinho. Em somente 33,33% das observações realizadas os profissionais utilizaram a sucção não-nutritiva concomitante à alimentação por sonda.

Do total de atividades observadas (n=11), 9 profissionais avaliaram a prontidão do bebê para ser alimentado e 6 utilizaram um local aconchegante para alimentar o bebê, como o colo, por exemplo. Na Figura 12 pode ser visualizada a frequência de comportamentos referentes ao item Alimentação e Estimulação Oral.

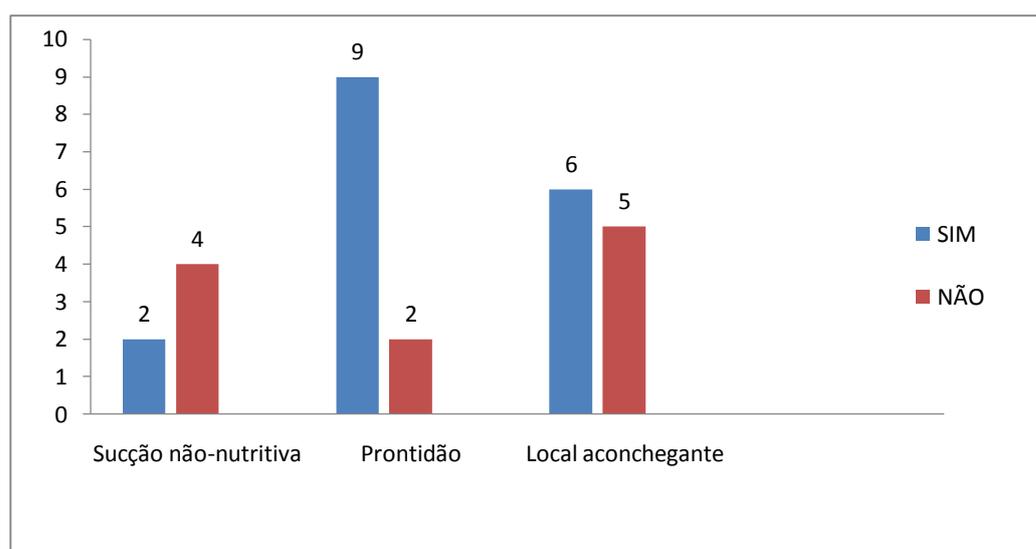


Figura 12. Frequência dos comportamentos apresentados pelos profissionais no item Alimentação e Estimulação Oral

#### 4. DISCUSSÃO

O bebê PT e BP internado em UTIN encontra-se exposto a múltiplos fatores adversos, necessitando de intervenções que procurem ativar mecanismos de proteção e neutralizar fatores de risco para o seu desenvolvimento. A AHRNBP – MC constitui-se como uma abordagem perinatal que visa à humanização da assistência prestada, por meio de uma adaptação técnica e atitudinal, com vistas a garantir um equilíbrio no atendimento de suas necessidades biológicas, ambientais e familiares, buscando favorecer sua trajetória desenvolvimental.

Considerando-se a importância das estratégias de humanização e de intervenção hospitalar no atendimento ao paciente, esta pesquisa teve por objetivo investigar a concepção de Humanização e de Cuidado Humanizado da equipe de profissionais da UTIN, bem como suas práticas de assistência ao recém-nascido, tendo em vista as influências diretas do microssistema da Unidade Neonatal sobre o seu desenvolvimento. O profissional é um elo fundamental nesse processo, tornando-se relevante refletir sobre suas concepções, sua participação ativa no cuidado ao bebê e sobre as relações que estabelece no seu cotidiano na UTIN, elementos considerados pontos-chave da humanização da assistência ao RN.

Assim, por intermédio da identificação das concepções e práticas em saúde é possível realizar uma avaliação inicial do Cuidado Humanizado, em que pese a compreensão da múltipla influência dos diferentes contextos desenvolvimentais, conhecendo as potencialidades e as deficiências no atendimento em UTIN, na tentativa de favorecer a construção de estratégias para melhorar a assistência prestada. Para tanto, buscou-se por meio deste estudo responder às seguintes questões:

- Qual a concepção de humanização dos profissionais de saúde que atendem ao recém-nascido internado em UTIN? e

- Quais são as práticas de cuidado a este recém-nascido e como elas são realizadas por estes profissionais?

Buscou-se também investigar as percepções dos profissionais sobre o bebê PT e BP, além das orientações e ações desenvolvidas pelo setor de Humanização Hospitalar e pelo responsável técnico da UTIN no sentido de humanizar a assistência na Unidade Neonatal.

Para responder a estas questões foram realizadas entrevistas, aplicados questionários e protocolos de observação com os profissionais de saúde que atuam diretamente no atendimento aos bebês internados na Unidade Neonatal. Entrevistas com os responsáveis técnicos destas unidades e coordenadores do setor de Humanização do hospital também foram levantadas, complementando o conjunto de informações.

A Humanização, enquanto política pública, surge como proposta para promover uma nova cultura de atendimento em saúde, com o objetivo de ofertar uma assistência de qualidade, unindo os avanços tecnológicos com o acolhimento, bem como melhorar os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais de saúde. O atendimento humanizado se estabelece, dessa maneira, a partir da valorização dos diferentes sujeitos implicados nesse processo e da conjugação entre a tecnologia e os fatores subjetivos e relacionais (Brasil, 2000, 2004; Ferreira, 2005).

As concepções de Humanização dos profissionais de saúde se aproximaram dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH), fundamentando-se na valorização das relações interpessoais, na consideração do outro como sujeito, nos elementos altruístas do cuidado e no cuidado junto às famílias, entendendo-a em oposição ao modelo médico-tecnicista. Nestas, a prevalência dos aspectos relacionais vai ao encontro da proposta da política ministerial que ressalta a mudança no modelo de

atendimento em saúde, com o aprimoramento das relações entre profissionais e usuários (Brasil, 2000, 2004).

Esses resultados se assemelham aos de Rolim e Cardoso (2006) e Beck et al (2007), os quais apontavam que a assistência humanizada era percebida pelos profissionais a partir do resgate dos aspectos emocionais, do fortalecimento das relações interpessoais e do aprimoramento dos sentimentos internos, sendo identificada como cuidado integral, que trata o outro como gostaria de ser tratado, e onde haja respeito, atenção e carinho.

Os profissionais entendem a Humanização a partir das relações interpessoais estabelecidas entre profissional-bebê e profissional-família, com uma reconfiguração da relação paciente-profissional, é *“você conversar com o paciente, colocar o seu pessoal trocando alguma informação com o cliente”*. A assistência deve ser centrada no respeito ao outro como sujeito, em uma melhor comunicação e orientação do paciente e sua família e, sobretudo, do seu acolhimento. Esses princípios, pautados nos valores de solidariedade e alteridade, são considerados de grande importância na produção de mudanças na cultura assistencial (Brasil, 2000, 2005). Nesse sentido, Deslandes (2004) refere um dos significados da Humanização como oposição à violência física e psicológica dirigida ao usuário quando há negação da sua humanidade. Esse ato violento se dá pelo não reconhecimento dos direitos do usuário, pela falta de compreensão de suas demandas e expectativas e pela imposição de determinados valores e normas.

Da mesma forma, partindo-se da meta almejada pela política de Humanização, qual seja, promover uma mudança na cultura de atendimento em saúde, os profissionais entrevistados também compreendem o atendimento humanizado como um modo de assistência oposto ao modelo médico-tecnista, fundamentado numa perspectiva

medicalizante e hospitalocêntrica de saúde (Amestoy, Shwartz & Thofehern, 2006; Costa, Figueiredo & Shawrich, 2009; Foucault, 1979a, 1979b; Martins, 2004). No relato dos profissionais, a Humanização “*é uma palavra pesada que teve que ser usada para nós (...) da saúde tecnicista, porque nosso paciente está numa posição passiva, submissa*”. Atualmente, o profissional questiona o processo de despersonalização institucional que reduz o paciente à sua patologia, bem como sua submissão ao saber médico e a priorização de procedimentos tecnológicos.

Na pesquisa de Rolim e Cardoso (2006), os resultados também apontam a oposição entre Cuidado Humanizado e cuidado tecnicista/generalista, o qual se estabelece por meio da ênfase dada aos recursos materiais e tecnológicos, contribuindo para a realização de comportamentos automatizados e para o estabelecimento de uma rotina exaustiva e estressante. O Cuidado Humanizado, ao contrário, acontece a partir da preocupação com qualidade da assistência, que se quer integral, por meio de uma sensibilização do profissional para o trato ao bebê e sua família.

A proposta da Humanização busca romper com essa lógica médica-tecnicista, priorizando o bem-estar do paciente, percebendo-o para além de sua doença, e propondo melhorias no ambiente hospitalar e nas relações interpessoais. A Humanização, portanto, pode ser relacionada à possibilidade de comunicação e diálogo (Deslandes, 2004). Por meio do processo comunicativo, da linguagem, os sentimentos dos usuários podem ser expressos e compreendidos, assegurando que o cuidado seja pautado no seu reconhecimento como sujeito. É nesse sentido que a comunicação é colocada como eixo central pela PNH para o estabelecimento de uma assistência integral, pautando-se nas necessidades apontadas pelos pacientes, seus familiares e pela equipe de saúde. A comunicação possibilita o desenvolvimento de uma rede de significações entre os diferentes sujeitos implicados no cuidado em saúde. Dessa forma, afirma-se que

humanizar também é garantir a qualidade da comunicação, compreendendo o outro em sua singularidade e em suas necessidades (Beck et al, 2007; Deslandes, 2004, Oliveira & Macedo, 2008).

Outro ponto relacionado à concepção de Humanização para os profissionais entrevistados diz respeito aos aspectos da própria assistência, com atenção às especificidades do atendimento em UTIN e do paciente em questão. Os profissionais ressaltam os cuidados em relação ao conforto do bebê, seu acolhimento juntamente com sua família, além dos cuidados com o meio ambiente da UTIN, entendidos como potencializadores de seqüelas para o RN.

Os bebês PT e BP enfrentam logo ao nascer um período de separação brusca de sua mãe e de privação de contato pele a pele, podendo ter prejuízos na formação de ligações afetivas e conseqüentemente em sua trajetória desenvolvimental (Bowlby, 1997; Brazelton & Cramer, 1992; Klaus & Klaus, 2001). A presença da família na unidade neonatal e sua participação nos cuidados com o bebê podem ser consideradas ações profiláticas quanto ao desenvolvimento das relações desse grupo familiar, agindo, ainda, de forma a minimizar seu sofrimento (Böing & Crepaldi, 2004; Brasil, 2002; Bronfenbrenner, 2002; Lamy, 2006; Linhares et al, 2004). Sendo assim, torna-se extremamente importante para a preservação do desenvolvimento afetivo dos bebês a adoção de estratégias que possibilitem a presença dos pais na UTIN, cuja efetivação dependerá principalmente da intervenção da equipe de saúde.

O acolhimento à família é realizado pelos profissionais por meio das conversas com os pais e familiares, explicando e dando informações de forma clara, no sentido de favorecer sua presença junto ao bebê e o vínculo familiar. Assim, os participantes destacam o oferecimento de orientação, o incentivo à mãe para que participe dos

cuidados e visitando seu filho, e à adoção da posição canguru, quando o estado clínico do bebê permitir.

A presença da família é um aspecto apontado pelos participantes como muito importante para a oferta de uma assistência integral na unidade neonatal, o que foi observado na associação entre as classes Humanização e Participação da família destacada pelo Alceste. O bebê não é visto mais como isolado da família, mas pertencente à mesma, a qual deve receber e cuidar de seu novo membro. Dessa forma, a humanização do cuidado ao RN deve priorizar o acolhimento da família e sua participação ativa junto ao bebê.

A relação entre atenção humanizada ao RN enfermo e participação da família também foi encontrada nos estudos de Henning, Gomes e Gianini (2006) e Rolim e Cardoso (2006), os quais apontam a importância dada pelos profissionais à presença e participação dos pais durante a internação do bebê. Isso se estabelece por meio de ações de apoio e promoção de condições para que os pais possam estabelecer um contato mais próximo com seus filhos e uma participação mais efetiva nos cuidados.

Assim, para os profissionais humanizar seu atendimento implica em manter uma boa relação com a família, mantendo-a bem informada sobre o estado do filho e orientada quanto aos vários aspectos do tratamento na unidade neonatal, incentivando sua presença na UTIN e atuação nos cuidados, por meio do toque, do colo, nas trocas de fralda e no banho. Este aspecto foi o mais mencionado pelos profissionais como forma de humanizar seu atendimento ao RN PT e BP, estando em consonância com a concepção de humanização identificada nos relatos.

