

Humanização do cuidado sob a ótica de enfermeiros de uma unidade neonatal

Humanization of care from the perspective of nurses in a neonatal unit

DOI:10.34119/bjhrv6n3-392

Recebimento dos originais: 16/05/2023

Aceitação para publicação: 22/06/2023

Rosangela Cunha Machado Tavares

Especialista em Neonatologia e Pediatria

Instituição: Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz (IFF-FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro

E-mail: rosangelacmtavares@hotmail.com

Danielle Bonotto Cabral Reis

Doutoranda em Pesquisa Clínica Aplicada em Saúde Perinatal.

Instituição: Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz (IFF-FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro

E-mail: danibcabral@yahoo.com.br

Fátima Cristina Mattara de Camargo

Mestra em Enfermagem

Instituição: Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz (IFF-FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro

E-mail: crismattara@hotmail.com

Tainan Maria Cruz Lopes Tavares

Especialista em Obstetrícia

Instituição: Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz (IFF-FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro

E-mail: tainantavares@gmail.com

Claudia Cristina Augusto Rodrigues Vieira

Especialista em Controle de Infecção Hospitalar

Instituição: Hospital das Clínicas Rio Barra

Endereço: Avenida Cândido Portinari, 555, Barra da Tijuca - Rio de Janeiro

E-mail: claudiarodrigues.kristy@gmail.com

Richely Ritta Menaguali

Especialista em Obstetrícia

Instituição: Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz (IFF-FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro

E-mail: richelymenaguali@gmail.com

Rosane de Oliveira

Pós-graduanda em Obstetrícia

Instituição: Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz (IFF-FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro

E-mail: rsndeoliveira@gmail.com

Katlen Susane da Silva Olivo

Especialista em Obstetrícia, Pediatria e Atenção à Saúde da Mulher

Instituição: Fernandes Figueira - Fundação Oswaldo Cruz (IFF-FIOCRUZ)

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716, Flamengo, Rio de Janeiro

E-mail: katlen2olivo@gmail.com

RESUMO

a humanização pode ser compreendida como uma iniciativa que valoriza a excelência do cuidado. No que tende ao cuidado de recém-nascidos, as unidades neonatais têm como principal objetivo prover recursos contínuos, priorizando as melhores práticas, propondo estratégias individualizadas, respeitando as particularidades e necessidades de cada um. Aliando, assim, a personalidade humanizada às ações dos profissionais de saúde. Objetivos: descrever o perfil de enfermeiros que atuam em uma unidade neonatal; analisar as práticas humanizadas realizadas em uma unidade neonatal; e discutir a visão dos enfermeiros acerca da humanização neonatal. Metodologia: pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, realizada em um instituto nacional de saúde. Operacionalizada por meio de formulário e entrevista semiestruturada. Resultados: as estratégias de humanização mais citadas, pelas entrevistadas foram a questão da inclusão familiar no cuidado, o aconchego do bebê e a sucção não nutritiva. Conclusão: percebeu-se uma equipe com graus de entendimento variados sobre a temática. Além de uma dificuldade, de alguns profissionais, em estabelecer interface da teoria com a prática, limitando a utilização das ferramentas de humanização. Notou-se, também, uma grande referência à inserção da família no cuidado como estratégia, além da hipervalorização da relação mãe-bebê em detrimento da paterna, evidenciando a necessidade de apropriação da temática por partes dos enfermeiros, para uma melhor aplicação.

