

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Aurea Aldenes de Sousa Santos

**HUMANIZAÇÃO EM UTI NEONATAL: ANÁLISE DA LITERATURA SOBRE A
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA TRÍADE MÃE, RECÉM-NASCIDO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Aurea Aldenes de Sousa Santos

**HUMANIZAÇÃO EM UTI NEONATAL: ANÁLISE DA LITERATURA SOBRE A
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA TRIÁDE MÃE, RECÉM-NASCIDO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Enfermagem em Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Astrid Boehs

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **HUMANIZAÇÃO EM UTI NEONATAL: ANÁLISE DA LITERATURA SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA TRÍADE MÃE, RECÉM-NASCIDO**. De autoria do aluno Aurea Aldenes de Sousa Santos foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área – Enfermagem em saúde Materna, neonatal e do Lactente.

Profa. Dra. Astrid Boehs
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 MÉTODO.....	03
3 RESULTADO E ANÁLISE.....	04
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

RESUMO

Presente estudo mostrará maneiras diferentes de cuidar de um recém-nascido, bem como favorecer em forma de medidas preventivas, uma melhor adaptação ao ambiente inóspito de uma UTIN. Foi utilizada uma abordagem linear, com o intuito de emergir as relações entre equipe de enfermagem, recém-nascido e família, procurando identificar os fatores externos e internos que podem prejudicar o desenvolvimento biopsicossocial do neonato. A pesquisa ancorou-se na revisão bibliográfica narrativa, onde abordamos alguns pontos primordiais da assistência prestada ao recém-nascido, objetivando o enfoque a aspectos físicos, psicológicos e sociais, que afetam direto ou indiretamente o RN e suas famílias, uma vez inclusos em uma UTIN. Diante deste contexto a pesquisa mostrou-se de grande relevância devido à contribuição na recuperação saudável e humanizada desses bebês, uma vez que sugere a adoção de medidas preventivas que possam amenizar os efeitos causados por uma internação precoce.

Palavras chave: Assistência; Enfermagem; Humanização; Recém-nascido; Unidade de Terapia Intensiva.

1. INTRODUÇÃO

A área da saúde neonatal apreende transformações ocorridas na assistência envolvendo o binômio mãe/filho e família, bem como o trabalho de uma equipe de enfermagem que priorize como meta a qualidade de vida e a humanização do cuidado.

É importante salientar a carência do cuidado humanizado no atendimento ao neonato, para promover uma reflexão da equipe de enfermagem sobre a abordagem da humanização. Levando-se em conta que o recém-nascido é frágil e apresenta peculiaridades próprias e por isso necessita da assistência materna e uma boa condução da equipe que lhe atende.

Humanizar-se... Não na concepção moderna, no sentido de mais virtuoso, brilhante, bem sucedido. Humanizar-se é também a capacidade de ser frágil, poder chorar, sentir o outro, ser vulnerável e ao mesmo tempo, ter rigor, lutar, resistir, poder traçar caminhos. Ternura e vigor. (BOFF, 2003). A humanização é fator presente, demonstrando o novo rumo que o cuidado a saúde vem assumindo nos últimos anos, portanto é uma preocupação inerente ao ser humano.

Cuidar de um neonato é uma grande responsabilidade, principalmente, quando por algum problema clínico este é encaminhado a unidade de terapia intensiva neonatal, promovendo assim, a separação precoce de mãe, tornando-o mais frágil e criando um déficit de carinho, afeto e ternura, indispensáveis para seu desenvolvimento.

Portanto o significado do cuidado humanizado passa então, necessariamente pelo resgate dos pequenos e grandes eventos que torna o ser humano único e especial nos diferentes espaços e situações em que se encontra, no sentido de prestar um atendimento personalizado, voltado não para a doença, mas para o ser humano.

Humanizar uma unidade de terapia intensiva neonatal é transformá-la em um local onde os neonatos, mesmo em uma incubadora, envoltos a equipamentos hospitalares, sejam tratados com dignidade como um ser humano, com particularidades próprias, tornando fecundo os momentos com os pais. É preciso estruturar o ambiente com a permanente lembrança de que se lida com pequenas vidas que sentem e reagem como pessoas e têm suas próprias necessidades.

Tendo em vista as características do ambiente neonatal e sua influência no desenvolvimento dos neonatos, é que se verifica a possibilidade de humanizá-lo modificando e adequando às necessidades dessa clientela. (KNOBEL, 2002)

Humanizar uma UTI neonatal significa respeitar e cuidar do neonato de forma individualizada e como um todo, priorizando suas necessidades e de sua família, sendo que pequenos gestos e atitudes podem indicar um processo de humanização.

Com base no exposto, o presente trabalho apresenta uma revisão de literatura que tem como intuito destacar a assistência ao binômio mãe/filho e profissional de enfermagem no sentido de refletir sobre a atenção que é dada a essa clientela. Existem publicações sobre a assistência de enfermagem e humanização ao binômio mãe/filho em uma unidade de terapia intensiva neonatal? Quais as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem, em se prestar uma assistência humanizada ao binômio mãe/filho em uma unidade de terapia intensiva neonatal?

Objetivo Geral

Realizar revisão narrativa de literatura sobre humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, enfocando aspectos físicos, psicológicos e sociais, que afetam direto ou indiretamente o recém-nascido.

2. MÉTODO

Tipo de Estudo: revisão de literatura do tipo narrativa.

Para realizar a revisão foram adotadas algumas categorias previamente: a área neonatal e a equipe de enfermagem de acordo com os objetivos deste estudo. Foram selecionadas bibliografias: livros, artigos, dicionários, portarias e resoluções. A busca não se restringiu a um período de tempo específico.

Os dados levantados seguiram a uma lógica apresentada na descrição dos resultados, ou seja: História de Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal, Humanização em Saúde, Humanização do Atendimento Neonatal, Humanização do Atendimento Neonatal, A Influência do Ambiente no Neonato, A Inclusão da Música como Terapia Alternativa, A Importância da Dor no Neonato, Comunicação com as Famílias Neonatais, A Inserção da Família na UTI Neonatal, O Desenvolvimento do Vínculo Afetivo, Método Canguru, O Enfermeiro e a Equipe em uma UTI neonatal.