As ações implementadas pelos profissionais tiveram por objetivo garantir a relação de apego entre pais-bebê, ajudando nos primeiros contatos e na realização dos cuidados ao filho, dentre elas destacam-se os horários de visita, nos quais os avós e

irmãos também participam, o incentivo ao aleitamento materno, com o trabalho do Banco de Leite, o incentivo à posição canguru e ao colo. Foram observadas poucas atividades em que um dos pais estivesse presente, mas, em todos os casos, eles foram estimulados a realizar os cuidados, a maioria recebendo orientações claras sobre como manipular o bebê. Desse modo, os profissionais conseguiram estabelecer uma boa comunicação com a família acerca dos procedimentos que deveriam realizar.

Essas práticas também foram encontradas nos estudos de Henning et al (2006), com destaque para o fornecimento de informações claras aos pais e incentivo à sua participação nos cuidados assistenciais. Contudo, as autoras apontam as dificuldades que os profissionais apresentaram em ouvir a real demanda da família em relação ao bebê, e da baixa emissão de respostas dos profissionais que citavam procedimentos nos quais as mães participavam.

A Humanização do atendimento aos RNs é preconizada nas três UTINs pesquisadas, as quais recebem orientações específicas das chefias quanto às ações a serem realizadas. Entre as ações preconizadas se destacam o incentivo ao aleitamento materno, o contato e a participação dos pais e os cuidados com o ambiente sensorial. O aleitamento materno foi mencionado por todas as chefias, com referências ao trabalho do Banco de Leite, a sala de coleta, e todo o trabalho de orientação e auxílio às mães ao longo do processo. Este deve ser iniciado o mais precocemente possível, sendo o profissional da fonoaudiologia aquele que atua mais diretamente com as mães e os bebês para garantir o atendimento destas ações.

As práticas relacionadas à alimentação e estimulação oral do bebê foram menos associadas pelos profissionais ao Cuidado Humanizado, sendo designadas mais especificamente ao fonoaudiólogo, apesar de também serem realizadas pelos técnicos de enfermagem. É daquele profissional a responsabilidade de todo o trabalho de

estimulação oral do RN, com o objetivo de desenvolver a habilidade de sucção do bebê, necessária ao processo de amamentação.

Dentre as estratégias mencionadas pela equipe estão a sucção não-nutritiva, a massagem na boca dos bebês, o incentivo à posição canguru, as orientações à mãe quanto as restrições à utilização de bicos artificiais, além do uso exclusivo de leite materno e do encorajamento da amamentação sob livre demanda. Foi possível observar na equipe comportamentos de avaliar a prontidão do bebê para ser alimentado na maioria das atividades observadas e o uso de local mais aconchegante para realização da alimentação do bebê, como o colo da mãe ou do profissional. O uso de sucção não-nutritiva concomitante à alimentação por sonda foi pouco observado.

O contato dos pais com o bebê e sua participação nos cuidados ao seu filho também foram apontados pelos responsáveis técnicos das três unidades neonatais, com a possibilidade de livre acesso aos pais (visita aberta), incentivo ao toque e, posteriormente, à participação na assistência (como banho e troca de fralda, por exemplo). Ressaltam-se, também, no item de acolhimento à família, a possibilidade de visita de outros familiares (como avós e outras pessoas significativas) e a boa comunicação entre profissional e família, destacando-se o trabalho dos profissionais psicólogos e assistentes sociais. Quanto aos cuidados ambientais, apenas uma UTIN fez menção, e previa a redução do ruído, respeito ao horário de sono e posicionamento adequado do bebê no leito.

As ações referidas, de um modo geral, respondem aos três objetivos da assistência humanizada ao RN de baixo peso, a saber: maior apego entre mãe e criança, incentivo ao aleitamento materno, e melhor desenvolvimento e segurança da criança (Brasil, 2000). Pode-se dizer que as orientações são no sentido de promover o envolvimento da família, estímulo à lactação e ambiente mais adequado ao

desenvolvimento do RN. Contudo, em alguns pontos, pode-se perceber uma lacuna entre as orientações e as práticas nas unidades neonatais. Isso se deve em grande parte a falta de padronização de rotinas e treinamentos específicos, bem como a inadequação na estrutura das UTINs, como apontado pelas chefias e pelos profissionais de saúde.

Um dos pontos cruciais da Humanização é a presença da família durante o tempo de internação da criança. Contudo, várias são as dificuldades encontradas pelas unidades neonatais nesse aspecto, que apesar de já terem estabelecido a Visita Aberta, e a visita de outros familiares e pessoas significativas para a família, não dispõem de uma boa estrutura física para acomodação dos mesmos. Além disso, em somente uma unidade (Hospital B) foi mencionado algum tipo de atividade de suporte durante a permanência da mãe (apresentação de filmes promovida pelo setor de Pediatria).

Para desenvolver as estratégias de humanização requeridas pela PNH torna-se fundamental no Mesossistema uma boa interligação Família-UTIN. Bronfenbrenner (2002) afirma que o potencial de desenvolvimento de um Mesossistema relaciona-se diretamente ao grau de comunicação entre os ambientes e o tipo de relação que estabelecem. Nesse sentido, a equipe da UTIN e a família devem manter um bom padrão comunicacional e estabelecer ligações simétricas, de confiança e orientação positiva com vistas a beneficiar a trajetória desenvolvimental do bebê.

Na UTIN, devido à separação de seus pais imposta aos bebês, os profissionais, como cuidadores primários também são chamados a dar atenção adicional para o RN e para a situação na qual se encontra a família, com o objetivo de reduzir o estresse e promover as capacidades próprias dos pais para cuidarem de seus filhos. Dessa maneira, ofertando um suporte à família na unidade neonatal, atuariam como mediadores no processo desenvolvimental da criança. Todavia, sabe-se que as relações estabelecidas no Mesossistema UTIN-Família são caracterizadas geralmente por um nível

comunicacional reduzido, devido, principalmente, à falta de tempo para estabelecer um diálogo mais prolongado. Este fator pode gerar, conforme Evans e Wachs (2010) apontam, uma “descontinuidade” entre os dois Microssistemas, ocasionando tanto a carência comunicativa quanto a falta de concordância entre eles. Este tipo de vínculo entre esses ambientes pode afetar negativamente o desenvolvimento do RN.

Ainda que a participação do ‘pai’ não tenha sido apresentada como uma das ações mais efetivamente realizadas, esta estratégia foi mencionada por alguns profissionais entrevistados como sendo uma prática que deve ser incentivada e estimulada. Esse baixo resultado pode decorrer da própria dinâmica da UTIN que, ao invés de aproximar, afasta e dificulta o estabelecimento de uma relação mais íntima entre o pai e o bebê, conforme apontam Martins de Barros e Trindade (2007) em pesquisa sobre as representações de maternidade e paternidade com mães de filhos PT. Dessa forma, baseados em representações tradicionais de “mãe” e “pai”, a equipe acaba excluindo a figura paterna dos cuidados com o filho, sobrecarregando a mãe. Dessen e Silva (2004) destacam a importância da participação do pai nos programas de intervenção precoce voltados a uma atuação conjunta da família, inclusive por contribuir na redução do estresse materno.

A posição canguru foi considerada uma forma de obter maior aproximação entre o bebê e seus pais, por meio do contato direto pele a pele, em que não se troca somente calor, mas carinho e aconchego. Da mesma forma, o aleitamento materno, além da função primordial de nutrição do RN, indispensável para seu ganho de peso e futura alta, foi referido como uma forma de aproximar mãe e bebê, promovendo a construção de vínculos afetivos entre a díade (Araújo, Otto & Schmitz, 2003; Nascimento & Issler, 2004; Venâncio & Almeida, 2004).

A vinculação dos bebês aos seus cuidadores, principalmente os pais, é um ponto crítico para seu desenvolvimento. A internação do RN na UTIN interfere na efetividade dos processos proximais estabelecidos entre estes sujeitos, encurtando a duração das trocas de energia entre o desenvolvimento infantil e seu entorno imediato (Evans & Wachs, 2010). Dessa forma, um suporte adequado oferecido pela equipe de saúde e seu empenho em estimular o envolvimento parental nos cuidados ao RN atua de forma a aumentar a qualidade do cuidado que a criança recebe, promovendo seu desenvolvimento.

Como a AHRNBP-MC centraliza-se na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família “objetivando maior apego entre mãe e criança, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança da criança, inclusive quanto ao manuseio e o relacionamento familiar” (Brasil, 2000, p.1), as questões de acolhimento à família e de promoção do vínculo mãe-bebê e do aleitamento materno, mencionadas pelos profissionais de saúde, são essenciais para a humanização do atendimento e para a qualidade de vida do RN internado em UTIN.

O trabalho em equipe também é relacionado ao Cuidado Humanizado, com uma atuação conjunta dos profissionais, por meio de princípios em comum e do trabalho multiprofissional e transdisciplinar, como forma de garantir uma assistência integral ao RN e sua família. Além do trabalho integrado da equipe de saúde destaca-se também o trabalho da equipe de gestão, uma vez que esta tem um papel relevante no gerenciamento de recursos e no planejamento estrutural.

Tomando por base o modelo bioecológico de desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1986, 2002, 2011; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Dessen & Silva, 2004; Linhares et al., 2004; Poletto & Koller, 2008) pode-se afirmar que a equipe gestora constitui-se num Exossistema muito influente no contexto ecológico do RN internado em UTIN, uma vez

que suas decisões vão impactar diretamente na assistência do setor. Desse modo, essa conexão de todos os sujeitos, gestores, trabalhadores e usuários, construindo a chamada rede de Humanização em saúde, viabilizará as mudanças necessárias nos modelos de gestão e atenção (Brasil, 2004).

A equipe de gestão é um ambiente do qual o RN não participa diretamente, contudo cria um contexto que influencia seu desenvolvimento por gerar conseqüências aditivas sobre os efeitos das características do Micro e Mesossistema (Bronfenbrenner, 2002). Dentre suas influências destacam-se as condições físicas e estruturais, suporte material, condições de trabalho, incentivo e capacitação profissional, iniciativas de acolhimento à família, dentre outras.

Considerando a aproximação entre as classes Humanização e Sentimentos dos Profissionais em Relação ao Trabalho levantadas neste estudo, as concepções de Humanização encontram-se fortemente relacionadas aos sentimentos que os profissionais possuem em relação ao próprio trabalho, bem como ao tipo de paciente que atendem. A AHRNBP-MC caracteriza-se pela qualificação do cuidado baseada na postura dos profissionais de saúde diante do bebê e sua família. Assim, se torna relevante conhecer as significações sobre o seu atendimento ao RN, uma vez que é a partir de sua assistência que se estabelece um Cuidado Humanizado.

De uma forma geral, os sentimentos em relação ao bebê e ao serviço na UTIN foram relacionados a prazer e satisfação pessoal, tendo o profissional afirmado que se sente muito bem em decorrência do seu trabalho e da atuação na área de Neonatologia e Pediatria. A equipe afirma gostar de trabalhar com bebês/crianças e acompanhar sua evolução até sair da UTIN e, por isso, se empenham para exercer um bom atendimento. Os profissionais destacam maior sensibilidade e responsabilidade pela sua melhora. Contudo, são relatados também sentimentos de impotência em relação ao quadro clínico

de alguns bebês e angústia pelo longo tempo de internação dos pacientes, sua separação da família e iminência de morte.

Os sentimentos dos profissionais em relação ao trabalho encontram-se misturados, pois ao mesmo tempo em que afirmam uma escolha pessoal pela área de Neonatologia, em que a satisfação pessoal pelo trabalho se destaca, sinalizam também as dificuldades num serviço de tratamento intensivo e das condições de trabalho na Saúde, como a grande demanda de serviço e a tensão constante. Dentre as dificuldades, os profissionais destacam que seu trabalho é cansativo, angustiante e que possuem uma elevada carga horária. O desestímulo é grande devido, principalmente, a falta de políticas de valorização do trabalhador, contribuindo para um processo de adoecimento dos profissionais de saúde (Andreis, Chitero & Silva, 2008; Brasil, 2002; Oliveira et al, 2006; Oliveira, Tristão & Neiva, 2006; Pérez-Ramos, 2004). Surgem também menções aos problemas de hierarquia, à falta de materiais, e ao trabalho triplo da mulher, cujos cuidados com a casa, marido e filhos se somam às atividades na UTIN.