Palavras-chave: enfermagem, humanização, recém-nascidos, unidade de terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT

humanization can be understood as an initiative that values excellence in care. When it comes to the care of newborns, neonatal units have as main objective to provide continuous resources, prioritizing the best practices, proposing individualized strategies, respecting the particularities and needs of each one. Thus, combining the humanized personality with the actions of health professionals. Objetivos: descrever o perfil de enfermeiros que atuam em uma unidade neonatal; analisar as práticas humanizadas realizadas em uma unidade neonatal; e discutir a visão dos enfermeiros acerca da humanização neonatal. Metodologia: pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, realizada em um instituto nacional de saúde. Operationalized by means of a form and a semi-structured interview. Results: the humanization strategies most often mentioned by the interviewees were the issue of family inclusion in care, the baby's warmth and non-nutritive sucking. Conclusion: a team with varying degrees of understanding about the theme was perceived. In addition, some professionals had difficulty in establishing the interface between theory and practice, limiting the use of humanization tools. Notou-se, também, uma grande referência à inserção da família no cuidado como estratégia, além da hipervalorização da relação mãe-bebê em detrimento da paterna, evidenciando a

necessidade de apropriação da temática por partes dos enfermeiros, para uma melhor aplicação.

Keywords: nursing, humanization, newborns, neonatal intensive care unit.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada, no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, buscando colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços, com o objetivo de produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar (BRASIL, 2010).

A PNH permeia vários âmbitos do trabalho em saúde e é o referencial para este tipo de prática no país. Esta pontua a necessidade de investimentos para além da expansão da rede e do acesso, mas também para qualidade das práticas de cuidado (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

A humanização, enquanto conceito, pode ser compreendida como uma iniciativa que valoriza a excelência do cuidado, considerando o ponto de vista técnico, os aspectos subjetivos do usuário e do profissional, as referências culturais e o direito à saúde. Não se limitando a ser apenas uma ideia, mas uma prática baseada na valorização humana, implementada de forma efetiva e sistemática na assistência (NODA; ALVES; GONÇALVES et al, 2018).

O ambiente hospitalar, por sua vez, já causa certa angústia, ansiedade, medo, desconforto, dúvidas e outros diversos sentimentos, para os envolvidos, que influenciam na evolução do processo saúde-doença (JÚNIOR; BATISTA, 2020). Neste contexto, Carlo et al (2018), evidenciam que a humanização deve possibilitar a ampliação do bem-estar, tanto de pacientes como de profissionais, contribuindo para a minimização do tempo de internação e absenteísmo.

No que tange ao cuidado de recém-nascidos (RNs), as unidades neonatais têm como principal objetivo prover recursos contínuos e especializados para garantir a sobrevivência desses neonatos, priorizando as melhores práticas, propondo estratégias individualizadas, respeitando as particularidades e necessidades de cada um. Aliando, assim, a personalidade humanizada às ações dos profissionais de saúde. (SILVA; MELO; SILVA, 2022).

Todavia, embora imprescindível, humanizar o atendimento em saúde exige bastante dos profissionais, sobretudo de enfermagem, pois exercer esta prática é situar-se em questões pessoais de outras pessoas, onde o cuidar se vincula à compressão, o que é um desafio. Portanto, oferecer um cuidado humanizado interfere nas dimensões morais, subjetivas, técnicas e institucionais de enfermeiros, que perpassa pelos valores, sentimentos e limites tanto do ser cuidador, como do ser cuidado (ANTUNES; GARCIA; OLIVEIRA et al, 2017).

Frente ao supracitado, estabeleceu-se os seguintes objetivos para o presente estudo: descrever o perfil de enfermeiros que atuam em uma unidade neonatal; analisar as práticas humanizadas realizadas em uma unidade neonatal; e discutir a visão dos enfermeiros acerca da humanização neonatal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa (QUEIROZ; FEFERBAUM, 2022). Realizada nas dependências da Unidade Neonatal – que compreende a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) – de um instituto nacional de saúde, no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Avaliado como uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, especializada no alto risco fetal, além de possuir o título de “Hospital Amigo da Criança”.

Em relação à Unidade Neonatal, cenário do estudo, esta possui 26 leitos cadastrados no MS, sendo distribuídos em: 14 na UTIN, 8 na UCINCo e 4 na UCINCa. A equipe interdisciplinar da unidade é composta por médicos de especialidades variadas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e assistente social.