Por não se tratar de pesquisa com seres humanos, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3. RESULTADO E ANÁLISE

3.1 História de Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal

Lino e Silva (2001) discorrem que a unidade de terapia intensiva (UTI) surgiu de uma necessidade de Florence Nightingale em 1800, durante a guerra da Criméia, onde fazia uma seleção dos pacientes mais graves, com a preocupação de providenciar uma observação mais efetiva e dirigida. Os mesmos autores ainda relatam que várias tentativas de organização do cuidado médico e de enfermagem a doentes com alto grau de complexidade, foram desenvolvidos como a colocação dos pacientes próximo ao posto de enfermagem; a elaboração de quartos especializados de acordo com as patologias até serem criadas as unidades de terapia intensiva (UTI's).

Segundo Cintra; Nishid; Nunes (2003), no Brasil a implantação das unidades de terapia intensiva, teve início na década de 70. Atualmente a UTI desempenha um papel de destaque no contexto hospitalar, contribuindo com a qualidade da assistência e com a diminuição da taxa de mortalidade dos pacientes. (SPINDOLA, 2001).

O marco histórico da neonatologia ancora-se na idealização da incubadora pelo obstetra francês Tanier, construída por seguinte por Odile Martin. (RODRIGUES & OLIVEIRA, 2004). Segundo Klaus e Kennel (1993) foi a partir desse ponto que a neonatologia tomou um impulso, sendo também cunho de preocupação de outro obstetra francês, Pierre Budin, que manifestou seu interesse clínico para a sobrevivência dos neonatos prematuros. Os avanços científicos no campo da neonatologia ocorreram com a divulgação da incubadora por Martin Conney, aluno do Dr. Tanier, através de demonstrações em feiras da Europa. (KLAUS & KENNEL, 1993). Ainda segundo os mesmos autores em 1914 após visitar uma das feiras o pediatra Julius Hers e a enfermeira Evelyn Lundeen, implantaram no hospital Michael Reese em Chicago nos EUA, uma unidade de tratamento intensivo especializada em recém-nascidos prematuros, antes incompatíveis com a vida extrauterina. Nesta unidade eram prestados cuidados intensivos médicos e de enfermagem aos recém-nascidos prematuros restritos a uma área específica. O isolamento restrito do recém-nascido ocasionou a separação do binômio mãe/filho, afetando o vínculo, preocupado com essa ruptura Pierre Budin desenvolveu o uso de incubadoras de vidro para encorajar as mães a participarem dos cuidados com seus bebês e uma melhor visualização. (RODRIGUES & OLIVEIRA, 2004).

Na década de 1940, surgiram novas terapias como o uso do oxigênio e dos antibióticos, os quais foram adaptados para evitar efeitos colaterais que pudessem lesar ou prejudicar os neonatos. (RATIFFE, 2002) Já na década de 1980 foram observados grandes resultados após a adoção de técnicas que abrangiam a administração e monitoramento do oxigênio, temperatura ideal do ambiente, frequência respiratória e cardíaca, aumentando a sobrevida dos prematuros e uma perspectiva maior de não terem sequelas devido à internação precoce. (KLAUS & KENNEL, 1993). Na mesma linha de raciocínio Rodrigues e Oliveira (2004), ressaltaram que a neonatologia tomou novas proporções a partir dos grandes avanços científicos e tecnológicos, comprovando que com a assistência prestada e o isolamento dos neonatos haveria uma melhora da taxa de sobrevida e uma considerável melhora da qualidade de vida dessa clientela; reduzindo o índice de morbimortalidade.

3.2 Humanização em Saúde

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem a unidade de terapia intensiva é caracterizada pelo atendimento de pacientes graves que possuem características comuns, como instabilidade hemodinâmica e insuficiência respiratória e/ou que necessita de monitorização e acompanhamento como medida preventiva.

De acordo com a Portaria nº 3.432 de 12 de Agosto de 1998 do Ministério da Saúde, as UTI's são: Unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos, próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutico.

Segundo Deslandes (2004), a humanização é definida como uma variedade de iniciativas que visem à qualidade do serviço de saúde, aliada aos avanços tecnológicos, promovendo o respeito à integridade ética e cultural do indivíduo, como também a disposição de um ambiente de trabalho digno que favoreça o bem-estar da equipe multidisciplinar e da clientela.

O Ministério da Saúde – SUS (2006) define:

Humanização é uma nova visão do atendimento ao paciente, que “humaniza” no sentido antropológico e psicológico todos os participantes do evento. Visão holística. “Humaniza-os” porque os tornam mais ricos em humanidade, em sensibilidade, em afetividade. “Humaniza-os” porque traz à tona sua grandeza, sua força, sua sabedoria. “Humaniza-os” porque lhes permite a experiência do mistério da vida, da dor e da história, do risco e da alegria.

O termo humanização revela um processo para definir mudanças na arte de vida, dando ênfase a pessoa como um ser total, e como processo envolve todos da equipe fazendo com que as responsabilidades estendam além das rotinas diárias, mas centrada na comunicação e no diálogo com os pacientes. (BARBOSA & RODRIGUES, 2004)

Segundo o Ministério da Saúde em 2001 foi criado o PNHAH, Programa Nacional de Humanização Hospitalar, que tem como objetivo a promoção de atendimento humanizado na área da saúde. “Humanizar 1. Dar condição humana a; humanar-se; 2. Civilizar; 3. Tornar-se humano; Humanar-se”. (FERREIRA, 2004)

Rizzoto (2002) discorre que somente os homens são capazes de promover e se submeter a um processo de humanização, por isso se difere das outras espécies, sendo capaz de transformações, adaptações e aprimoramento dos aspectos interpessoais no contato direto com outros seres humanos. “Humanizar é fazer boas ações, demonstrar ternura e respeito, sentir o outro. É ver o outro como um ser humano, um ser total – corpo, mente, emoção e espírito”. (NASCIMENTO & MARTINS, 2003, p.16)

Segundo o Ministério da Saúde (2006), o avanço técnico e científico trouxe consigo um aspecto frio e não humano aos hospitais, onde as pessoas agem instintivamente como “máquinas”. Porém deve-se haver o equilíbrio para se dosar a tecnologia com as relações

interpessoais, pois o processo de humanização não depende de uma técnica, de uma fórmula, é um meio ligado à experiência e prática que interliga a tecnologia com um melhor indicador de qualidade de vida do paciente.