Nossos resultados são semelhantes aos encontrados por Beck et al (2007) que indicou que os trabalhadores de enfermagem, a despeito do grau de satisfação com seu ambiente de trabalho, reclamavam melhores condições para a assistência ao paciente, principalmente no que diz respeito à falta de materiais para a execução do cuidado. Na pesquisa de Rolim e Cardoso (2006), as enfermeiras entrevistadas também associaram o Cuidado Humanizado a melhores condições de trabalho. A conscientização do profissional sobre sua realidade, com desenvolvimento de um processo crítico perante sua atuação profissional, é apontada como meio importante para a transformação do cuidado. Assim, esses estudos atestam a premissa de que o profissional é elemento fundamental para a humanização do atendimento, defendendo a realização de

investimentos nos serviços de saúde quanto ao número suficiente de pessoal, salários e condições adequadas de trabalho.

Deslandes (2004) afirma que “humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência” (p. 13), o que remete às condições de trabalho do profissional, que geralmente é pouco incentivado e valorizado, sobrecarregado e mal remunerado. Nesse sentido, Oliveira et al (2006) consideram que para o atendimento não se tornar mecanizado e desumano, a humanização das relações de trabalho, assistência e ambiente de trabalho torna-se imprescindível.

Para os profissionais, o Cuidado Humanizado encontra-se associado, também, às práticas de promoção do desenvolvimento do bebê, especialmente a estimulação motora, atentando-se, sobretudo, ao posicionamento adequado do RN no leito. Um relacionamento harmonioso com o RN é garantido por meio do respeito aos seus estados comportamentais e de um cuidado individualizado (Brasil, 2002; Lamy et al, 2005). As ações apontadas para estimular o desenvolvimento do bebê foram conversar, tocar, cantar, adequar o posicionamento, utilizar contenção, introduzir objetos pessoais e móveis, estimular a função motora-oral e passear com o bebê fora da UTIN. Nas atividades dos profissionais, as ações de estimulação auditiva, de alternar posição e conter o bebê quando desorganizado foram as mais observadas, sendo a prática de “estimulação visual” apontada como a menos realizada.

Não foram mencionadas ações ou orientações específicas pelas chefias no sentido de promover o desenvolvimento do bebê, sendo relacionado pelas mesmas como uma prática referente ao trabalho da fisioterapia. É deste profissional a tarefa de estimular as funções respiratória e motora dos RNs, fundamentais para sua evolução clínica, amamentação e alta hospitalar.

O desenvolvimento dos bebês é um fator de preocupação para os profissionais principalmente no que se referem às seqüelas, distúrbios e atrasos em sua trajetória desenvolvimental, em consequência, tanto da ação dos profissionais, quanto da própria condição de nascimento prematuro e baixo peso, patologia apresentada, tempo de internação e meio ambiente da UTIN. São mencionados os déficits de linguagem, cognitivo e motor, como resultado das afecções neurológicas, ruído intenso, manuseio inadequado e uso constante de oxigênio.

Outro aspecto apontado como fator determinante para a trajetória desenvolvimental foi o ambiente familiar que o bebê encontrará após a alta da unidade neonatal, bem como a condição socioeconômica dos pais. A falta de continuidade no monitoramento do desenvolvimento da criança, a estimulação insuficiente ou, em alguns casos, inexistente por parte dos familiares, além da falta de recursos para o acompanhamento multiprofissional foram os itens mencionados como preocupantes pelos profissionais. Aalsvoort e Opp (2004) afirmam que a condição social da família é altamente preditora da acessibilidade a programas de apoio e que a condição econômica desfavorável se constitui num fator de risco com impacto sobre o desenvolvimento infantil e sua inclusão social.

Na condição de múltiplo risco, quando diversos fatores de risco coexistem na vida de uma criança, estes agem de forma sinérgica de maneira a afetarem-se negativamente (Aylward, 2009; Linhares, Bordin & Carvalho, 2004). Dessa forma, o RN pré-termo e baixo peso internado em UTIN, exposto a múltiplos fatores de risco (biológicos, psicossociais e ambientais) demandam intervenções que incidam sobre seus recursos potenciais e sobre o ambiente (humanização da assistência, treinamento de familiares e equipe profissional, por exemplo), neutralizando seus efeitos ou a sua

perpetuação nessa população. Em outras palavras, é necessário ativar mecanismos de proteção a fim de melhorar ou modificar as respostas pessoais a tais riscos.

Linhares, Martins e Klein (2004) destacam a importância do ambiente social do RN em atuar como fator de proteção que elimine as adversidades neonatais. O ambiente social do bebê internado em UTIN compreende o grupo familiar e a equipe de saúde, os quais são os principais responsáveis pelo seu desenvolvimento inicial, constituindo o Mesossistema de maior impacto nesse processo. O ambiente familiar, especificamente a interação mãe-filho, configura-se como um mecanismo singular de proteção ao RN pré-termo e baixo peso (Andreadi, Custodio & Crepaldi, 2006; Klein & Linhares, 2006; Linhares et al., 2004; Linhares et al, 2006).

Além dos fatores de riscos sociais esses recém-nascidos apresentam o risco biológico, que lhes imprime uma condição de vulnerabilidade devido à imaturidade dos sistemas funcionais de seu organismo, principalmente o sistema de organização do seu Sistema Nervoso Central (SNC). Esse fator associado às possíveis complicações médicas e às condições ambientais adversas da UTIN, tais como iluminação excessiva, ruídos intensos, e manuseio constante, podem acarretar efeitos deletérios sobre seu desenvolvimento (Als & Gilkerson, 1997; Als et al., 2008). Nesse sentido, torna-se bastante relevante que, juntamente com os cuidados médicos necessários à sobrevivência do RN pré-termo e baixo peso, lhe seja ofertado o Cuidado Desenvolvimental.

Nas entrevistas, os profissionais destacaram intervenções que se coadunam ao modelo NIDCAP (*Individualized Developmental Care and Assessment Program*), baseado no Cuidado Desenvolvimental, tais como evitar ou neutralizar os estímulos estressores do meio ambiente da UTIN e da manipulação do bebê, promover organização comportamental individual, conservar a energia do bebê, e promover a

interação entre pais e cuidadores. Outras ações influenciadas pelo NIDCAP e pela Pediatria do desenvolvimento, propostas pela AHRNBP-MC, também foram apontadas com o objetivo de aprimorar as relações familiares, com esforços para garantir a presença da família na unidade neonatal e sua participação nos cuidados com o bebê, fundamentais para o desenvolvimento afetivo do RN (Linhares, et al., 2004; Pierrat, et al., 2007).

Venâncio e Almeida (2004) apontam que a participação dos pais no cuidado ao filho, associadas às medidas de proteção ambiental e ao contato pele a pele (preconizado no MC) trazem novas perspectivas para o desenvolvimento de bebês egressos das unidades neonatais. Essas intervenções, ao responder às necessidades físicas e emocionais do bebê, por meio da mudança na postura do profissional e na interação familiar, contribuem para a diminuição dos efeitos negativos da internação em UTIN.

A UTIN, caracterizada como um ambiente de super-estimulação para o RN - com um alto nível sonoro, de luminosidade e manipulação, geralmente não contingentes às respostas dos bebês e incompatíveis com sua capacidade de auto-regulação - se constitui como fonte de estresse e desorganização para o mesmo podendo gerar danos ao seu desenvolvimento (Als & Gilkerson, 1997; Als et al, 2004; Brasil, 2002; Corrêa, 2005; Grunau, 2007). Nesse sentido, os participantes associam o Cuidado Humanizado às intervenções direcionadas ao ambiente sensorial da unidade neonatal, contemplando a adequação da luminosidade, sonoridade e manipulações do RN (Brasil, 2002; Enumo, 2008; Hennig, Gomes & Gianini, 2006; Meyerhof, 1990, 1995; Scochi et al., 2001).

O conhecimento dos sinais e dicas do RN, quanto ao nível de estimulação (Als, 1986, citada por Meyerhof, 1995) e ao seu estado comportamental (Brazelton & Cramer, 1992) são extremamente importantes para que o cuidador possa interagir da melhor forma, subsidiando uma estimulação adequada. Os cuidados em diminuir a

iluminação e o nível de ruído, e em manipular corretamente o bebê foram apontados como meios de proporcionar menos estresse ao RN, além de protegê-lo quanto a possíveis seqüelas ou problemas em seu desenvolvimento. Porém, as dificuldades para execução dessas práticas de diminuição do nível de ruído e iluminação na UTIN e a conseqüente resistência em realizá-las plenamente, foram justificadas pela necessidade de monitoramento constante dos parâmetros dos bebês, grande quantidade de pessoas circulando na UTIN, e falta de bom senso de alguns profissionais.

As práticas mais mencionadas pelos profissionais para adequação da luminosidade, como apagar as luzes e cobrir a incubadora, não puderam ser observadas na maioria das observações realizadas. Entre as dificuldades para desenvolver tais ações, os profissionais relataram a falta de lençóis ou cueiros para cobrir a incubadora e a necessidade de vigilância constante aos parâmetros do bebê, o que lhes gera receio de que ao apagar a lâmpada, não consigam observar adequadamente o estado do paciente. Corrêa (2005) encontrou no discurso dos profissionais que trabalham em UTIN alguns fatores impeditivos para atenuar os estímulos luminosos, aos quais se apresentaram também nas três unidades pesquisadas, a saber: o excesso de manipulação dos bebês, inclusive à noite, e as condições de rotina de trabalho, como a falta de material (panos ou lençóis) para cobrir a incubadora.

Os profissionais afirmaram realizar algumas ações para diminuir o nível sonoro na UTIN, como não bater/esbarrar na incubadora, desligar os alarmes, evitar conversar ou falar alto e desligar o celular. Pode ser verificado nas observações realizadas, que os profissionais ficaram atentos aos equipamentos e desligaram os alarmes, não apoiaram seu corpo sobre a incubadora, mas colocavam os materiais necessários aos procedimentos diretamente em cima deste dispositivo. Este fato se deve, também, pela falta de mobiliário apropriado para colocar os materiais, o que demonstra que as

condições físicas do ambiente da UTIN se constituem num fator impeditivo para realização dessa prática, como também demonstrado por Corrêa (2005). Nos achados de Henning et al (2006), todavia, poucos profissionais apontaram atender rapidamente aos alarmes, tampouco fizeram restrição ao uso de celular.

As ações mencionadas direcionadas à boa execução dos procedimentos e correta manipulação dos bebês foram relacionadas a questões de higiene, organização do bebê no leito e observação dos seus parâmetros e postura. Relatou-se, ainda a tentativa de respeitar o estado comportamental do bebê, utilizar o mínimo manuseio e os cuidados em bloco, porém, os profissionais apontaram a falta de tempo, devido à grande demanda de atividades, e a falta de comunicação e colaboração entre a equipe como dificultadores de tais ações. Esses fatores também foram indicados no estudo de Corrêa (2005) como impeditivos para atenuação do estímulo tátil e da manipulação excessiva do RN.

O discurso sobre a manipulação dos bebês nas unidades neonatais dos responsáveis técnicos com formação médica (UTIN 1 e UTIN 2) diferiu em parte das considerações sobre as práticas descritas pela chefe de enfermagem (UTIN 3) no que tange aos aspectos mais práticos do cuidado ao RN. Isso pode estar relacionado ao fato de que a equipe de enfermagem possui um tipo de intervenção mais próxima e constante com os bebês e sua família.

Quanto ao cuidado ambiental, foram apontadas pelas chefias as dificuldades para execução das orientações quanto à diminuição de ruído e luminosidade, e manejo adequado dos procedimentos e rotinas. Em decorrência desse fato, são descritas ações pouco efetivas tais como apagar a luz eventualmente e pedir para as pessoas falarem mais baixo. A orientação de “cobrir a incubadora” e “atender aos alarmes dos equipamentos prontamente” foram relatadas e observadas na prática dos profissionais.

Na realização dos procedimentos preconizou-se, principalmente, manejo da dor e manutenção da temperatura, além da atenção e posicionamento do bebê.

A implantação de modernas unidades neonatais certamente foi um marco na atenção ao RN pré-termo e baixo peso com repercussão direta na diminuição da morbimortalidade nesta população. Contudo, o ambiente da unidade neonatal, com seus novos recursos tecnológicos, proporciona ao bebê, além de uma super-estimulação, uma submissão maior a exames e procedimentos invasivos, o que lhe acarreta estresse, desconforto e dor (Guinsburg, 1999). Considerando-se não só as questões éticas envolvidas nesse processo, mas também a qualidade de vida do RN enfermo torna-se extremamente necessária a adoção de estratégias para manejo da dor e do intenso desgaste sofrido por este paciente internado em UTIN.