A equipe de enfermagem é dividida em 3 plantões diurnos e 3 noturnos. Sendo em média, 3 enfermeiras e 9 técnicos de enfermagem em cada plantão. Há, ainda, 2 enfermeiras diaristas e 12 enfermeiras residentes do curso de especialização em enfermagem neonatal (6 residentes do 1º ano e 6 do 2º ano), com carga horária própria baseada nas diretrizes do programa.

Participaram deste estudo enfermeiros (as) da unidade neonatal, totalizando o quantitativo de 22 participantes (N=22). Todos aqueles que aceitaram participar da pesquisa, leram, assinaram e permaneceram com uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Adotou-se como critério de inclusão: aqueles que atuassem diretamente nos cuidados aos RNs. E como critérios de exclusão: estar de férias ou com qualquer outro tipo de licença ou afastamento durante o período de coleta dos dados. A coleta foi operacionalizada entre março e maio de 2022, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, sob o CAEE 56972422.5.0000.5269.

Inicialmente, a fim de categorizar o perfil dos profissionais participantes, foi aplicado um formulário, com as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação

em neonatologia, se possui especialização – e qual seria, escala de trabalho na instituição e em quantos locais trabalha.

Em seguida, realizou-se uma entrevista semiestruturada, onde fora questionado: O que você entende como “humanização da assistência”? Quais estratégias de humanização da assistência neonatal você conhece? Quais são mais utilizadas por você, em sua rotina profissional?

A análise dos dados ocorreu entre junho e setembro de 2022, através do método de Análise de Conteúdo de Bardin (2011). E, para exploração do material, visando proteger a identidade das entrevistadas, optou-se por identificá-las através de um código alfanumérico com a letra A sucedido de um algarismo arábico (exemplo: A1).

3 RESULTADOS

A partir da análise dos dados, obtidos através dos formulários aplicados aos 22 participantes, foi possível inferir que 100% eram do sexo feminino, com idades que variavam de 26 a 56 anos, com uma média de 36,2 anos, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 – Idades das entrevistadas em anos.

IDADE (ANOS)	Nº PARTICIPANTES	%
26 a 31	9	41,0
32 a 36	1	4,5
37 a 41	5	22,7
42 a 46	4	18,2
47 a 51	2	9,0
52 a 56	1	4,5
TOTAL	22	100

Fonte: autoria própria.

O tempo médio de formadas foi de 10,8 anos, sendo o mínimo encontrado de 1 ano e 4 meses e o máximo de 36 anos (tabela 2). Entre elas, 18 (81,8%) possuíam especialização e 4 (18,2%) não. Sendo entre as especialistas: 14 em neonatologia, 3 em neonatologia e mais outra especialidade e 1 em saúde perinatal – que possui interface com a neonatologia. E, dentre as não especialistas, todas encontravam-se cursando a pós-graduação em neonatologia nos moldes de residência.

Tabela 2 – Tempo de formação das entrevistadas em anos.

TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS)	Nº PARTICIPANTES	%
--------------------------	------------------	---

< 2	3	13,6
2 a 5	7	31,9
6 a 10	2	9,0
11 a 20	7	31,9
> 21	3	13,6
TOTAL	22	100

Fonte: autoria própria.

O tempo médio de atuação em neonatologia foi de 9,8 anos, sendo o menor tempo de 1 ano e 1 mês e o maior tempo de 36 anos (tabela 3).

Tabela 3 – Tempo de atuação em neonatologia, das entrevistadas, em anos.

TEMPO DE ATUAÇÃO (ANOS)	Nº PARTICIPANTES	%
< 2	7	31,9
2 a 5	4	18,2
6 a 10	1	4,5
11 a 20	8	36,3
> 21	2	9,0
TOTAL	22	100

Fonte: autoria própria.