Barbosa & Rodrigues (2004), ressaltam que a essência da humanização promove aos indivíduos um comportamento ético, que incorpora o acolhimento baseado na singularidade, intensificando a autonomia humana, bem como a inerente preocupação com as consequências da sua conduta sobre o outro. De acordo com Mendes (1994), “ninguém humaniza ninguém...”, pois a humanização se faz através dos pequenos gestos do dia-a-dia. É conhecendo a realidade do paciente, ouvindo suas queixas, olhando-o nos olhos, dando foco as suas necessidades, identificando seus anseios, estabelecendo vínculos solidários e terapêuticos.

3.3 Humanização do atendimento neonatal

De acordo com o Artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente, sobre o Direito à Vida e a Saúde, dispõe que “Toda criança tem o direito a proteção, a vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência”. A UTI neonatal é um local onde são prestados cuidados especializados em pacientes extraordinários, possuindo características próprias como aparelhos, incubadoras, fios, drenos, alarmes e outros. E, sobretudo, um ambiente que as situações de risco e a eminência de morte são constantes, por esse motivo, o estresse e ansiedade acompanham a equipe, a família e o paciente. (LIRA, 2006). De acordo com Silva (2003):

Trabalhar em uma UTI é viver diariamente a dúvida de até onde ir, por que ir, quando parar, em quem investir e, mais ou menos conscientemente, refletir-se, quando suprimos a liberdade física, psicológica, real de um humano, não o estamos mutilando, castrando-o no que constitui a sua essência e aspiração mais profunda.

Segundo Casanova, Valle e Santos (2002), humanizar o ambiente superestimulante e estressante de uma UTI neonatal é transformá-lo em um local onde o recém-nascido, seja manipulado como o ser humano, merecedor de atenção, carinho e principalmente de respeito a sua integridade. De acordo com Mezzomo et al, (2003): dar atendimento humanizado não requer, necessariamente, dedicar mais tempo ao paciente. Pode ser dado um atendimento com qualidade humana superior, ocupando de forma eficaz, o tempo de uma aplicação de injeção, da aferição dos sinais vitais, da realização de um curativo. Basta para tanto saber dirigir palavras de conforto, segurança e carinho.

Segundo Silva (2006), é preciso qualificar o tempo que dispomos ao paciente, mesmo sem ele verbalizar, pois por menor que seja esse tempo, se soubermos tornar esse cuidado terapêutico, certamente humanizaremos esse atendimento.

Quem tem tempo não é quem não faz nada: é quem consegue administrar o tempo que tem de modo a fazer aquilo que quer”. (SILVA, 2006, p.16)

Humanizar uma unidade de terapia intensiva neonatal é prestar assistência direcionada e individualizada, respeitando as peculiaridades do neonato, tratando-o pelo nome, com voz suave, dedicando tempo e atenção necessária, proporcionando uma relação interpessoal entre a equipe de enfermagem e as famílias, promovendo uma troca de saberes e com isso lapidar a assistência. (KNOBEL, 2002). O mesmo autor ressalta que é necessária a adoção de práticas humanizadas e

seguras que implica na organização de rotinas e procedimentos que não interfiram no período de sono do neonato, bem como na adequação do ambiente, e condutas acolhedoras e não somente intervencionistas.

3.3.1 A Influência do Ambiente no Neonato

O ambiente neonatal tem grande influência no desenvolvimento do recém-nascido, desde o âmbito fisiológico ao comportamental. É caracterizado por excesso de luminosidade, alterações de temperatura, elevados níveis sonoros, constantes procedimentos e uma manipulação imprevisível, causando uma desordem e provocando instabilidade, choro e sensações dolorosas ao recém-nascido. (GUINSBURG, 2000). Tamez e Silva (2002), ao seguir a mesma linha de raciocínio, dispõem que o cotidiano neonatal promove ao recém-nascido uma realidade oriunda ao ambiente intra-uterino, que por sua vez era aconchegante, dotado de temperatura agradável, promovia a diminuição dos sons extra-uterinos e era ideal para a maturação das funções dos pequenos notáveis.

Segundo Reis (2005), a possibilidade de sobrevivência do neonato e sua permanência prolongada nas UTI's neonatais, impõem outro desafio, o da reestruturação do ambiente de forma a favorecer o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de suas capacidades sensoriais. De acordo com os mesmos autores, os recém-nascidos sofrem influência direta no ambiente de uma UTI neonatal, sejam expostos por excessos de ruídos, seja por luzes artificiais incandescentes ou por uma extrema manipulação, sofrendo a ação constante da gravidade, ocasionando sensações dolorosas. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Carvalho (2006), ressalta que o excesso na incidência das luzes nos neonatos interfere diretamente na instabilidade na FC, aversão ao olhar ou olhar fixado, bem como no padrão do sono/repouso.

Ainda segundo Carvalho (2006), que dispõe sobre ruídos, relata que a Academia Americana de Pediatria alerta que em uma UTIN os parâmetros médios de sonoridade são de 55 dB no período diurno e 35 dB durante à noite, não podendo ultrapassar 45 dB dentro das incubadoras. Ressalta que os excedentes desses níveis poderão causar danos auditivos futuros no RN, principalmente levando a lesão da cóclea. O mesmo autor conclui que altos níveis de ruídos provocam, choro, fadiga, irritabilidade, podendo elevar a pressão intracraniana. Aliado a citação anterior, Silva (2004), destaca que são observadas alterações como: cardiorrespiratórias, diminuição da tonicidade muscular, excesso de secreção oral, alterações na coloração da pele, ora cianose, ora palidez e uma constante desorganização do RN.

Com isso, é pactuado que a assistência direciona-se na diminuição dos efeitos nocivos do ambiente e na adoção de medidas e estratégias positivas para a qualidade do cuidado. (ANDRIOLA; OLIVEIRA, 2006). Carvalho (2006) cita como medidas para adequação desse ambiente: tom de voz suave e baixo, extinção de rádio com altos níveis sonoros, abertura e fechamento das portinholas das incubadoras com cautela e delicadeza, adotar a utilização de cobertura em tecido para as incubadoras, para absorção dos sons e a diminuição da incidência de luz nos neonatos, prontidão no desacionamento dos alarmes, acesso à luz natural através de janelas para o RN acompanhar o ciclo natural dia/noite, o acesso ao berço ou a incubadora dos neonatos deve ser facilitado, organizando o espaço físico permitindo a assistência pelos profissionais.

3.3.2 A Inclusão da Música como Terapia Alternativa

Como terapêutica para a melhor adequação do neonato ao ambiente impessoal, frio e estressante de uma UTI neonatal, Mendes et al (1997) sugere a adoção da música, representa uma alternativa para humanização da assistência em uma UTI, tornando aconchegante, calmo, acolhedor e consequentemente evitando as oscilações fisiológicas. A música ambiente e suave pode ser considerada foco terapêutico para humanizar, uma vez que oposta aos meios técnicos e científicos é apontada como alternativa no tratamento dos aspectos fisiológicos, psicológicos de uma afecção.