Os profissionais apontaram, nesse sentido, ações que visam diminuir o sofrimento do bebê, o estresse causado pelas intervenções médicas e pelo ambiente da UTIN e a dor causada por alguns tipos de procedimentos. Várias estratégias foram relatadas para alívio da dor, dentre elas, a sucção não-nutritiva, tanto com chupeta quanto com o dedo de luva, glicose, contenção, enrolamento e cuidado ambiental (luminosidade e sonoridade), além dos analgésicos e sedativos (que necessitam de prescrição médica). A prática assinalada como mais realizada pelos profissionais foi a “sucção não-nutritiva”, contudo, esta não foi verificada em nenhuma das observações realizadas, tampouco a utilização de glicose. As observações indicaram somente comportamentos de contenção e dar suporte ao bebê até ele se acalmar.

Da mesma forma, Henning et al (2006) em sua pesquisa também encontraram pouca frequência nas respostas de utilização de estratégias para manejo da dor/desconforto, com referências ao emprego de fármacos em procedimentos sabidamente dolorosos, e outros recursos como técnicas posturais, agrupar/intervalar o

manuseio doloroso, conversar com o bebê para tranquilizá-lo e a indicação da sucção não-nutritiva como paliativo.

Nas orientações das chefias em relação ao manejo da dor foi possível observar uma nítida distinção entre o relato dos responsáveis técnicos (os quais mencionaram somente medidas farmacológicas de alívio para dor, como analgésicos e sedativos) e o da chefia de enfermagem (que descreveu meios não-farmacológicos como sucção não-nutritiva, glicose e banho fora do horário para relaxamento do bebê, por exemplo). Alguns técnicos de enfermagem apontam o fato de que são os médicos os responsáveis pela prescrição do uso de medicamentos, chupeta e glicose. Outros, mesmo sem a prescrição, quando não conseguem sensibilizar o médico para tal, utilizam os métodos acessíveis como o dedo de luva e o banho.

De uma maneira geral, o discurso dos profissionais em relação às suas concepções e práticas de Humanização encontra-se dividido em dois pólos opostos, de um lado os aspectos relacionais e de outro os aspectos técnicos, o que vai ao encontro da constituição histórica dos processos de atenção à saúde, baseados na valorização dos meios tecnológicos e na execução de tarefas padronizadas e rotineiras, em detrimento dos aspectos mais subjetivos do cuidado (Amestoy, Shwartz & Thofehn, 2006; Foucault, 1979a, 1979b; Martins, 2004; Martins, 2003). A Humanização surge como uma proposta de valorização e reconhecimento desses aspectos, apontando a indissociabilidade entre essas duas variáveis na prestação do serviço em saúde (Ferreira, 2005), a partir da articulação entre avanços tecnológicos e acolhimento (Brasil, 2004).

Os elementos que compõe o Cuidado Humanizado, para os profissionais, tendem aos aspectos relacionais do cuidado, nos quais há uma influência direta da subjetividade do profissional, que pode ser visualizada na expressão de seus sentimentos como

carinho, respeito, amor, dedicação e comprometimento. Esses remetem à interação social, aos valores pessoais e a implicação do profissional no processo de cuidado.

Os aspectos técnicos são percebidos como essenciais para a qualidade da assistência, e isto parece ter uma relevância bem acentuada para esses profissionais, principalmente pelas características do atendimento em uma unidade de tratamento intensivo. A preocupação com a gravidade dos bebês e as conseqüências de um atendimento inadequado parecem ser questões muito importantes, gerando, muitas vezes, sentimentos de angústia e tristeza. Isto parece justificar o fato de a responsabilidade profissional e a qualidade assistencial serem apontadas como formas de se prestar um atendimento adequado e humanizado.

Considera-se importante para o estabelecimento de um Cuidado Humanizado, ao lado da competência técnica, a sensibilização do profissional. O processo de sensibilização passa pelo desenvolvimento da afetividade, da empatia e do comprometimento. Esses são aspectos relevantes por resgatar o caráter relacional e subjetivo do cuidado à saúde (Brasil, 2005; Santos-Filho & Barros, 2007). Todavia, esse ainda é um grande desafio para a assistência em saúde, sobretudo nas instituições hospitalares, como afirma Ferreira (2005). A rigidez na organização de horários, a rotatividade de pessoal e as questões de hierarquia na equipe são alguns dos itens que podem explicar as limitações para a criação de um ambiente que permita o acolhimento ao bebê e sua família e a construção de vínculos, entre os próprios profissionais, e entre estes e o paciente e seus pais (Brasil, 2002; Beck et al, 2007).

O Cuidado Humanizado, entendido a partir dessas duas variáveis principais, uma do âmbito afetivo e outra do técnico, configura duas formas de cuidar que se inter-relacionam na prestação do atendimento ao paciente. Não podem ser, portanto, consideradas excludentes, ao contrário, é bastante necessária a conjugação desses dois

tipos de cuidado como forma de produzir um atendimento mais humanizado (Brasil, 2000, 2004; Deslandes, 2004; Ferreira, 2005). O cuidado “bem feito”, “adequado”, “humanizado”, prevê a conjunção desses dois fatores: a qualidade técnica e a sensibilidade, destacando-o como forma de ser e de se relacionar (Waldow, 2006).

A assistência humanizada, dessa forma, supõe uma reestruturação do serviço em saúde conjugando “tecnologia” e “fator humano e de relacionamento” (Deslandes, 2004, p.10). A AHRNBP-MC assim pode ser caracterizada pela qualificação do cuidado baseada na postura dos profissionais de saúde diante do bebê e de sua família, não limitando a assistência aos conhecimentos técnico-científicos, mas contribuindo para a diminuição dos efeitos negativos da internação neonatal e buscando construir uma rede social de apoio para a família (Lamy et al, 2005).

A AHRNBP-MC é uma política do Macrossistema que pode ser considerada, nas palavras de Bronfenbrenner (2002), uma espécie de “experimento transformador”, isto é, tem por fim alterar e/ou reestruturar o meio ambiente, objetivando aumentar o potencial desenvolvimental do sujeito. Sua proposta inclui uma reconfiguração do cuidado perinatal, inovando os Micro, Meso e Exossistemas que fazem parte do sistema desenvolvimental do RN, para que atendam melhor às suas necessidades, em prol de uma “ecologia mais humana” .

De um modo geral, percebeu-se que o trabalho de Humanização nos hospitais pesquisados ainda está caminhando de forma lenta, com mais avanços no Hospital A, o qual também tem mais tempo de atuação do Grupo de Humanização. Esta realidade se deve tanto ao fato da PNH ser uma proposta recente, regulamentada em 2003, quanto à mudança na cultura da atenção e gestão em saúde que a Humanização prevê. Toda prática nova impõe resistências, principalmente, quando se trata de um modelo de

assistência em saúde historicamente construído como “desumano”, caracterizado pelo distanciamento entre profissional e paciente, como aponta Martins (2003).

A AHRNBP-MC também encontra muitas dificuldades, tanto no processo de implantação, devido às normas exigidas para tal, como falta de estrutura física e recursos humanos, quanto na continuidade da execução da metodologia, como, por exemplo, treinamento contínuo da equipe, condições adequadas para o acolhimento das famílias, envolvimento profissional e mudança de postura frente ao bebê e sua família. Tais fatores foram apontados pelas instituições que já desenvolveram o Método Canguru (Hospitais A e B).

Na percepção dos profissionais o bebê foi considerado como “*frágil*”, “*imatur*o” e que precisa de cuidados extremos e especiais. Os RN PT e BP são vistos como diferentes dos demais, indefesos, vulneráveis, dependentes, que necessitam de sua ajuda. Muitos profissionais relatam pensar no sofrimento dos bebês e nas suas necessidades de carinho e atenção; outros apontam sua preocupação quanto ao futuro desses pacientes no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento.

Essa preocupação e a própria incerteza quanto à sobrevivência do RN internado na UTIN faz com que muitos profissionais desenvolvam mecanismos de defesa frente aos sentimentos angustiantes vivenciados nesse processo (Andreis, Chitero & Silva, 2008; Oliveira et al, 2006; Oliveira, Tristão & Neiva, 2006; Rolim & Cardoso, 2006). Dentre eles, existe a tendência de alguns profissionais de afastar-se emocionalmente, por exemplo, por meio da adoção de uma postura estritamente técnica como forma de se proteger.

A saúde do profissional foi o único item que não foi associado ao atendimento humanizado, o que permite supor que, para a equipe, o Cuidado Humanizado é dirigido ao bebê e sua família, ficando o profissional à parte deste processo. Este item, ainda, foi

relatado como pouco realizado por boa parte dos profissionais, que apontaram o excesso de trabalho, a elevada carga horária, as atividades extras, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde e a falta de serviços de apoio como os principais motivos para tal. O profissional parece não se considerar incluído nesse processo de cuidar de si, ficando mais implicado na prestação de uma assistência de qualidade técnica que não acarrete danos ao desenvolvimento do bebê. A saúde deste trabalhador acaba ficando sob sua própria responsabilidade, já que não encontram suporte em seus locais de trabalho.

Os profissionais que atuam em terapia intensiva neonatal são confrontados diariamente com questões geradoras de estresse e sofrimento tais como, o limiar entre vida e morte, o cuidado a um bebê muito pequeno que requer vigilância constante, as exigências impostas pela presença dos pais, e as dificuldades nos relacionamentos interpessoais com a equipe. Esses fatores associados às dificuldades institucionais, a superlotação, sobrecarga de trabalho, podem levar ao adoecimento físico e psíquico do profissional (Oliveira et al., 2006; Oliveira, Tristão & Neiva, 2006; Pérez-Ramos, 2004).

As ações preconizadas pelos responsáveis técnicos das UTINs para a promoção da saúde do trabalhador se referiram somente aos cuidados com imunização e vacinas, orientações quanto ao uso de equipamentos de proteção individual, e outras atividades do setor de medicina ocupacional. Em nenhum hospital há grupos de apoio psicológico e apenas um oferece um programa de saúde ocupacional. Oliveira, Lopes, Vieira e Collet (2006) afirmam a necessidade de auxílio psicológico para esses profissionais bem como sua instrumentalização para lidar com as difíceis situações vivenciadas na unidade neonatal. Em outras palavras, “cuidar do cuidador” e melhorar suas condições de trabalho é uma prerrogativa para os resultados positivos da proposta de Humanização (Brasil, 2004).

A realidade expressa no discurso dos nossos principais interlocutores aponta para importância da promoção desses tipos de ações, que contemplem não somente a realização de exames médicos periódicos, mas vá além, com a criação de espaços onde os mesmos possam expressar suas vivências das situações cotidianas nas UTINs, acrescido de treinamentos para sua instrumentalização no manejo das situações estressantes, através de um processo de educação permanente (Beck et al., 2007; Henning, Gomes & Gianini, 2006; Rolim & Cardoso, 2006). A Humanização propõe o reconhecimento das necessidades, desejos e interesses de todos os envolvidos no serviço de saúde, apontando a relevância da adoção de medidas que assegurem a inclusão do trabalhador no processo de construção dessa nova cultura de atendimento (Brasil, 2004, 2005; Mota, Martins & Vêras, 2006).

Quanto ao trabalho desenvolvido pelo setor de Humanização Hospitalar, nos dois hospitais nos quais se encontra implantado, pode-se perceber que as ações realizadas apresentam-se de forma variada e fragmentada, justificada, em grande parte, pela extensão da estrutura física das instituições e do número de especialidades ofertadas (pediatria, cardiologia, ortopedia, clínica médica, clínica cirúrgica, dentre outras). Essas especialidades localizam-se em setores específicos, cada qual com seu coordenador e sua equipe de trabalho. Nogueira (1997) e Amestoy et al. (2006) referem que a fragmentação dos atos é uma característica particular do processo de trabalho em saúde, a qual resulta dessa variedade de serviços e especialidades, além das novas tecnologias e profissões.

Os setores especializados do hospital, muitas vezes, atuam de forma isolada, inclusive, no que se refere a treinamentos e capacitações de seus profissionais, cujos conteúdos nem sempre contemplam a temática da Humanização. Quando essa temática é prevista nos cursos, contudo, possui uma carga horária pequena e prevê mais

transmissões de informações do que propriamente um debate sobre o tema. Santos-Filho (2007) afirma que a formação e a educação permanente são estratégias centrais para a Humanização, almejando transformações nos sujeitos (usuários e profissionais) e na produção dos serviços. Estas ações são consideradas muito importantes no processo de reorganização do trabalho em saúde como estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, uma das marcas e objetivos apontados pela PNH (Brasil, 2004).