No que tange à escala de trabalho, 16 (72,7%) entrevistadas eram do plantão diurno e 6 (27,3%) do noturno. E em relação a trabalhar em outra unidade, 18 (81,8%) trabalhavam exclusivamente na instituição onde foi realizada a pesquisa, enquanto 4 (18,2%) possuíam mais de um vínculo empregatício.

Outrossim, a partir da análise do material coletado, foram definidas as primeiras unidades de registro (UR), pautadas nas estratégias de humanização que emergiram das falas das entrevistadas (tabela 4).

Tabela 4 – Estratégias de humanização mais citadas pelas entrevistadas.

UNIDADES DE REGISTRO (UR)	FREQUÊNCIA	%
Banho	3	1,16
Ofurô	1	0,38
Escutar	1	0,38
Dor/álvio da dor	8	3,11
Sucção	17	6,61
Contenção/conter	6	2,33
Glicose	12	4,66
Posicionamento/posicionar	10	3,89
Aconchego/aconchegar	17	6,61
Rolinho/Ninho/Charutinho	10	3,89

Polvo	1	0,38
Amamentação	5	3,11
Canguru	15	5,83
Família	46	17,89
Pais	22	8,56
Mãe	65	25,29
Pai	18	7,0
TOTAL	257	100

Fonte: autoria própria.

A tabela supracitada deu origem à primeira categoria que será discutida a seguir, intitulada “A visão do enfermeiro a respeito das estratégias de humanização neonatal”.

Observa-se que as UR relacionadas à família e/ou familiares constituem juntas mais de 50% do total, enquanto outras aparecem em menos de 1% das falas, o que motivou a construção do *corpus* da segunda categoria: O papel da família na humanização neonatal.

4 DISCUSSÃO

4.1 A VISÃO DO ENFERMEIRO A RESPEITO DAS ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NEONATAL

As estratégias de humanização oferecem subsídios para que os profissionais possam multiplicá-las, melhorando a sua realidade, pois além de ser um processo teórico-prático, estabelece uma cultura voltada não para a doença, mas para o ser que adoce e deve ser visto de forma holística na sua integralidade biopsicossocial (FERREIRA; DANTAS; DANTAS et al, 2021).

Dentre as estratégias de humanização mais citadas, pelas entrevistadas, estiveram a questão da inclusão familiar no cuidado, o aconchego do bebê e a sucção não nutritiva.

“Acho que é essa questão da família, de colocar no colo.” (A7)

“Humanização é um cuidado mais centrado pra criança, um cuidado centrado pra família da criança.” (A9)

“É aconchegar ele (...) Dar a sucção não nutritiva, dar o dedinho né, ou se ele tiver chupeta, dar chupeta.” (A2)

“É o aconchego do bebê, posicionar ele adequadamente, sucção não nutritiva, que você utiliza em muitos procedimentos.” (A14)

A inserção da família no cuidado com o bebê, emerge a partir de uma relação de parceria e construção de vínculo destes com a equipe de saúde, na qual as responsabilidades precisam ser estimuladas e compartilhadas (BRASIL, 2019). Para tal, iniciativas voltadas para

ambientação e promoção de um ambiente saudável, apresentaram-se benéficas para o desenvolvimento biopsicoafetivo seguro e saudável (SILVA; BRAGA, 2019).

Por sua vez, o “aconchego do bebê” reflete as técnicas de posturação do RN, proporcionando organização neurocomportamental e conforto para este (BRASIL, 2019). Já técnica da sucção não nutritiva pode ser realizada com a introdução de bico não lactante ou dedo mínimo enluvado na cavidade oral do RN, estimulando – durante os movimentos rítmicos – a liberação de serotonina, que inibe a hiperatividade, modulando o desconforto e diminuindo a dor do recém-nascido (VIRGENS; GRECO; CARVALHO, 2018)

Foi possível observar que algumas estratégias, embora utilizadas na unidade, apareceram pouco na fala das participantes. As falas a seguir ilustram esta premissa:

“Estratégias? Engraçado falar, é que, pra mim, não é uma estratégia, porque estratégia é uma coisa que você pega, estudada, mas isso não dá em qualquer lugar.” (A16)

“Humanização da assistência? Eu acho que é você ser... deixa eu pensar... ser humano com a pessoa.” (A5)

“Não consigo te explicar o que eu entendo de humanização da assistência, porque pra mim é muito... tipo, humanização da assistência já fala por si só” (A3)

Percebe-se que há uma lacuna entre reconhecer as práticas de humanização como genuínas, que pode estar envolvida na dificuldade, de alguns profissionais, em compreender a humanização como um conhecimento científico, sólido e palpável.