Sendo oportunista na liberação de estímulos emocionais. (FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA, 2006) “*A música autenticamente boa é sem dúvida, curativa no mais verdadeiro e pleno sentido da palavra, pois funciona como um harmonizador e aprimorador de cada aspecto do ser humano físico mental e espiritual*”. (TAMEZ, 2002) “Para a adoção e êxito deste método terapêutico é necessário que se avalie os parâmetros sonoros deste ambiente, pois é controlando os excessos que se possibilitam um cuidado ímpar e qualificado”. (ANDRIOLLA; OLIVEIRA, 2005)

3.3.3 A Importância da Dor no Neonato

Segundo Ferreira (2001, p.1), dor é uma sensação de sofrimento, decorrente de lesão, é percebida por formações nervosas especializadas. De acordo com Dunker (1993), a dor é uma manifestação que vivenciamos por toda a nossa existência, e que somente nas últimas décadas desenvolveram estudos para a percepção da dor nos neonatos, estimulando a participação efetiva dos profissionais da saúde nestas pesquisas. Segundo o mesmo autor até a década de 50, se afirmava que os recém-nascidos, não eram capazes de adquirir conhecimento pelos sentidos, e que qualquer acontecimento neste período não influenciaria ou causaria interferência no comportamento ou desenvolvimento futuro desse neonato.

Em confronto Reis (2005), ressaltou que entre a vigésima e vigésima quarta semana gestacional já compete ao feto as percepções de estímulos dolorosos, pois já existem terminações nervosa na pele e receptores da dor em outros órgãos.

Como avaliar a dor e suas consequências

Mesmo com todos os avanços tecnológicos e científicos, avaliar a dor no neonato é uma árdua tarefa, portanto um grande problema e um desafio para equipe de enfermagem, em se tratando a dor de natureza subjetiva, pois decorre da incapacidade de expressão verbal dos neonatos, como também da dificuldade dos profissionais da saúde se desprenderem a antigos paradigmas.

(GUNSBURG, 2000). Este autor discorre que para uma sucinta avaliação da dor é necessários que se atente para as alterações fisiológicas ou comportamentais. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Margotto (2006), concordam que com um estímulo doloroso o recém-nascido apresenta o aumento da frequência cardíaca, hipóxia, flutuações dos níveis de saturação de O₂, alterações metabólicas e aumento da sudorese palmar. Essas respostas tendem a contribuir para o desequilíbrio das funções nervosas e cardiovasculares, podendo provocar repercussões negativas

na qualidade de vida desse bebê. O recém-nascido reage também aos estímulos dolorosos através dos movimentos corporais, do choro, mímicas faciais, instabilidade do sono e alterações no padrão alimentar. (GUINSBURG, 2000)

Pode-se avaliar a dor segundo a escala da mímica facial de Grunam e Craig, culminando a dor na existência de três ou mais sinais observados listados abaixo:

Mimica facial	Zero pontos	1 ponto
Testa franzina		
Fenda palpebral comprimida	Ausente	Presente
Sulco nasolabial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Lábio caído	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Tremor de queixo	Ausente	Presente

Fonte: Tamez, 2002

Terapias Não farmacológicas no Alívio da Dor

Guinsburg (2006) ressalta que é vital que se minimize a dor, lançando mão de uma gama de recursos não farmacológicos para atenuar as agressões sofridas pelo RN. A mesma autora cita como método no alívio da dor o contato pele a pele; a sucção não nutritiva que inibe a hiperatividade, ocorrendo à analgesia durante a sucção, apesar de parecer um desestímulo a amamentação, a sucção não nutritiva se torna um grande aliado durante ou após o estímulo doloroso, pois provoca a liberação de serotonina no SNC. Ainda segundo este mesmo autor calcula-se que cada recém-nascido internado em uma unidade de terapia intensiva receba de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos ao dia e que pacientes abaixo de 1.000 gramas sofram cerca de mil ou mais intervenções dolorosas ao longo de sua internação. (GUINSBURG, 2000)

3.3.4 Comunicação com as Famílias Neonatais

De acordo com Stefanelli & Carvalho (2002), a comunicação é um processo de compreensão, no qual se compartilha as mensagens enviadas e recebidas, onde a maneira como são dispostas facilitam ou dificultam o processo comunicativo influenciando no comportamento das pessoas. Discorrem que na área da saúde a comunicação é de vital importância, se caracterizando como um processo pelo qual facilita as relações com os pacientes, familiares e outros profissionais. É necessário que a equipe que assiste o recém-nascido saiba informar às de forma e objetiva sobre o estado de saúde do bebê; o equipamento mecânico utilizado; os cuidados que estão sendo dispensados, como também sobre o prognóstico, a fim de que elas possam estar cientes da situação clínica de seu filho. (DUNKER & NORTELLO, 1993)

Segundo Lamy & Carvalho (1997), para facilitar o entendimento é necessário que a equipe não utilize uma linguagem técnica, no entanto isso não significa omitir ou usar termos incorretos e imprecisos, porém é preciso que o processo comunicativo seja baseado na cultura da

mãe/responsável. Também segundo o mesmo autor é preciso que se fale devagar, escolhendo cuidadosamente as palavras e procurando observar em seu olhar, como estão sendo assimiladas as mensagens enviadas.

A comunicação é o denominador comum a todas as ações de enfermagem e influem decisivamente na qualidade da assistência prestada aqueles que necessitam dos seus cuidados. (STEFANELLI, 1993) Rego (2006) aconselha o diálogo franco com a mãe do RN, preparando-a para o encontro com seu filho, explicando as condições que ele se encontra, reforça dizendo:

Ela já deve entrar na unidade sabendo que ele está despido, vestindo, apenas uma fralda ou que está com um saco coletor de urina, com a cabeça raspada e uma veia “pega”; com um tubo plástico na boca ou no “umbigo”, com a cabeça dentro de uma redoma de plástico e com pequenas picadas de agulha nos tornozelos e punhos para coleta de sangue etc.

Santos (2000), afirma que uma família esclarecida se torna mais um aliado no tratamento de seu filho, pois esta desenvolve mais um sentimento de responsabilidade. Também discorre a importância da realização de grupos com a família e o enfermeiro (a) da unidade para propiciar um maior conhecimento dos pais quanto a finalidade do tratamento e o cotidiano de UTI Neonatal.