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) pode constituir-se como um dispositivo para implementar ações no âmbito da formação, proporcionando o debate sobre a humanização da assistência. Para tanto, esse grupo necessita de apoio dos coordenadores de cada setor no sentido de aderir e fomentar as ações preconizadas para humanizar a assistência ao usuário. Em geral, fica a critério de cada coordenador propor e aceitar algumas estratégias pautadas no modelo de assistência integral. Este é o caso da proposta de Gestão Estratégica, em processo de implantação na UTIN da instituição A<sup>8</sup>, que teve o aval de seu coordenador a partir da sugestão do GTH do hospital.

Além do apoio dos coordenadores de cada setor hospitalar, o GTH necessita, sobretudo do apoio institucional, que determinará inclusive a existência ou não de um serviço de Humanização na localidade. Cabe à instituição valorizar e incentivar este Grupo, viabilizando os trabalhos desenvolvidos, bem como sua efetivação como multiplicadores da PNH. Dessa maneira, esses Exossistemas (equipe de coordenação da Humanização hospitalar, equipe de gestão do hospital e gerência da UTIN) se influenciam mutuamente tanto quanto afetam o Microssistema da UTIN.

No presente estudo, o qual se propôs a investigar as concepções e práticas de Humanização dos profissionais que atuam em unidade neonatal, verificou-se que os profissionais concebem a temática a partir do resgate dos aspectos afetivos do cuidado,

---

<sup>8</sup> Projeto em fase de implantação durante o período de coleta de dados em 2008.

em oposição ao modelo médico-tecnista de atenção à saúde. Dessa forma, sua concepção esteve bastante relacionada aos seus sentimentos em relação ao bebê atendido e ao seu trabalho em neonatologia. Com relação à Humanização na UTIN, a participação da família foi o aspecto mais relevante para os cuidadores, que expressaram a importância do contato desta com o RN. As práticas realizadas no sentido de humanizar a assistência, por sua vez, estiveram relacionadas principalmente ao incentivo da participação familiar e à boa execução dos procedimentos.

No Microsistema da UTIN, apesar da ênfase dada aos aspectos emocionais, as relações entre o profissional e o bebê compreenderam mais os aspectos da rotina de atendimento e da adequada execução dos procedimentos. Isso pode estar relacionado tanto à complexidade e gravidade do quadro de saúde dessa população, quanto ao desânimo e desgaste gerados pelas condições de trabalho e desvalorização profissional e, ainda, à falta de tempo que os cuidadores dispõem para o estabelecimento de uma relação mais próxima com seu paciente. Esses fatores também interferem nas relações estabelecidas no Mesossistema Família-UTIN, uma vez que os contatos entre ambos podem ser prejudicados quando se prioriza os aspectos mais técnicos do cuidado.

Além disso, todos os esforços dos profissionais em acolher essa família e estimular uma aproximação maior desta com seu filho tornam-se insuficientes quando o espaço físico da unidade neonatal não proporciona uma acomodação adequada e não dispõe de estratégias de apoio para os pais. Nesse sentido, os gestores dos serviços (da UTIN, da Humanização e da direção dos hospitais) precisam estar sensíveis às demandas específicas desse setor, com vistas a atendê-las da melhor forma possível. Assim, esses Exossistemas estarão influenciando de forma positiva o Microsistema da UTIN.

Dentre as demandas levantadas, o cuidado ao profissional de saúde também destacou-se, uma vez que estes são personagens fundamentais para a realização de uma assistência integral ao RN e sua família. Ressalta-se, dessa forma, a necessidade de investimentos nos trabalhadores, com estratégias de valorização profissional e educação permanente.

A AHRNBP-MC apresenta-se como um conjunto de estratégias interventivas que promovem mecanismos de proteção para o desenvolvimento do RN, todavia, parece não ser muito conhecida pelos profissionais, que compreendem a atenção humanizada em UTIN mais como uma diretriz de trabalho do que como um suporte teórico-prático. Conclui-se, dessa forma, que esse elemento do Macrossistema apresenta uma influência restrita no contexto ecológico do bebê de risco das unidades neonatais pesquisadas.

A utilização dos instrumentos de coleta de dados demonstrou-se vantajosa no sentido de obter uma maior compreensão da temática pesquisada por meio de diferentes fontes de informação, além disso, permitiu ao profissional da UTIN realizar uma reflexão sobre seu processo de trabalho no campo da saúde. Contudo, a despeito dos benefícios apontados, a amostra reduzida e a quantidade de observações realizadas impõem alguns limites à amplitude das considerações realizadas. Pesquisas que considerem a realidade de outras UTINs e que ofereçam medidas de avaliação dos serviços possibilitarão análise mais ampla da assistência neonatal sob a perspectiva do cuidado integral, contribuindo para melhorias no atendimento a população de risco em nosso país. Alguns aspectos podem ser desenvolvidos em delineamentos futuros, como a inclusão de outros profissionais que trabalham na unidade neonatal (como assistentes sociais, funcionários administrativos e de serviços gerais, por exemplo), comparação entre os serviços público e privado, e maior tempo de observação dos profissionais em atividade.

Posto isto, espera-se que os resultados deste trabalho, a partir da avaliação das potencialidades e limitações no atendimento ao RN internado em UTIN, possam contribuir para a elaboração de estratégias que fomentem a produção do cuidado integral ao bebê e sua família, tanto no campo político (Macro) como nas unidades neonatais (Micro). Assim, busca-se apontar caminhos para se elevar o padrão técnico do atendimento ao RN PT BP conjugado à sensibilização do profissional, ou seja, tanto por meio do aprimoramento da conduta e postura profissional quanto de mudanças nas instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Aalsvoort, G. M. & Opp, G. (2004). At-risk children from birth to elementary school age: research findings and reflections on intervention from an international perspective. *Educational and Child Psychology*, 21( 1), 4-7.
- Als, H. & Gilkerson, L. (1997). The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. *Seminary in Perinatology*, 21 (3), 178-189.
- Als, H., Duffy, F. H., McAnulty, G. B., Rivkin, M. ., Vajapeyam, S., Mulkern, R. V. et al (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4), 846-857.
- Amestoy, S. C., Schwartz, E. & Thofehn, M. B. (2006). A humanização do trabalho para os profissionais de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 444-449.
- Andrade, A. N.de & Araújo, M. D. de (2003). Paradoxos das políticas públicas: programa de saúde da família. In Trindade, Z.A & Andrade, A.N (Orgs), *Psicologia e Saúde: um campo em construção* (pp.73-87). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Andreani, G, Custódio, Z.A.O. & Crepaldi, M.A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126.
- Andreis, M., Chitero, E.F. & Silva, S.C.A. (2008). Situações Psicologicamente difíceis: preparo das equipes. In: Knobel, E, Andreoli, P.BdeA. & Erlichman, M.R. (Orgs.), *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (pp.311-324). São Paulo: Atheneu.
- Araújo, M. F. M, Otto, A. F. N. & Schmitz, B. A. S. (2003). Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigo da Criança do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 3 (4), 411-419.
- Aspesi, C. de C., Dessen, M. A. & Chagas, J. F. (2005). A ciência do desenvolvimento humano: uma perspectiva interdisciplinar. In: Dessen, M. A. & Costa Junior, A. L. (Orgs), (pp.19-36), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed.
- Aylward, G. P. (2009). Neonatology, prematurity and developmental issues. In Roberts, M. C. & Steele, R. G. (Edits.), *Handbook of Pediatric Psychology* (4<sup>a</sup>ed.) (pp. 241-253). New York : The Guilford Press.

- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Beck, C. L. C., Gonzales, R. M. B, Denardin, J. M., Trindade, L.de L. & Lautert, L. (2007). A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto e Contexto enfermagem*, 16(3), 503-510.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.) (3ªed.). Lisboa: Editora 70.
- Benevides, R. & Passos E. (2005a). A humanização como dimensão pública das políticas públicas. *Ciência e saúde Coletiva*, 10(3), 561-571.
- Benevides, R. & Passos E. (2005b). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – comunicação, saúde e educação*, 9(17), 389-406.
- Bordin, M. B. M. (2005). *Desenvolvimento psicológico de crianças na fase escolar, diferenciadas quanto à gravidade do risco clínico neonatal*. Tese de doutoramento não-publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Brasil. Ministério da Saúde (2000). Norma de Orientação para Implantação do Método Canguru. Portaria nº 693/GM Em 5 de Julho de 2000. Recuperado em 20 de Janeiro, 2008, do <http://saude.gov.br/saudelegis>
- Brasil. Ministério da Saúde (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru: Manual do Curso*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização: a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. Recuperado em 20 de Janeiro, 2008, do [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub\\_destaque.php](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php)
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS e as redes sociais*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. Recuperado em 20 de Janeiro, 2008, do [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub\\_destaque.php](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php)
- Brasil. Ministério da Saúde (2006a). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Série B. Textos Básicos de Saúde. (3 ed.) Brasília. Recuperado em 20 de Janeiro, 2008, do [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub\\_destaque.php](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaque.php)

- Brasil. Ministério da Saúde (2006b). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Grupo de Trabalho de Humanização*. Série B. Textos Básicos de Saúde. (3 ed.) Brasília. Recuperado em 20 de Janeiro, 2008, do [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub\\_destaquas.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/humanizacao/pub_destaquas.php)
- Brazelton, T. B. & Cramer, B.G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimento naturais e planejados* (2ª Reimp.). (M.A.V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Tradução André de Carvalho-Barreto. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. Em: W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (pp.993-1027). New York: John Wiley & Sons.
- Böing, E. & Crepaldi, M. A. (2004). Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. *Estudos em Psicologia* (Campinas), 21(3), 211-226.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3ªed). São Paulo: Martins Fontes.
- Call, V. M. L. T. (1996). Caracterização do Recém-nascido Pré-termo. In: Leone, C. R; Tronchin, D. M. R. (Orgs.). *Assistência integrada ao recém-nascido* (pp. 79-95). São Paulo: Editora Atheneu.
- Call, V. M. L.T & Saccuman, E. (1996). Assistência ao Recém-nascido Pré-termo. In: Leone, C. R; Tronchin, D. M. R. (Orgs.). *Assistência integrada ao recém-nascido* (pp. 97-114). São Paulo: Editora Atheneu.
- Camargo, B. V. (2005) Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In Moreira, A.S.P; Jesuino, J.C; e Camargo, B.V (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp.511-539). João Pessoa: Editora universitária da UFPB.
- Campos, L. F. de L. (2001). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia* (2ª ed.). Campinas, SP: Editora Alínea.
- Carvalho, B. G., Martin, G. B. & Cordoni Jr, L. (2001). A organização do sistema de saúde no Brasil. In Andrade, S.M.de, Soares, D.A. & Cordoni Jr, L (Orgs.), *Bases da saúde coletiva* (pp. 27-59). Londrina: UEL.

- Corrêa, S. M. P. (2005). *Manejo comportamental e ambiental em UTI neonatal na perspectiva do desenvolvimento: programa de intervenção em cuidado desenvolvimental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Correia, L. L. & Linhares, M. B. M. (2008). Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura. *Jornal de Pediatria*, 84(6), 477-486.
- Cortez, M. B. (2006). *Maridos dominadores, esposas (in)subordinadas: as implicações do empoderamento feminino e da masculinidade hegemônica na violência conjugal*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Costa, S. C., Figueiredo, M. R. B. & Shawrich, D. (2009). A humanização em Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(supl.1), 571-580.
- Costa, R. & Monticelli, M. (2005). Método mãe-canguru. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (4), 427-33.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), 7-14.
- Deslandes, S. F. (2006). Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In Deslandes, S.F. (Org.), *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* (pp.33-48). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Dessen, M. A. & Silva, N. L. P. (2004). A família e os programas de intervenção: tendências atuais. In Mendes, E.G., Almeida, M.A. & Williams, L. C. de A. (Orgs.), *Temas em educação especial – avanços recentes* (pp. 179-187). São Paulo: edUFSCar.
- Dias, R. R., Baptista, M. N. & Baptista, A. S. D. (2003). Enfermagem de Pediatria: Avaliação e intervenção psicológica. In Baptista, M.N. & Dias, R.R.(Orgs.), *Psicologia hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 53-73). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Diniz, E. & Koller, S. H. (2010). O apego como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar*(Curitiba), 36, 65-76.
- Dicionário Digital de Termos Médicos (2007). Recuperado em 12 de julho, 2010 do [http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed\\_0001\\_11577.php](http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_11577.php)
- Enumo, S. R. F. (2008). *Questionário sobre desenvolvimento infantil*. Manuscrito. Vitória: PPGP/UFES.