O conhecimento científico é crítico e fundamentado, visando produzir interpretações de realidade e certo consenso sobre algo. É intencional porque constitui determinados objetos e pretende fornecer subsídios para compreendê-los ou produzir instrumentos de intervenção sobre eles. É sistematizado e obedece às regras de um determinado campo e, é também um conhecimento que se pretende verdadeiro (DAGMAR, 2006).

A partir deste entendimento, podemos inferir que o conhecimento científico é essencial para o profissional que atua na UTIN, possibilitando um preparo adequado que sustenta as complexidades das práticas de cuidado desenvolvidas ao recém-nascido de risco (COSTA; PADILHA, 2011).

A falta de compreensão, observada sobre o tema, faz com que seja tratado como algo mais trivial ou fraternal. Fazendo com que o profissional não reconheça as estratégias que utiliza e/ou que pode utilizar, facultando a aplicação destas aos seus sentimentos pessoais, e não à uma rotina que é indissociável das atribuições da enfermagem neonatal. A PNH esclarece que a humanização deve ser compreendida para além de uma percepção pessoal, mas como uma

política pública que transversaliza as diferentes ações e instâncias do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Deste modo, considera-se que esclarecer o conceito de humanização, bem como acompanhar como os profissionais o apresentam nas suas ações, poderia conduzi-los a aperfeiçoar tal abordagem no cuidado neonatal (COSTA; SANFELICE; CARMONA, 2019).

É importante destacar que as participantes A4 e A11, em especial, foram as únicas a mencionarem a humanização do profissional em sua fala, quando perguntadas sobre o que entendiam como humanização do cuidado, estas dizem:

“(...) tentar diminuir o sofrimento tanto da equipe, quanto do paciente. Porque na realidade é tudo uma via de mão dupla, então não existe isso da equipe bem e o paciente não.” (A4)

“Humanização é você olhar um todo, né? No caso da criança, você não assistir somente a criança, mas assistir a família, estar atenta aos cuidados com equipe também.” (A11)

Entre os princípios da PNH está o de indissociabilidade entre gestão e atenção. E dentro deste, propõe-se como uma das estratégias, a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento pessoal (BRASIL, 2010).

Portanto, o fato da maioria das profissionais não reconhecerem esta questão como parte fundamental da humanização do cuidado, é preocupante no sentido da gestão do ambiente organizacional, por parte do enfermeiro, uma vez que este desempenha função de liderança.

Ressalta-se que, assim como para o tempo de formação, observa-se no que se refere ao tempo de atuação em neonatologia, um maior percentual de participantes no intervalo de 10 a 20 anos. E, em vista dessas informações e observando que a publicação da PNH é do ano de 2003, poderia ser inferido que a falta de conhecimento sobre humanização poderia estar relacionada, dentre outras razões, à desatualização do profissional.

Todavia, as participantes A3, A5 e A16, que mostraram imprecisão quanto ao conhecimento da humanização como saber científico, possuem os respectivos tempos de formação e atuação em neonatologia: 5 e 3 anos, 9 e 8 anos, 5 e 4 anos. E, as participantes A4 e A11, que conseguiram identificar pontos relevantes em relação à temática possuem 36 e 36 anos, 18 e 18 anos como respectivos tempos de formação e atuação com neonatos.