3.3.5 A Inserção da Família na UTI Neonatal

Segundo Santos (2000), a inserção da família vem melhorar psicologicamente a questão da mulher/mãe e do homem/pai que têm seu filho na UTI neonatal, pois a entrada do mesmo em um ambiente hospitalar para tratamento, um momento doloroso, difícil e que pode resultar em uma desestruturação familiar. Neste contexto o processo de adoecimento de um membro da família afetará de alguma forma em algum grau aos demais familiares.

O ser humano se relaciona com os outros seres humanos, individualmente ou em grupos, e na sociedade como um todo. Um dos grupos de que ele participa é a família entendida como um grupo de pessoas que se percebe como tal e participa do meio ambiente. (CARRARO, 2001)

A hospitalização não deixa de ser uma ameaça a integridade corporal do bebê enfermo e de sua família, causando sofrimento para todos, principalmente para a mãe, pois interrompe a relação mãe e filho, construída ao longo da gestação. (MORENO & JORGE, 2003)

De acordo com Santos (2000), a primeira percepção que a mãe desenvolve do seu filho na UTI neonatal é triste e angustiante, pois seu sonho de carregá-lo imediatamente no colo, rapidamente se torna num pesadelo. Deste modo afastar essa mãe no momento em que seu filho mais necessita de sua ajuda é um retrocesso que dificulta o processo de recuperação do interno. Silva (2003) discorre que: Para que a família cumpra seu papel de dar suporte à situação vivenciada pelo paciente, ela também precisa de suporte nas suas necessidades físicas e emocionais: uma conversa esclarecedora sempre que necessário num local privativo (...) quanto mais o clima for de conforto e confiança mais a experiência pode ser positiva.

A portaria 3.432 do Ministério da Saúde exige que haja uma sala de espera para os familiares, sendo confortável e acolhedora, promovendo a aproximação da família com o RN

enfermo. As estratégias que podem contribuir para aproximar a família do paciente interno incluem a inserção da família no cotidiano da UTIN; uma boa comunicação através do repasse de informações pertinentes, que respondam suas dúvidas e possam tranquilizá-la. Podendo ainda facilitar e flexibilizar os horários de visita, para que haja maior contato entre os pais e o bebê. (LAMY & CARVALHO, 1997) É necessário que sempre que possível, permitir que a mãe veja o bebê ainda na sala de parto, buscando fornecer-lhe informações positivas sobre seu estado. Isto minimizará sentimentos de frustração, ansiedade e dor que se seguirão até o próximo contato com o recém-nascido. (GIACOMINI, 2001). Para Avery (1995), a equipe de enfermagem deve encorajar os pais a olhar, tocar e segurar o bebê, de forma que eles se desprendam da imagem dos equipamentos médicos que envolvem o recém-nascido. Dessa forma o RN torna-se para os pais uma pessoa real, em vez de simplesmente uma coisa pequenina envolta em tubos e fios por toda a parte.

Santos (2006), argumenta que o profissional deve olhar a inserção da família como forma de melhorar o quadro clínico do RN, além de passar segurança para a família dos procedimentos realizados, possibilitando um aprofundamento científico da enfermagem neonatal sobre a temática produzindo assim um feedback hospitalar.

Não existe um tempo ideal para a formação do vínculo enfermeiro-família, pois é algo que se forma em cada caso de forma diferente e única, através de um gesto, depois de dias, uma acolhida, um nome semelhante, um cumprimento, um olhar, entre infinitas formas e meios que envolvam e permeiam o processo comunicativo. (BRITO, 2004). Ainda segundo o mesmo autor o enfermeiro deve estar preocupado para acolher o cliente como também sua família, provocando uma interação mútua, subtraindo os efeitos conturbados e nocivos dessa internação precoce e garantindo um vínculo família/paciente.

3.3.6 O Desenvolvimento do Vínculo Afetivo.

O vínculo se forma através do encontro entre duas pessoas. A formação desse vínculo não é automática e imediata, pelo contrário, é gradativa e, portanto necessita de tempo, compreensão e amor para que possa existir e funcionar gradativamente. (CAMON, 2002). Segundo o mesmo autor “a própria gestação é impensável sem um vínculo concreto entre mãe e feto. Um cordão os une. Um cordão possibilita a vida...”.

De acordo com Brazelton (1993), o vínculo propicia um ambiente favorável para enfrentar as muitas adversidades, para suportar níveis de muita angústia e falta de sentido, se tornando um elemento básico no processo terapêutico do neonato enfermo.

São sete condições essenciais que surgem como decorrência do cuidado, são elas: o amor como fenômeno biológico, a justa medida, a ternura, a carícia, a cordialidade, o convívio e a compaixão, acrescentando ainda: a sinergia, a hospitalidade, a cortesia e a gentileza. (BOFF, 2006, p.714). Ainda segundo o mesmo autor, é no momento intra-uterino que a mãe juntamente com seu companheiro, idealiza o filho esperado. Seja de uma gravidez planejada ou não, essa expectativa aumenta ao longo dos meses que antecedem o parto. Imaginam como será a fisionomia, o sexo, com quem será semelhante, com quem criam uma identidade própria, a partir desse momento inicia-se a construção de uma relação afetiva com a formação do apego.

O apego é definido como um relacionamento ímpar entre duas pessoas, específico e duradouro ao longo do tempo. São usados como indicadores do apego: acariciar, beijar, aconchegar, prolongadas trocas de olhar que servem tanto para manter contato, como para mostrar afeição por uma determinada pessoa. (ROCHA et al, 2003). Klaus e Kennel (1993) discorrem que a formação do apego entre mãe e filho é constatada a partir de uma relação íntima e afetuosa desde o momento intra-uterino. Essa relação forte e indissolúvel que se perpetuará após o nascimento, será enriquecida pelo toque, o olhar, a voz, que contribuirá ao longo do desenvolvimento infantil para construção da personalidade da criança e fortalecerá os laços e servirá como protótipo para as próximas relações.

Segundo Stefanelli e Silva (2004), o toque como um meio de apego é caracterizado como uma forma não verbal de se comunicar é um elemento de auxílio para o repasse de mensagens e um meio subjetivo que expomos sentimentos, empatia, e o uso da linguagem não verbal, mostrando interesse pelo outro e a pretensão em estabelecer o vínculo entre as pessoas.