- Evans, G. W & Wachs, T. D. (Orgs.). (2010). *Chaos and its influence on children`s development : an ecological perspective*. Mechanicsville, MD: New Century Schoolbook.
- Ferreira, B. W. (2000). Análise de Conteúdo. *Aletheia*, 11, 13-20.
- Ferreira, J. (2005). O programa de Humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e sociedade*, 14(3), 111-118.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa* (S. Netz, Trans.). (2º ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Foucault, M. (1979a). O nascimento do hospital. In *Microfísica do Poder* (pp. 57-64). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1979b). O nascimento da medicina social. In *Microfísica do Poder* (pp. 46-56). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Gasparido, C. M., Linhares, M. B. M. & Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81(6), 435-442.
- Gasparetto, S. & Bussab, V.S.R. (1994). A necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: instruções sobre o comportamento do recém-nascido. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento humano*, 4(2), 30-34.
- Grunau, R.E. & Tu, M.T. (2007). Long-term consequences of pain in human neonates, In Anand, K.J.S., Stevens, P.J. & McGrath (Edits), *Pain in neonates and infants* (pp.45-55) (3ªed). Philadelphia : Elsevier.
- Goulart, B.N.G. & Chiari, B.M. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 255-268.
- Guinsburg, R. (1999). Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria*, 75(3), 149-160.
- Hennig, M. de A. e S., Gomes, M. A. de S. M. & Gianini, N.O.M. (2006). Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6 (4), 427-436.
- Kernkraut, A. M. & Andreoli, P. B. de A. (2008). Humanização em UTI Neonatal. In Knobel, E, Andreoli, P. B. de A. & Erlichman, M. R. (Orgs), *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (pp.271-280). São Paulo: Atheneu.

- Klaus, M. H., Fanaroff, A. A. & Martin, R. J. (1982). O meio ambiente. In Klaus, M.H. & Fanaroff, A.A (Orgs), *Alto risco em neonatologia* (pp.90-140). Rio de Janeiro: Ed. Interamericana.
- Klaus, M. H. & Klaus, P. H. (2001). *Seu surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Klein, V. C. & Linhares, M. B. M. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em estudo*, 11(2), 277- 284.
- Lamy, Z. de C. (2006). Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. In Moreira, M.E.L., Braga, N.de A. & Morsch, D.S. (Orgs), *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal*. (pp. 141-156). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lamy, Z. de C.; Gomes, M.A.de S.M.; Gianini, N.O.M.; e Hennig, M.de A. e S. (2005). Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru: a Proposta Brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668.
- Laville, C. & Dione, J. (1999). *A Construção do Saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Linhares, M. B. M, Bordin, M. B. M. & Carvalho, A.E.V. (2004). Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar. In Marturano, E. M., Linhares, M. B. M. & Loureiro, S. R. (Orgs.) (pp.75-106). *Vulnerabilidade e proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Linhares, M. B. M.; Carvalho, A. E V., Padovani, F. H. P., Bordin, M. B. M., Martins, I. M. B. & Martinez, F. E. (2004). A compreensão do fator de Risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In Marturano, E. M., Linhares, M.B. M. & Loureiro, S.R. (Orgs.) (pp.11-38). *Vulnerabilidade e proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Linhares, M. B. M., Martins, I. M. B., Klein, V. C. (2004). Mediação materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In E. M. Marturano, Linhares, M. B. M. & Loureiro, S. R. (Orgs.), *Vulnerabilidade e proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (pp. 39-74). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V.C., Correia, L.L., Gasparido, C.M. & Padovani, F.H. P. (2006). Psicologia pediátrica e neonatologia de alto risco: promoção precoce do desenvolvimento de bebês prematuros. In Crepaldi, M. A., Linhares, M. B. M. & Perosa, G.B. (orgs.). *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do psicólogo (pp.109-145).

- Luz, M. T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 1(1), 77-95.
- Martins, A. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 21-32.
- Martins, P. H. (2003) *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Martins de Barros, S. M. & Trindade, Z. A. (2007). Maternidade “prematura”: uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 253-269.
- Menandro, M. C. S. (2004) *Gente jovem reunida: um estudo de representações sociais da adolescência/juventude a partir de textos jornalísticos (1968/1974 e 1996/2002)*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo.
- Meyerhof, P. G. (1990). O Neonato de risco – proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. In Kudo, A.M. et al (Coords.), *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional* (pp. 247-276). Monografias Médicas, nº 22. São Paulo: Sarvier.
- Meyerhof, P. G. (1995). O Neonato pré-termo no berçário de cuidados especiais: proposta de intervenção, respeitando sua individualidade, suas fragilidades e forças. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 5 (1/2), 17-22.
- Mota, R. A., Martins, C. G. de M. & Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em estudo*, 11(2), 323-330.
- Nascimento, M. B. R. & Issler, H. (2004). Aleitamento Materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Jornal de Pediatria*, 80(5) (supl), 163-172.
- Nascimento, A. R. A do & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6 (2), 72-88.
- Nogueira, R. P. (1997). *Texto de apoio a unidade II: o trabalho em serviços de saúde*. In: *Organização Pan-Americana de Saúde. Gerência de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*, (pp.183-187). Brasília (DF): OPAS. Recuperado em 11 de junho, 2010, do [HTTP://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub06U2T4.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U2T4.pdf)
- Nogueira-Martins, M. C. F. & Macedo, P. C. M. (2008). Programa de humanização da assistência hospitalar. In Andreoli, P.B.de A. & Erlichman, M.R. *Psicologia e humanização* (pp.183-198). São Paulo: Atheneu.

- Oliveira, B. R. G. de, Lopes, T. A., Viera, C. S. & Collet, N. (2006). O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. *Texto contexto – enfermagem*, 15, 105-113.
- Oliveira, M. de C. & Macedo, P. C. M. (2008). Evolução histórica do conceito de humanização em assistência hospitalar. In Knobel, E, Andreoli, P. B. de A. & Erlichman, M. R. (Orgs), *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (173-182). São Paulo: Atheneu.
- Oliveira P. R, Tristão R. M. & Neiva E. R. (2006) Burnout e Suporte Organizacional em Profissionais de UTI-Neonatal. *Educação Profissional: Ciência e Tecnologia*, 1(1) 27-37.
- Organização Mundial Da Saúde - OMS. (1978). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*.
- Pérez-Ramos, A. M. Q. (2004). Preservação da saúde mental do psicólogo hospitalar. In Angerami-Camon, V.A. (Org.), *Atualidades em psicologia da saúde* (pp.29-56). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Pérez-Ramos, A. M. Q. & Pérez-Ramos, J. (1992). *Estimulação Precoce: serviços, programas e currículos*. Brasília: Ministério da Ação Social, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Pierrat, V., Goubet, N., Peifer, K. & Sizun, J. (2007) How can we evaluate development care practices prior to their implementation in a neonatal intensive care unit? *Early Human Development*, 83, 415-418.
- Poletto, M. & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia* (Campinas, SP), 25(3), 405-416.
- Polonia, A. Da C., Dessen, M. A. & Silva, N. L. P. (2005). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: Dessen, M. A. & Costa Júnior, A. L. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. (pp.71-89). Porto Alegre: Artmed.
- Reichert, A. P. da S., Lins, R. N. P. & Collet, N. (2007). Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista eletrônica de enfermagem*, 9(1), 200-213.
- Rocha, M. C. P. a & Rossato, L. M. (2008). Dor neonatal: revisão de literatura no período de 1998 a 2008. *Online Brazilian Journal of nursing*, 7(3), 521-529.
- Rolim, K. M. C. & Cardoso, M. V. L. M. L. (2006). O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido: refletindo sobre a atenção humanizada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 85-92.

- Rugolo, L. M. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, 81(1)(Supl), 101-110.
- Santos-Filho, S. B. (2007). Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência e saúde coletiva*, 12(4), 999-1010.
- Santos-Filho, S. B. e Barros, R. B. (2007). Câmara Técnica de Humanização como Dispositivo de Co-Gestão: Experimentando o conceito de Rede. In Santos-Filho, S. e Barros de Barros, M.E. (Orgs.), *Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde* (pp. 203-232). Ijuí: Uninjuí.
- Scochi, C. G. S., Riul, M. J. S, Garcia, C. F. D, Barradas, L. da S. & Pileggi, S. de O. (2001). Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 14 (1), 9-16.
- Seild-de-Moura, M. L. (2009). Interações sociais e desenvolvimento. In Seild-de-Moura, M.L., Mendes, D.M.L.F. & Pessôa, L.F. (Orgs.), *Interação social e desenvolvimento* (pp.19-36). Curitiba: Editora CRV.
- Silva, L. J.da, Silva, L. R.da & Christoffel, M. M. (2009). Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 43(3), 684-689.
- Spitz, R. A. (1987). *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stevens, B.J , Riddell, R. R. P., Oberlander, T. E., & Gibbins, S (2007). Assessment of pain in neonates and infants. In Anand, K.J.S., Stevens, P.J. & McGrath (Edits), *Pain in neonates and infants* (pp.67-90) (3ªed). Philadelphia : Elsevier.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Sweet, A. Y. (1982). Classificação do Recém-nascido de Baixo Peso. In Klaus, M. H.& Fanaroff, A. A. (orgs.), *Alto Risco em Neonatologia* (L.E.V. Miranda et al, Trans.), (pp. 63-89). Rio de Janeiro: Editora Interamericana.
- Venancio, S. I. & Almeida, H. de (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 173-180.
- Vila, V.da S. C & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 137-144.

Waldow, V.R. (2006) Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENADOR DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº.:

Data:

Horário:

Duração:

Entrevistador: \_\_\_\_\_

#### 1. Identificação

1.1. Instituição: \_\_\_\_\_

1.2. Local: \_\_\_\_\_

1.3. Entrevistado(s): \_\_\_\_\_

1.4. Cargo/função do(s) entrevistado(s): \_\_\_\_\_

1.5 Formação: \_\_\_\_\_

1.6 Tempo de Trabalho na instituição: \_\_\_\_\_

1.7 Sexo: \_\_\_\_\_

1.8 Idade: \_\_\_\_\_

#### 2. Questões:

- Que ações são efetuadas no Hospital no sentido de Humanizar a Assistência ao paciente?
- São realizados treinamentos sobre o programa de Humanização?
- Particularmente na UTIN, que ações são desenvolvidas para este fim?
- Procura-se disseminar a Atenção Humanizada ao RN BP – Método Canguru? De que forma?
- Há algum tipo de avaliação dessas ações de humanização? Que tipo? Quais critérios são utilizados para tal?

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO DA UTIN

Nº.:

Data:

Horário:

Duração:

Entrevistador: \_\_\_\_\_

#### 1. Identificação

1.1. Instituição: \_\_\_\_\_

1.2. Local: \_\_\_\_\_

1.3. Entrevistado(s): \_\_\_\_\_

1.4. Cargo/função do(s) entrevistado(s): \_\_\_\_\_

1.5 Formação: \_\_\_\_\_

1.6 Tempo de Trabalho na instituição: \_\_\_\_\_

1.7 Sexo: \_\_\_\_\_ 1.8 Idade: \_\_\_\_\_

#### 2. Questões:

2.1 Como você define a política de Humanização na Saúde?

2.2 O que você conhece sobre a Atenção Humanizada ao RN BP – Método Canguru?

2.3 Que orientações são dadas à equipe da UTIN para implementar um Cuidado Humanizado?

2.4 Houve ou há algum treinamento dos profissionais nesse sentido?

2.5 Que ações são preconizadas para se humanizar o atendimento na UTIN?

2.6 Procura-se adequar a iluminação e o ruído? Como?

2.7 Há algum tipo de cuidado na realização dos procedimentos, antes, durante e depois? Quais?

2.8 Procura-se estabelecer ações para minimizar a dor e/ou estresse do bebê? Quais?

2.9 O Aleitamento Materno e a estimulação oral são incentivados?

2.10 Procura-se realizar práticas para promover o desenvolvimento do bebê? Quais?

2.11 Procura-se incentivar a participação da família? Quais são as medidas adotadas para tal?

2.12 Qual o horário ou tempo/duração que os pais passam na UTIN?

2.13 Que medidas são realizadas para promover a Saúde do Profissional da UTIN?

2.14 Há outras ações desenvolvidas?

2.15 Você realiza algum tipo de avaliação das ações de humanização na UTIN? Que tipo? Quais critérios são utilizados para tal?