Demonstrou-se, portanto, que um maior hiato temporal desde a graduação, não foi um limitador para o conhecimento das práticas de humanização. Afastando a hipótese de que uma formação anterior à publicação da PNH seria um determinante negativo para seu conhecimento.

4.2 O PAPEL DA FAMÍLIA NA HUMANIZAÇÃO NEONATAL.

A menção à família foi amplamente observada como estratégia de humanização neonatal.

“A gente tem que tentar trazer o máximo a família para se envolver em pequenos cuidados, que eles podem estar fazendo sob nossa supervisão.” (A1)

“Eu tento o máximo possível, promover esse contato seja no toque, seja na troca de fralda, essas pequenas coisas, pra incorporar mais essa família.” (A15)

Sabe-se que, em decorrência da internação do RN, ocorre a separação precoce do binômio mãe-filho e a dificuldade de aproximação dos demais familiares com o novo membro da família. Com isso, a família é parcial ou totalmente privada de ver, tocar, falar e cuidar do bebê durante esse período, ao passo que estas são ações fundamentais para a formação e fortalecimento de laços afetivos (SOUSA; MEDINO; BENEVIDES et al, 2019).

Tamez (2002), traz o ano de 1987 como um marco do reconhecimento da importância da presença dos pais na UTIN. Com isto, surgiram ideias de como promover o cuidado centrado na família, uma vez que esta é o componente central na vida da criança e deve ser central no plano de cuidado.

Compreendeu-se que a companhia e a participação dos pais com o filho hospitalizado se fazem necessárias não só para o estabelecimento do vínculo afetivo, mas também para a redução do estresse causado pela hospitalização e para o preparo do cuidado à saúde no domicílio (DIAZ, 1992; BOWLBY 1995).

É importante ressaltar que tratando-se da família como parte da humanização neonatal, as UR apareceram no texto nas seguintes proporções: família (17,89%), pais (8,56%), mãe (25,29%) e pai (7,0%). Revelando uma tendência para priorização da relação mãe-bebê em detrimento da paterna, uma vez que a maior porcentagem registrada foi a referente à palavra “mãe” e a menor a “pai”.

É significativo ponderar que a “maternagem”, reconhecida como prática cuidadora que parte do vínculo e do cuidado desenvolvido para com o filho, surge alterada no contexto de internação neonatal. Ou seja, as ações conferidas às mães são permitidas gradativamente e muitas vezes até impossibilitadas, dependendo do quadro físico da criança (MARTINS; OLIVEIRA, 2010).

As mães acompanhantes vivenciam um desafio ao tentar adaptar-se ao ambiente hospitalar, considerado como um espaço novo, diferente do seu lar, que materializa a vivência do adoecimento e representa o deixar de viver um dia a dia habitual (ALMEIDA; LEITE;

FERREIRA et al, 2016). Esta condição submete a mãe à rotina hospitalar e ao afastamento tanto familiar como social, o que gera efeitos negativos, que podem interferir no vínculo com o RN. (SOUZA; SANTOS; MENDONÇA et al, 2012).

No que se refere ao pai, Matos et al (2017) relatam que as informações que os homens dispõem sobre os cuidados com os filhos, na maioria das vezes não são valorizados pela sua companheira, família e até mesmo pelos profissionais de saúde. Assim, o pai começa a pensar que sua atuação no que se refere aos encargos com o seu filho é insignificante, fazendo com que este não se envolva verdadeiramente no processo.

A Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, em seu artigo terceiro, traz como uma das diretrizes o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe – e do pai – nos cuidados ao recém-nascido.

O Estatuto da Criança e do Adolescente regulamenta em seu artigo 12, que os hospitais devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança. Entretanto, na maior parcela dos hospitais, essas condições são oferecidas às mães, nos chamados “alojamento das mães”, “casa/hotel da mãe” e afins. O que dificulta ainda mais a inserção de outros familiares, sobretudo o pai, como parceiros no cuidado e não apenas como visita.