Camon (2000), afirma que: podemos observar os recém-nascidos desde suas primeiras horas de vida, uma clara variação quando são segurados por pessoas, que suas atividades transmitem aos bebês um aspecto de continência, através de um toque delicado, porém firme e seguro. Ou ainda pessoas que lhe dispensem certa atenção, conversando com eles e demonstrando que os ouviram e os estão atendendo em suas necessidades, e não meramente executando tarefas automáticas e programadas.

O toque tem o objetivo de manter um contato pessoal durante a assistência prestada, podendo estar relacionado à tarefa diária ou ser apenas por intuito afetivo, sendo associado à tarefa, envolve o contato pessoal necessário à realização da intervenção, já o afetivo é utilizado para enviar mensagens como afeição, apoio emocional, ternura e atenção pessoal. Silva (1996), afirma que: o contato físico em si não é um acontecimento emocional, mas seus elementos sensoriais provocam alterações neurais, glandulares, musculares e mentais, as quais chamamos de emoções. Por isso, muitas vezes, o tato não é “sentido” como sensação, e sim, efetivamente, como emoção. Segundo Santos (2004), o toque pode se prenunciar de várias formas e ser mais significativo do que a palavra, pois tem como finalidade contato pessoal, ternura e como método terapêutico. O uso do toque como maneira de se comunicar e estabelecer um vínculo entre mãe e filho, além de transmitir sensações agradáveis, pois o RN reconhece o cheiro da mãe, contribui também para sua estabilidade hermodinâmica. (BADA, 2001) O mesmo autor conclui ressaltando que a conversa da mãe, o olhar e o toque, são intervenções benéficas, para o recém-nascido, os quais interferem na terapêutica transmitindo sensações de interesse, empatia, conforme a aproximação. Klaus & Kennel (1993), ressaltam que quando um recém-nascido é tocado, acariciado e colocado diariamente no colo da mãe, durante a permanência na unidade de terapia intensiva neonatal, ele apresenta menos períodos de apnéia, apresenta ganho de peso e o avanço em algumas áreas mais sensíveis de funcionamento do sistema nervoso central.

Segundo afirmativa de Silva (1996): aprender os mistérios do toque faz parte do processo de humanização da realização profissional de enfermagem-paciente. Ternura e vigor, eis os dois princípios que precisam estar equilibrados em um mesmo toque.

3.3.7 Método Canguru

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o Brasil vem trabalhando na implementação de um novo modelo de atenção humanizada que é prestada aos recém-nascidos de baixo peso, bem como de suas famílias.

De acordo com a Portaria n.º693 de 05 de julho de 2000, que trata e regulamenta normas de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, define o método canguru como:

Um tipo de assistência neonatal que implica no contato pele a pele precoce, entre mãe e recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado com seu filho. Para firmar a criança de maneira confortável contra o peito materno é colocada uma faixa imitando a bolsa de um canguru.

O Ministério da Saúde ressalta que esse contato pele a pele com a mãe é mais adequado devido a aproximação com o peito materno, podendo também ser praticado pelo pai do recém-nascido, pois ao aconchegar com amor o bebê, acelera-se o seu desenvolvimento físico e psicológico. O método contribui com as seguintes vantagens: estimula o apego entre a mãe e o bebê; propicia a lactação e através do aumento da produção de leite materno; contribui para o desenvolvimento físico e emocional do bebê; fortalecem-se os laços afetivos; reduz o estresse, estabilizando o batimento cardíaco, a oxigenação, e a temperatura do corpo; possibilita ao recém-nascido a recordação do som do coração materno, do tom de voz da mãe, o que lhe transmite calma e serenidade; desenvolve na mãe a autoconfiança para cuidar do seu bebê; diminui o risco de infecção hospitalar e o tempo de internação, contribuindo para o apego das famílias.

O Incentivo ao Aleitamento Materno para Fortalecer o Vínculo Segundo Maia et al (2006), o leite materno é fonte de alimentação, afeto e proteção contra doenças, que contém uma cadeia de nutrientes necessários para o desenvolvimento físico e cognitivo do neonato, bem como elo de ligação direta para fortalecimento do vínculo afetivo, pois segundo Camon (2000), "... após o nascimento o seio assume a função de vinculação concreta".

A amamentação do recém-nascido na UTIN pode e deve ser realizada, no entanto, requer alguns cuidados, uma vez que envolve pacientes de risco. Estes com características relacionadas à prematuridade, baixo peso, má formação, comprometimento neurológico entre outras. (NEIVA, 2003). O mesmo autor ressalta que para promover o aleitamento materno em uma UTI neonatal, é necessário levar em conta a imersão de conflitos vividas pela mãe, que se difere daquela que deu a luz a um RN a termo ou saudável, pois sua realidade é peculiar e deve-se adequar as diferentes situações. SCOCHI et al (2003), referem que a inserção do bebê idealizado pela mãe em um ambiente inóspito vem espargir alterações por todo o contexto familiar, especialmente nessa mãe que desenvolve o estresse com a separação e a impossibilidade de amamentar seu filho ao seio.

Santos (2000), afirma que o aleitamento materno é um dos pilares fundamentais na promoção da saúde e contribui diretamente com a aproximação do binômio mãe e filho, precocemente separado, intensificando os laços afetivos e evidenciando os benefícios psicológicos e nutricionais. Por conseguinte esta prática proporciona transigir a estimulação tátil do neonato.

“Do ponto de vista nutricional, o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades alimentares da criança durante os seis primeiros meses de vida”. (SANTOS, 2000) O mesmo autor prossegue ressaltando que além da beneficência promovida pelo leite materno, afirma que é um alimento econômico, barato e uma prática natural.

Segundo Neiva (2003), é preciso incluir a enfermagem nesse contexto, assumindo um papel mediador no aleitamento materno. Prossegue dizendo que a equipe distancia ainda mais a relação mãe e filho quando o grupo de identifica apenas com o bebê, dando-lhe toda a assistência, mais negligencia as necessidades e dependência da mãe, com isso estabelece uma relação de oposição. Portanto o compromisso com o aleitamento materno se estenda também à mãe, encorajando-a e esclarecendo suas dúvidas.

3.4 O Enfermeiro e a Equipe em uma UTI neonatal.

Segundo Carraro (2001), a enfermagem é uma profissão que articula ciência e conhecimento teórico e prático. É uma arte acima de tudo que usa a criatividade, habilidade, imaginação, sensibilidade e outros recursos ao aplicar sua prática assistencial. Para Waldow (2006), “flexibilidade, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem são alguns dos ingredientes de suporte, ou seja, qualidades essenciais para que o profissional consiga de fato cuidar de alguém”.