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nº.:

Data:

Horário:

Duração:

Entrevistador: \_\_\_\_\_

#### **1. Identificação**

1.1. Instituição: \_\_\_\_\_

1.2. Local: \_\_\_\_\_

1.3. Entrevistado(s): \_\_\_\_\_

1.4. Cargo/função do(s) entrevistado(s): \_\_\_\_\_

1.5 Formação: \_\_\_\_\_

1.6 Tempo de Trabalho na UTIN: \_\_\_\_\_

1.7 Sexo: \_\_\_\_\_ 1.8 Idade: \_\_\_\_\_

1.9 Especialização em UTIN: \_\_\_\_\_

#### **2. Questões sobre Humanização**

2.1. Fale 3 palavras ou expressões que vêm à sua mente quando se fala “Cuidado Humanizado”:

2.2. Qual delas é a mais importante? Por quê?

2.3.. O que você já ouviu falar sobre Humanização na área da Saúde?

2.3. O que é Humanização para você?

2.4. Você teve algum tipo de treinamento/ curso sobre Humanização? Quando foi? Qual a duração do curso?

#### **3. Questões sobre o Bebê Pré-termo e Baixo Peso**

3.1. Pensando nos bebês que você atende na UTIN, quando está em contato com eles, como você se sente?

3.2. O que você pensa sobre esse bebê?

3.2. Como você acha que será o desenvolvimento desta criança?

#### **4. Questões sobre as práticas de cuidado ao Recém-nascido PT e BP**

4.1 Que ações você realiza no sentido de humanizar seu atendimento na UTIN?

4.2. Procura adequar a iluminação? Como?

4.3 Procura adequar o ruído? Como?

4.4 Você tem algum tipo de cuidado na realização dos procedimentos, antes, durante e depois? Quais?

4.5 Que ações você utiliza para minimizar a dor e/ou estresse do bebê? Quais?

4.6 Você procura incentivar o Aleitamento Materno?

4.7 Procura realizar algum tipo de estimulação oral?

4.8 Procura realizar algum tipo de prática para promover o desenvolvimento do bebê? Quais?

4.9 Procura incentivar a participação da família? Quais são as medidas adotadas para tal?

4.10 Como você cuida da sua saúde?

4.11 Como você se sente no seu ambiente de trabalho?

## APÊNDICE D

### QUESTIONÁRIO SOBRE PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO EM UTIN

#### Versão profissional de saúde

Identificação (somente iniciais do nome): \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_ Tempo de trabalho na UTIN: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Instrução:

Caro profissional, considerando as práticas que você efetivamente realiza quando está atendendo o bebê recém nascido pré-termo e baixo peso que se encontra internado na UTIN, assinale abaixo a frequência com que estabelece as ações indicadas. Não há respostas certas ou erradas. O que importa são suas práticas de cuidado ao bebê. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. No caso de uma ação específica não fazer parte do conjunto de atividades correspondentes ao seu cargo, você poderá marcar a opção “Não se aplica”. Assim, você deve assinalar com um X a alternativa que corresponde melhor ao que você realiza.

#### 1 Ambiente Físico

##### 1.1 Iluminação

1.1.1 Cobre a incubadora, para reduzir a luz ambiente.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.1.2 Regula a intensidade luminosa à noite, garantindo a diferenciação entre dia e noite.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

Você realiza alguma outra ação no sentido de **reduzir a iluminação excessiva**? Qual:

---



---



---



---

##### 1.2 Ruído

1.2.1 Baixa o volume de voz.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.2.2 Responde rapidamente aos alarmes.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.2.3 Evita utilizar rádios.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.2.4 Manipula a incubadora com cuidado (ao abrir e fechar as portas, por exemplo).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.2.5 Evita apoiar objetos na incubadora.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.2.6 Evita “batucar” os dedos sobre a superfície da incubadora.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.2.7 Evita o acúmulo de água nos dutos do respirador.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.2.8 Evita “passar plantão” junto ao bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.2.9 Evita fazer anotações utilizando a incubadora como apoio.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.2.10 Desliga o celular durante o atendimento.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

### **1.3 Localização do berço ou da incubadora**

1.3.1 Busca colocar a incubadora numa localização adequada (longe de locais de grande atividade/passagem, distanciadas uma das outras para um livre trânsito na UTIN, etc.).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

1.3.2 Provê manutenção das incubadoras.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

Você realiza alguma outra ação no sentido de **reduzir o nível de ruído**? Qual:

---



---



---



---

## **2. Manejo de Rotinas e Procedimentos**

### **2.1 Cuidados Antes dos Procedimentos**

2.1.1 Melhora a posição e a contenção do bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

2.1.2 Fala suavemente antes de tocar o bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

2.1.3 Respeita o estado comportamental do bebê (Por exemplo: aguarda quando está em sono profundo, espera parar de chorar, etc.).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

### **2.2 Cuidados durante o Procedimento**

2.2.1 Executa o procedimento em etapas, permitindo a recuperação do bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

2.2.2 Planeja o procedimento e organiza o material com antecedência.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

2.2.3 Minimiza todos os outros estímulos.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

2.2.4 Agrupa os procedimentos, evitando várias intervenções.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

2.2.5 Oferece contenção, algo para o bebê segurar, ou apoio aos seus pés.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

### **2.3 Cuidados depois do Procedimento**

2.3.1 Coloca o bebê numa posição e contenção adequadas.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

2.3.2 Oferece suporte até que o bebê se acalme.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

2.3.3 Observa as dicas do bebê sobre sua organização (estado de agitação, coloração da pele, por exemplo).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

2.3.4 Deixa o bebê sem ser manipulado por pelo menos 3 a 5 minutos.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

Você realiza alguma outra ação no sentido de **reduzir o estresse do bebê**? Qual:

---



---



---



---

### **3. Manejo da Dor**

3.1 Utiliza enrolamento.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

3.2 Utiliza contenção das extremidades (cabeça e pés, por exemplo).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

3.3 Utiliza sucção não-nutritiva (chupeta ortodôntica ou dedo mínimo do adulto).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

3.4 Oferece Sacarose (soro glicosado).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

Você realiza alguma outra ação no sentido de **confortar a dor do Bebê**? Qual:

---



---



---



---

### **4. Alimentação e Estimulação Oral**

4.1 Utiliza sucção não-nutritiva concomitante à alimentação pela sonda.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

4.2 Realiza limpeza oral somente quando necessário.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

4.3 Avalia a prontidão do bebê para ser alimentado.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

4.4 Utiliza local aconchegante para alimentação do bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

4.5 Ajuda a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

4.6 Mostra às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo separadas dos filhos.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

4.7 Não oferece ao bebê nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

4.8 Encoraja a amamentação sob livre demanda.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

4.9 Não dá bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

Você realiza alguma outra ação no sentido de **estimular seus padrões oro-motores e seu ganho de peso**? Qual:

---



---



---



---



---

## 5. Desenvolvimento do Bebê

5.1 Alterna posição do bebê regularmente.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.2 Provê contenção (vestir, cobrir o bebê).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.3 Utiliza rolinhos de tecido (fralda ou gaze) para dar suporte ao corpo do bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.4 Toca o bebê de forma vagarosa e segura.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.5 Realiza algum tipo de estimulação visual.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.6 Conversa com o bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.7 Busca introduzir brinquedos e outros objetos infantis na UTIN.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.8 Mantém sintonia com o bebê durante os cuidados.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.9 Respeita os sinais comportamentais do bebê (Por exemplo: aguarda quando está em sono profundo, espera parar de chorar, etc.).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.10 Procura deixar as mãos do bebê livres e próximas ao seu rosto.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

5.11 Oferece contenção quando o bebê está desorganizado.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

Você realiza alguma outra ação no sentido de **estimular o desenvolvimento do bebê**? Qual:

---



---



---



---

## 6. Participação da Família

6.1 Incentiva as visitas e a permanência da mãe o maior tempo possível com o bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

6.2 Incentiva as visitas e a permanência do pai o maior tempo possível com o bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

6.3 Incentiva as visitas de outros familiares do bebê (Por exemplo: avós, irmãos, etc.).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

6.4 Estimula os pais a realizarem os cuidados com o bebê (por exemplo: alimentação, troca de fralda, etc.)

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

6.5 Estimula o contato pele a pele dos pais com o bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

6.6 Dá orientações claras aos pais sobre como entender e manipular o bebê.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

Você realiza alguma outra ação no sentido de **incentivar a participação dos pais**? Qual:

---



---



---



---

## 7. Saúde do Profissional

7.1 Procura descansar quando o plantão permite.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

7.2 Realiza atividades de lazer e/ou relaxamento fora do trabalho.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

7.3 Procura ajuda quando necessita.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

7.4 Participa de grupos de apoio.

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

7.5 Cuida da sua própria saúde. (por exemplo: cuida da alimentação, faz exercício físico, vai ao médico, etc.).

Não faço	Faço Pouco	Faço Muito	Faço Sempre	Não se aplica
----------	------------	------------	-------------	---------------

Você realiza alguma outra ação no sentido de **cuidar da sua saúde**? Qual:

---



---



---



---



---

#### **Outras Informações**

(Caso você queira fazer algum comentário ou relatar alguma outra coisa sobre sua atuação junto ao bebê internado na UTIN, sinta-se à vontade).

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Agradecemos sua participação.**

## APÊNDICE E

### PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO

**Adaptado de Corrêa (2005)**

Nº.:

Data:

Horário:

Duração:

Observador: \_\_\_\_\_

#### **Identificação**

Instituição: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Participante: \_\_\_\_\_

Cargo/função do(s) entrevistado(s): \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de Trabalho na UTIN: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Atividade executada: \_\_\_\_\_

Variáveis ambientais/ Procedimentos	Comportamento do Profissional	Observações
Luminosidade	1 ( ) luz apagada 2 ( ) incubadora coberta parcialmente, protegendo os olhos do bebê durante o procedimento. 3 ( ) incubadora descoberta, durante o procedimento com o bebê.	
Sonoridade manuseio da incubadora	1 ( ) abrir e fechar as portinholas da incubadora com as 2 mãos. 2 ( ) abrir e fechar as portinholas da incubadora com uma mão.	

<p>Sonoridade – equipamentos e materiais em cima da incubadora</p>	<p>1 ( ) os equipamentos e materiais necessários ao procedimento são colocados sobre a “capa” em cima da incubadora. 2 ( ) os equipamentos e materiais necessários ao procedimento são colocados diretamente sobre a incubadora.</p>	
<p>Sonoridade – Toque na incubadora</p>	<p>1 ( ) não apóiam sobre a incubadora (batucam, debruçam, jogam pastas em cima). 2 ( ) apóiam na incubadora.</p>	
<p>Sonoridade - rádio</p>	<p>1 ( ) o rádio fica desligado em horário de pico. 2 ( ) o rádio fica ligado em horário de pico.</p>	
<p>Sonoridade - voz</p>	<p>Durante o manuseio onde há mais de um cuidador, o tom de voz é: 1 ( ) baixo/normal 2 ( ) alto 3 ( ) em gargalhadas</p>	
<p>Sonoridade celular</p>	<p>1 ( ) celular desligado. 2 ( ) celular ligado.</p>	
<p>Sonoridade – equipamentos (bomba de infusão e monitores)</p>	<p>1 ( ) fica atenta e desliga. 2 ( ) fica atenta e chama em tom alto outra pessoa para desligá-lo. 3 ( ) fica atenta, mas não desliga. 4 ( ) não presta atenção.</p>	
<p>Manejo de rotinas e procedimentos- atenção dirigida</p>	<p>1 ( ) concentrado no procedimento/ bebê em silêncio. 2 ( ) concentrado no procedimento/ fala sobre procedimentos/ materiais. 3 ( ) concentrado no procedimento/ fala de outro assunto. 4 ( ) não concentrado.</p>	
<p>Manejo de rotinas e procedimentos – Posição e contenção do bebê</p>	<p>1 ( ) melhora a posição do bebê para realizar procedimento. 2 ( ) não melhora a posição do bebê.  1 ( ) bebê contido*. 2 ( ) bebê livre.</p>	
<p>Manejo de rotinas e procedimentos planejamento e organização</p>	<p>1 ( ) procedimento planejado**. 2 ( ) procedimento não planejado.  1( ) material organizado com antecedência***. 2( ) material não organizado com antecedência.  1( ) dois cuidadores, um para realizar o</p>	