Salienta-se, ainda de acordo com o MS (2010), que os seguintes pontos caracterizam a humanização: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo de sujeitos e coletivos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão. Evidenciando assim, a necessidade de ampla inserção de todos os envolvidos no processo.

5 CONCLUSÃO

Foi possível identificar que a equipe da unidade estudada é diversificada e com graus de entendimento variados acerca do tema “humanização”. Observou-se que há a dificuldade, de alguns profissionais, em estabelecer uma interface da teoria com a prática. E, o fato de não reconhecerem a humanização como um conhecimento baseado em evidências científicas, é um limitador para sua aplicação. Constata-se a necessidade de apropriação da temática e de suas ferramentas, para bem aplicá-las e minimizar os impactos da hospitalização para o RN e seus familiares.

Percebeu-se, também, uma grande referência à inserção da família no cuidado como estratégia de humanização. E, é notório o quanto a permanência ilimitada dos pais, além da visita ampliada para outros familiares, é importante na evolução do processo saúde-doença do RN. Entretanto, há uma linha tênue entre a real importância da família, e a terceirização do cuidado do RN, por parte da equipe para o familiar.

Ainda sobre a questão familiar, constatou-se uma hipervalorização da relação da mãe com o filho e não há que se questionar o valor do vínculo materno. Todavia, essa inclinação pode fazer com que o pai não se sinta parte necessária do cuidado, além de sobrecarregar a mulher.

Frente a isso, destaca-se a importância de estender a assistência para além do RN, estabelecendo uma relação acolhedora e de confiança, percebendo os familiares nas suas individualidades, e não apenas como acompanhantes. Visto que também necessitam de cuidado, de escuta sensível e de ser sujeito ativo durante toda internação, para que assim possam entender e aceitar a realidade em que se encontram (ALMEIDA; MORAIS; LIMA et al, 2018).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.R.; MORAIS, A.C.; LIMA, K.D.F. Et al. Cotidiano de mães acompanhantes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(7):1949-56, jul., 2018.

ALMEIDA, C.R.V.; LEITE, I.C.O.; FERREIRA, C.B. Et al. daily life in the context of illness and hospitalization: what say the accompanying mothers of children diagnosed with neoplasia? **Cad Ter Ocup UFSCar (Online)**. 2016.;24(2):247-59. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1175/710>. Acesso em agosto de 2022.

ANTUNES, P.; GARCIA, N.F.O.; OLIVEIRA, L.J. Et al. A Importância do Atendimento Humanizado nos Serviços de Urgência e Emergência: Uma revisão integrativa de literatura. **Revista Científica Fac. Mais**, Volume. XII, Número 1. Abril. Ano 2018/1º Semestre. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/06/1.-A-IMPORTANCIA-DO-ATENDIMENTO-HUMANIZADO-NOS-SERVICOS-DE-URGANCIA-E-EMERGANCIA-uma-revisao-de-literatura.pdf>. Acesso em setembro de 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1995.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente** (Lei nº. 8069, de 1990).

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Diário Oficial da União, 4 ed.; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em outubro de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Método canguru : diretrizes do cuidado** – 1ª ed. revisada, 2019. Disponível em: Método canguru : diretrizes do cuidado – 1ª ed. revisada (saude.gov.br). Acesso em outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Diário oficial da União 2012; 12 maio. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html . Acesso em agosto de 2021.

CARLO, M.M.R.P.; KEBBE, L. M.; & PALM, R.C.M. **Fundamentação e processos da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos**. 2018. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/00289702>. Acesso em outubro de 2021.

COSTA, J.V.S.; SANFELICE, C.F.O; CARMONA, E.V. Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. 2019;13:e242642 DOI: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem> . Acesso em Janeiro de 2022.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. Artigos Originais. Rev. **Gaúcha Enferm**. 32 (2).

Jun 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200006> . Acesso em agosto de 2022.

DAGMAR, E.E.M. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. **Rev Bras Enferm.** 2006;59(1):95-9.