De acordo com Silva (2003), o enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva quando adquire o papel de cuidador e educador, facilmente alia os avanços tecnológicos no processo de humanização com o paciente lhe dispendo qualidade na assistência. Segundo a mesma autora, “a UTI precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém nós, profissionais de UTI, não deveríamos esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana”. Segundo Andriola & Oliveira (2005), o trabalho do enfermeiro dentro de uma UTI neonatal é um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, respeito e sensibilidade porque o paciente que vai ser atendido não fala, é extremamente vulnerável e altamente dependente da equipe que lhe presta assistência. Assim, segundo o mesmo autor a assistência ao recém-nascido é um processo contínuo e o enfermeiro deve estar consciente do seu papel, e das condições que afetam o neonato e sua família.

De acordo com Silva (2004): o trabalho é que nos permite estabelecer um grande número de relações ao longo da vida. É com o nosso trabalho que crescemos pessoal e espiritualmente, porque ele é o resultado da nossa forma de expressão no mundo e a nossa grande chance de construir um planeta mais humano e saudável. Assim o enfermeiro deve exercer suas funções como um educador participativo que utiliza suas habilidades no processo comunicativo com o paciente, a equipe e a família, estabelecendo uma troca de saberes e se destacando e ressaltando a equipe como cuidadores, com isso propondo um novo modelo assistencial, baseado na humanização do cuidado e na valorização da essência humana. (CARRARO, 2001)

Levando em consideração o objetivo geral Realizar revisão narrativa de literatura sobre humanização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, enfocando aspectos físicos, psicológicos e sociais, que afetam direto ou indiretamente o recém-nascido. Considerando que a humanização na UTI neonatal é uma das formas utilizadas para diminuição da morbimortalidade

infantil, a revisão narrativa expõe cuidados a serem realizados e propõe recomendações a família, sabendo-se que ainda deve ser mais explorado, para que haja segurança e eficácia na assistência prestada e este paciente.

Esta revisão contribuirá para minha própria formação e contribuirá para as intervenções e a melhoria na assistência de enfermagem prestada ao paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda análise na revisão permitiu afirmar que as percepções a cerca da assistência oferecida ao RN, família, baseia-se na adoção de um novo paradigma, uma nova visão não mecanicista, onde o cuidado e atenção não se resumem aos instrumentos, equipamentos e procedimentos de alta complexidade, como também na valorização do ser humano, respeitando sua individualidade, integridade física e mental.

Nesta revisão, procurei descrever a melhor forma de cuidar do RN, incentivando a participação da equipe, apesar de um constante desafio, devido à complexidade deste paciente. Procuramos dar ênfase aos cuidados preventivos, visando uma melhor assistência, baseada em literatura científica e colocando a equipe de enfermagem frente a um desafio para saber lidar com estas particularidades e a estar atuantes, mostrando um papel importante, de cunho educativo e assistencial imprescindível na recuperação do neonato.

A assistência integral de qualidade e humanizada é de grande relevância e observada como de responsabilidade da equipe de enfermagem, portanto a integração, organização e modificação de um ambiente de uma UTIN, vêm contribuir para diminuição dos ruídos e iluminação excedentes, proporcionando um ambiente os próprios profissionais.

O presente estudo buscou enfatizar que a participação da equipe de enfermagem nos cuidados prestados ao RN vão além de um procedimento, mais centrada na adoção do acolhimento da família, na comunicação, no olho no olho, no toque, pois a humanização não é complicada, se trata da opção pelo resgate do humano, na atenção, na assistência, e para isso basta apenas vontade, iniciativa, amor e carinho pelo o que faz.

REFERÊNCIAS

Aleitamento materno. São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.aleitamentomaterno.com.br>
Acesso em: 09/09/2006.

ANDRIOLA, Yana, M; OLIVEIRA, Beatriz R. Gonçalves. Saúde da Criança. A influência da música na recuperação do recém-nascido prematuro na UTI neonatal. **Revista Nursing**. São Paulo, v. 99m n°. 08. Agosto 2006.

EVERY, G.B. **Neonatologia**, 2º ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1995.

BADA, H. S. XVII Congresso de Perinatologia. Reprodução, chefe da unidade de Neonatologia do Hospital Regional da Asa Sul. Florianópolis-SC, p 10-14, novembro/2001. Disponível em: <http://www.medico.org.br/especialidades/neonatologia>. Acesso em: 15/10/2006.

BARBOSA, E. C. V. RODRIGUES, B. M. R. Humanização das relações com a família: **Um desafio para enfermagem na UTI pediátrica**. v. 26, n.º 01, p. 205-212, 2004.

BARRETO, Homero, Silva. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8.068/1990.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas. P 150 a 162,1993.

CINTRA, E. A; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

CAMON, Valdemar ; AUGUSTO, Angerani. **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thonson Larning, 2002. p 87 – 88.

CAMON, Valdemar ; AUGUSTO, Angerani. **Psicologia Hospitalar Teorias e Práticas**. São Paulo: Pioneira Thonson Larning, 2002. p 78 a 79.

CAMON, Valdemar ; AUGUSTO, Angerani. **Novos Rumos na Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thonson Larning, 2002. p 100.

CARRARO, Thelma Eliza. **Enfermagem e Assistência: Resgatando Florence Nightingale**. 2ª ed. Goiânia: Cultura e qualidade, 2001.

CARVALHO, M. de. **A influência do ambiente da UTI neonatal na assistência a recém-nascido de risco**. XXXI Congresso Brasileiro de Pediatria. Fortaleza-CE, 2000. Disponível em: <http://www.medico.org.br/especialidades/neonatologia>. Acesso em: 10/09/2006.

CASA NOVA, Lucy Dualibi; VALE, Lucia de Melo Senra de; SANTOS, Walkyria de Almeida . **Humanização das Unidades Neonatais**. IN: SEPPE, Conceição A. M. Perinatologia, Fundamentos e Práticas. São Paulo: Saraiva, 2002.

CINTRA, E. A; NISHID, U. M; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, p. 9 – 14.

DUNKER, A. C ; LORDELLO, E. R. Um novo bebê: Interpretação sobre competência. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 13, n.º 114, p. 10-15, jan/dez. 1993.