	<p>procedimento, o outro para conter o bebê. 2 ( ) um cuidador para realizar o procedimento.</p> <p>1( ) em seguida, deixou o bebê sem ser manipulado pelo menos de 3 a 5 minutos. 2 ( ) realizou outro procedimento imediatamente.</p> <p>1 ( ) após intervenção ofereceu suporte para o bebê se acalmar. 2 ( ) após intervenção não ofereceu suporte para o bebê se acalmar.</p>	
Manejo da Dor	<p>1 ( ) bebê contido. 2 ( ) bebê livre.</p> <p>Utiliza sucção não-nutritiva (chupeta ortodôntica/ dedo mínimo do adulto). 1( ) sim. 2( ) não.</p> <p>Oferece sacarose (soro glicosado). 1( ) sim. 2( ) não.</p> <p>Após intervenção, ofereceu suporte para o bebê***** se acalmar: 1( ) sim. 2( ) não.</p>	
Alimentação e Estimulação Oral	<p>Utiliza sucção não-nutritiva concomitante à alimentação pela sonda: 1( ) sim. 2( ) não.</p> <p>Avalia a prontidão do bebê para ser alimentado. 1( ) sim. 2( ) não.</p> <p>1( ) Local aconchegante para alimentação. 2 ( ) Alimentação na incubadora.</p>	
Desenvolvimento do bebê	<p>Realiza algum tipo de estimulação visual: 1( ) sim. 2( ) não.</p> <p>Realiza algum tipo de estimulação auditiva: 1( ) sim. 2( ) não.</p>	

	<p>Realiza algum tipo de estimulação tátil: 1( ) sim. 2( ) não.</p> <p>Alterna posição do bebê para organizá-lo: 1( ) sim. 2( ) não.</p> <p>Oferece contenção quando o bebê está desorganizado: 1( ) sim. 2( ) não.</p>	
Participação da família	<p>Quando os pais estão presentes: Estimula os pais a realizarem os cuidados com o bebê: 1( ) sim. 2( ) não.</p> <p>Dá orientações claras sobre como entender e manipular o bebê: 1( ) sim. 2( ) não.</p>	

Descrições: \*Bebê contido: consiste na colocação das duas mãos paradas, de forma elástica, contendo a cabeça, as nádegas e os membros; Bebê livre: braços e pernas soltos; \*\*Procedimento planejado: com horário previamente estabelecido ou programado de forma a agrupar cuidados; \*\*\*Material organizado com antecedência: o profissional identifica e separa todo o material necessário ao procedimento antes de executá-lo; \*\*\*\*Suporte para o bebê: fazer um “ninho”, rolinhos de pano, gaze para segurar, apoio para suas extremidades.

## APENDICE F

### Termo de consentimento para execução de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO  
CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS E NATURAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL DE DO DESENVOLVIMENTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

##### **I. Dados sobre a pesquisa científica:**

**Título da pesquisa:** Cuidado ao Recém-nascido em UTIN: Concepções e Práticas de Humanização.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kely Maria Pereira de Paula

**Pesquisadora:** Cláudia Paresqui Roseiro (mestranda do PPGP/UFES)

##### **II. Identificação do funcionário responsável:**

Nome: \_\_\_\_\_

Função/Cargo: \_\_\_\_\_

Prova documental de responsabilidade: \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup>.: \_\_\_\_\_

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

##### **III. Objetivo geral da pesquisa:**

Investigar a concepção de Humanização em Saúde e de Cuidado Humanizado da equipe de profissionais da UTIN, bem como suas práticas de cuidado ao recém-nascido, contribuindo para a melhoria na qualidade do atendimento prestado aos bebês e suas famílias.

##### **IV. Participantes:**

Profissionais da saúde que assistem ao recém-nascido pré-termo e baixo peso internado em UTIN, o responsável técnico pela UTIN e o coordenador da Humanização Hospitalar.

##### **V. Síntese do procedimento:**

Serão aplicados roteiros de entrevista com o responsável técnico pela UTIN e o coordenador da Humanização Hospitalar, roteiro de entrevista e questionários com os profissionais da saúde que atendem ao recém-nascido pré-termo e baixo peso internado em UTIN e serão realizadas observações destes em seu ambiente de trabalho. As entrevistas serão gravadas em áudio.

**VI. Esclarecimentos:**

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, os responsáveis terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;
- b) o participante poderá se desligar do projeto, sem quaisquer constrangimentos ou prejuízos às atividades que exerce junto ao hospital;
- c) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identificação do participante não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;
- d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à pesquisadora pelo telefone (27) 3335-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES). Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa pelo telefone 33357504 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br;

**VII. Consentimento:**

*Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias:*

Vitória, ES, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Responsável legal

---

Cláudia Paresqui Roseiro  
Responsável pelo projeto

## APÊNDICE G

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO  
CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS E NATURAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL DE DO DESENVOLVIMENTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

#### **I. Dados sobre a pesquisa científica:**

**Título da pesquisa:** Cuidado ao Recém-nascido em UTIN: Concepções e Práticas de Humanização.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kely Maria Pereira de Paula

**Pesquisadora:** Cláudia Paresqui Roseiro (mestranda do PPGP/UFES)

#### **II. Identificação do participante:**

Nome: \_\_\_\_\_

Função/Cargo: \_\_\_\_\_

Prova documental de responsabilidade: \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup>.: \_\_\_\_\_

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

#### **III. Objetivo geral da pesquisa:**

Investigar a concepção de Humanização em Saúde e de Cuidado Humanizado da equipe de profissionais da UTIN, bem como suas práticas de cuidado ao recém-nascido, contribuindo para a melhoria na qualidade do atendimento prestado aos bebês e suas famílias.

**IV. Participantes:** profissionais da saúde que assistem ao recém-nascido pré-termo e baixo peso internado em UTIN, o responsável técnico pela UTIN e o coordenador da Humanização Hospitalar.

**V. Síntese do procedimento:** serão aplicados roteiros de entrevista com o responsável técnico pela UTIN e o coordenador da Humanização Hospitalar, roteiro de entrevista e questionários com os profissionais da saúde que atendem ao recém-nascido pré-termo e baixo peso internado em UTIN e serão realizadas observações destes em seu ambiente de trabalho. As entrevistas serão gravadas em áudio.

**VI. Esclarecimentos:**

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, os responsáveis terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;
- b) o participante poderá se desligar do projeto, sem quaisquer constrangimentos ou prejuízos às atividades que exerce junto ao hospital;
- c) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identificação do participante não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;
- d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à pesquisadora pelo telefone (27) 3335-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES). Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do pelo telefone 33357504 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br;

**VII. Consentimento:**

*Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, em pleno uso e gozo de minhas faculdades mentais, declaro que aceito participar da pesquisa acima referida sem nenhum ônus financeiro, pessoal ou moral. Tenho conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico; entretanto, recebi garantias de que serão mantidos absoluto sigilo e respeito sobre minha identidade. Declaro ainda que tenho plena liberdade para me retirar deste estudo a qualquer momento que decidir, sem que haja nenhum tipo de ônus ou constrangimento. Considero plenamente satisfatórias as informações prestadas, bem como as respostas às dúvidas por mim suscitadas e responsabilizando-me pela veracidade das informações por mim fornecidas. Assim, aceito assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.*

RG ou Carteira Profissional da participante: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor:

\_\_\_\_\_

Vitória, ES, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Responsável legal

---

Cláudia Paresqui Roseiro  
Responsável pelo projeto

## APÊNDICE H

### TABELA 17

Tabela 17 – Respostas ao Questionário Práticas de Humanização em UTIN – frequência(f) e proporção (p)

Respostas N=28  Itens	Faço Sempre		Faço Muito		Faço Pouco		Não Faço		Não se Aplica	
	f	p	f	p	f	p	f	p	f	P
Ambiente Físico (14 questões)	198	.51	47	.12	32	.08	11	.028	100	.25
Manejo de Rotinas e Procedimentos (12 questões)	231	.69	64	.14	21	.036	2	.005	16	.047
Manejo da Dor (4 questões)	34	.30	21	.19	20	.18	13	.11	23	.20
Alimentação e Estimulação Oral (9 questões)	118	.46	32	.12	26	.10	11	.043	66	.26
Desenvolvimento do Bebê (11 questões)	151	.47	77	.24	40	.12	15	.047	35	.11
Participação da Família (6 questões)	88	.52	32	.19	30	.18	9	.053	8	.047
Saúde do Profissional (5 questões)	39	.27	24	.17	43	.30	28	.20	6	.042
TOTAL (63 questões e 1.711 respostas)	859	.50	297	.17	212	.12	89	.055	254	.14

## ANEXO A

### Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo – CEP/UFES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 19 de Fevereiro de 2009

Da: Profa. Ethel Leonor Noia Maciel  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Profa. Kely Maria Pereira de Paula  
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“O cuidado ao recém-nascido em UTIN: concepções e práticas de humanização”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, **Nº de registro no CEP – 152/08**, intitulado: **“O cuidado ao recém-nascido em UTIN: concepções e práticas de humanização”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 18 de Fevereiro de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Profª Dra Ethel Leonor Noia Maciel  
COORDENADORA  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Centro de Ciências da Saúde/UFES

## ANEXO B

### Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo – CEP/SESA.



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP**  
**HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA**  
 SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Vitória, 25 de março de 2009

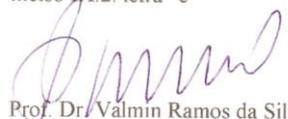
Do : Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva  
 Coordenador  
 Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Para: Para: Kely Maria Pereira de Paula  
 Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“O cuidado humanizado em UTIN: concepções e práticas de humanização”**.

Senhora pesquisadora

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa da Glória, após analisar o Projeto de Pesquisa , nº de **Registro no CEP-04/09**, intitulado: **“O cuidado humanizado em UTIN: concepções e práticas de humanização”**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprido os procedimentos internos desta instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 24 de março de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”

  
 Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva  
 Coordenador

  
 15/05/09

ANEXO C

**CLASSIFICATION DOUBLE**

**Synthèse du corpus**

nom du texte : pus4\_alceste.txt  
 analysé le : 21/12/2009  
 taille : 317 ko  
 plan d'analyse : corpus4.pl  
 total u.o.l. : 87

**Arbres de Classification**

**Répartition des classes**

**Présences KHi2**

*tema_01	234
humani+	149
paciente+	147
HUMANIZACJ	113
NA	92
PARA	69
doenca+	59
humano+	51
AREA	50
numero+	42
trat+	39
tom+	37
comprmissio	34
palavra+	34
ouvi	34
setore+	29
form+	28
servico+	27
meccanica+	26
perda+	25
completa+	25
cliente+	25
conhecimento	25
pronto_socom	25

**Présences KHi2**

*tema_02	109
BEBE	66
dapui	46
*carg_med	41
cans+	40
me	39
eu	38
gost+	37
pens+	36
caza	35
ve	33
tenh+	30
sezo	30
meiha	29
SE	28
SENTE	27
gostaria	27
DE	27
AMBIENTE	27
TRABALHO	27
colaga+	27
trabalh+	26
COMO	25
sou	25

**Présences KHi2**

mae+	202
pai+	101
*carg_fpi	58
avos+	46
convens+	42
*sug05	39
diat+	39
acompanh+	39
incendi+	37
FAMILIA	36
viv+	35
visit+	31
chose+	31
boca	30
ele	28
succao_nao_n	28
PROCEDIME	28
ela	25
famili+	25
DA	24
*%_23	24
*sug15	24
*temp_04	24
tal+	23
os	23

**Présences KHi2**

sug+	84
dedo_de_juva	78
succao	67
coloco+	67
peit+	67
banh+	67
RUIDO	66
procediments+	66
maio+	61
test+	60
manuse+	58
evit+	49
*tema_03	46
luminac+	44
dele+	41
horario+	34
PROCEDIME	34
claridde	34
portinh+	34
escure+	34
form+	33
hor+	28
diminui+	28

**Présences KHi2**

eu	-23
*carg_med	-18
dá+	-14
ach+	-14
*tema_02	-12
pezzo+	-11

**Présences KHi2**

*tema_03	-130
mae+	-22
fic+	-19
gerie	-16
nab	-12
mas	-10

**Présences KHi2**

0	-41
mae+	-39
*tema_01	-32
coloc+	-23
a	-21
pod+	-19

**Présences KHi2**

mae+	-15
luz+	-12
ILUMINACAO	-12
incubadora+	-11
*carg_med	-10

**Présences KHi2**

luz+	126
incubadora+	111
apag+	97
ILUMINACAO	96
banh+	78
RUIDO	69
procediments+	69
maio+	61
test+	60
manuse+	58
evit+	49
*tema_03	46
luminac+	44
dele+	41
horario+	34
PROCEDIME	34
claridde	34
portinh+	34
escure+	34
form+	33
hor+	28
diminui+	28

**Dictionnaire des formes**

FORME	EFFECTIF
gerie	1110
bebe+	531
uma+	424
faz+	471
da	465
af	399
fic+	394

**Dictionnaire des notions**

NOTION	EFFECTIF

**A.F.C. en coordonnées**

**A.F.C. en corrélations**

**A.F.C. en contributions**

OK