DIAZ ROSELLÓ, J.I. **Participación materna en los cuidados del prematuro internado.** In: Martinez G. Tecnologias perinatalis. Montevideo (URU): CLAP; 1992. p.237-46.

FERREIRA, L.R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, maio 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T7kRmxV7k8xCP4CgHMMyxCDr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em agosto de 2021.

FERREIRA, J.D.O.; DANTAS, D.S.; DANTAS, T.H.M. Et al. Estratégias de humanização no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Plural.** 2021; 7(1): 147-163. Disponível em: <https://www.periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/2301>. Acesso em agosto de 2021.

JÚNIOR, A.B.F.; BATISTA, L.A. Humanização Hospitalar: A importância de um acompanhante na Unidade de Tratamento Intensivo. **Rev. Educ. Meio Amb. e Saú.**, v.10, n 1, p. 58-74, 2020. Disponível em: <http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/265>. Acesso em: 24 set 2020.

MATOS, M.G.; MAGALHÃES, A.S.; FÉRES-CARNEIRO, T. Et al. (2017). Construindo o Vínculo Pai-Bebê: Uma Experiência dos Pais. **Psico-USF** , 22 (2), 261-271. Campinas, RJ, Brasil. Disponível em: doi.org/10.1590/1413-82712017220206. Acesso em agosto de 2022.

MARTINS, L.; OLIVEIRA, E.A. Percepções da mãe diante dos cuidados de saúde oferecidos ao binômio mãe/recém-nascido na internação neonatal. **Comunicação em ciências da saúde**, 21(2), 107-116. (2010). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-619059>. Acesso em agosto de 2022.

NODA, L.M.; ALVES, M.V.M.F.F.; GONÇALVES, M.F. Et al. A Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sob a ótica dos pais. **REME. Rev Min Enferm.** 2018;22:e-1078. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1216>. Acesso em outubro de 2021.

QUEIROZ, R.M.; FEFERBAUM, M. **Metodologia da Pesquisa em Direito.** Saraiva. 7. 2022.

SILVA, B.A.A.; BRAGA, L.P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH.** vol.22 no.1 São Paulo jan./jun. 2019. Disponível em: [Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa \(bvsalud.org\)](https://www.bvsalud.org/) . Acesso em Janeiro de 2022.

SILVA, P.M.S.; MELO, R.H.B.; SILVA, L.F. Informação em saúde: práticas de humanização em uti neonatal e seus impactos a partir das rotinas e condutas na recuperação dos recém nascidos. **Rev. Saúd. Dig. Tecnol. Educac.** [online], volume 7, número especial III. Fevereiro

de 2022. P.129-142. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/resdite/index> . Acesso em agosto de 2021.

SOUSA, S.C.; MEDINO, Y.M.S.; BENEVIDES, K.G.C.B. Et al. Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, 13(2):298-306, fev., 2019. Disponível em: Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro | Carneiro de Sousa | Revista de Enfermagem UFPE on line. Acesso em outubro de 2022.

SOUZA, N.L.; SANTOS, A.D.B.; MENDONÇA, S.D.; SANTOS, C.A. Be the accompanying mother of a premature child. **Rev. pesquis cuid fundam (Online)**. 2012;4(3):2722-9. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1871/pdf_612. Acesso em agosto de 2022.

TAMEZ, R. O cuidado centrado na família no cenário da terapia intensiva neonatal. **Rev Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. v.2, n.2, p. 69 - 73 Dezembro de 2002. Disponível em: 2238-202X-sobep-02-02-0069.x19092.pdf. Acesso em agosto de 2022.

VIRGENS, T. R.; GRECO, C. S.; CARVALHO, M. L. A influência da sucção não nutritiva como analgesia não farmacológica em recém-nascidos durante procedimentos dolorosos: Revisão sistemática. **Rev. ciênc. méd.**, (Campinas), 2018, 27(1), 23-37. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3951/2660>. Acesso em agosto de 2021.