Federação mundial de Musicoterapia. Definindo musicoterapia. Disponível em <http://www.musicoterapia.hpg.com.br> Acesso em 12/10/2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

GIACOMINI, C. apud. Refletindo a Assistência de Enfermagem ao Binômio mãe e recém-nascidos prematuro UTIN. **Revista Nursing**, nº 38, p. 25 a 26, julho/2001.

GUINSBURG, R. **Dor no RN: Conceitos atuais**. Informativo método mãe-Canguru.2002.p.3 a5.

GUINSBURG, R. **Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido**. Editora J.Ped. 2000. p. 149 - 152.

GUINSBURG, R. **Dor no recém-nascido**. IN: PROCIANOY, Renato S; LEONE, Cléa R. Prom. Programa de atualização em Neonatologia. Porto Alegre: Artmed.2006. p. 09 - 25.

HORA, Dinair Leal da. **Formatação e Normalização de Trabalhos Monográficos**. 2ª ed. Belém: Unama, 1999.

KLAUS M. ; KENNEL J. **Pais: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

KLAUS M; KLAUS P. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: artes médicas, 1993.

KNOBEL, E. **Condutas no Paciente Grave**. 2ª ed. vol. 2 São Paulo: Atheneu, 2002.

LAMY, Z. C; GOMES, R; CARVALHO, M. **A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva Neonatal**. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro. 1997.

MAIA, Dilma Bastos et al; **Impressões das mães sobre aleitamento materno em recém-nascidos prematuro no UTI neonatal** nº 34. Julho /agosto pg. 17 a 21, 2006.

MARGOTTO, Paulo R. **Atendimento Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Assistência ao recém-nascido de risco**. 2ª ed. Brasília: Anchieta, 2006 p. 122 a 123.

MENDES, I. A.C; TREVIZAN, M. A; FERRAZ, FÁVERO, N. TRE RE- Humanization of the executive nurse job: **a focus on the spiritual dimension**. Rev.. Latino- AM enfermagem mai/jun; 10(3), 2002.

MEZZOMO, C. O et al. **O administrador Hospitalar**. São Paulo: Fasc; Cedas, 2003.

Ministério da Saúde –SUS. **A Humanização do atendimento nas unidades do SUS**. Disponível em <http://www.jakobi.com.br/humanizacaoatendimentosus.htm>. Acesso em 12.11.2006.

Ministério da Saúde –SUS. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso**. Método Canguru. Disponível em http://www.husft.ucpel.tche/programa_canguru. Acesso em 11.12.2006.

Ministério da Saúde –SUS. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso**. Método mãe Canguru. Manual Técnico, 2002.

MORENO, RLR; JORGE, MSB; MOREIRA, RVO. **Vivências Maternas em unidade de terapia intensiva: um olhar fenomenológico**. Revista Brasileira de Enfermagem. maio/jun p. 38, 2003.

NASCIMENTO, E. R.P; MARTINS, J.J. **Uma proposta para humanizar o cuidado de enfermagem**, Tubarão; v.1, p. 15-21, julho, 2003.

NEIVA, Flávia Cristina Brisque. **Amamentação do recém-nascido na Unidade da cuidados intensivo**. Atuação Fonaudiológica. In: FERFERBAUM, Rubens; FALCÃO, Mário Cícero. **Pediatria neonatal, nutrição do recém-nascido**. São Paulo: atheneu, 2003 p 257-273.

RATIFFE, K. T. **Fisioterapia na clinica pediatra**. São Paulo: Santos, 2002.

REIS, Calos Sérgio Correia dos et al. **Assistência humanizada ao recém-nascido**. **Revista de enfermagem atual** ano 05 nº 27 maio/junho 2005.

REGO, Fernanda; SANTOS, Pereira dos. **Humanização: a participação da família no ambiente neonatal, uma revisão de literatura** . Revista Intensiva nº 08 ed. 99. Agosto/2006.

Assistência aos pais de recém- nascidos prematuros, doentes, malformados. Termos de pediatria nº 48 Serviço de informação Nestlé. P 1-10.

ROCHA SMM, et al. **Participação e autonomia da mãe no cuidado ao filho hospitalado**. Revista Brasileira Enfermagem maio/jun pg 53, 2003.

RODRIGUES, R. G; OLIVEIRA, I. C. S. **Os primórdios da assistência aos recém nascidos no exterior e no Brasil: Perspectivas párea o saber de enfermagem na neonatologia**, Ver. Eletrônica de enfermagem, v.06, nº 02, 2004

- SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos. **Aleitamento materno** IN: SCHMITZ, EDILZA Maria. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: atheneu, 2000. p 25-46.
- SILVA, Maria Julia Paes da. Comunicação tem remédio: **a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: gente, 1996. pg. 31 a 47.
- SILVA, Maria Julia Paes da. **Maneiras de cuidar, o amor é o caminho**. São Paulo: loyola, 2004. pg. 147.
- SILVA, Maria Julia Paes da. **Qual o tempo do cuidado, humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: loyola, 2004. pg. 142.
- SILVA, Maria Julia Paes da. **Humanização em unidade de terapia intensiva**. IN: CINTRA, E. De Araújo; NISHI de, v. Médice; NUBES, W. Aparecida. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2ª ed. São Paulo: atheneu, 2003.
- SCOCHI, C. G. S; KOKUDAY, M. L. P; RIUL, M. J. S; ROSSANEZ, L. S. S; FONSECA, L. M. M; LEITE, A. M. **Incentivando o vínculo mãe- filho em situações de prematuridade: As intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto**. Ver. Latino-americano de enfermagem, jul/ago; 11(4): 539-43, 2003.
- SPINDOLA, **Enfermagem na unidade de terapia intensiva, a história como explicação de uma prática**. Nursing revista técnica de enfermagem nº 04 ed. Brasileira outubro/2001. pg 25 a 27.
- SCHMITT, Carlos Altemir. **Concepções e práticas de cuidado humano no cotidiano de uma organização: uma configuração ética e estética de vida no espaço laboral**. Florianópolis, 2003.
- TAMEZ RN, Silva MHP. **Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: guanabara Koogan, 2002.
- WALDOW VR. **Cuidado humano: o resgate do necessário**. 3ª ed. Porto Alegre: sagra Luzzatto, 2001.
- STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: manole, 2002. p 145 a 150.
- STEFANELLI, Maguida Costa; **A comunicação com o paciente, teoria ensino**. 2ª ed. São Paulo: Robe editorial, 2003.