

# Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal

## Nursing Staff's perception on Humanization in Neonatal ICUs

RILÁVIA NAYARA PAIVA LINS<sup>1</sup>  
NEUSA COLLET<sup>2</sup>  
ELENICE MARIA CECCHETTI VAZ<sup>3</sup>  
ALTAMIRA PEREIRA DA SILVA REICHERT<sup>4</sup>

### RESUMO

*Objetivos:* analisar a percepção da equipe de Enfermagem acerca da humanização do cuidado ao recém-nascido/RN de risco e identificar ações dos profissionais de Enfermagem que contribuem para a humanização do cuidado na unidade de terapia intensiva neonatal/UTIN. *Material e Métodos:* estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado com 10 profissionais de enfermagem de um hospital-escola do Estado da Paraíba, no período de março a maio de 2006 por meio de entrevista semiestruturada contendo duas questões norteadoras: O que significa humanização para você? Quais ações que você pratica que em sua opinião contemplam a humanização? Para análise utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. *Resultados:* a enfermagem percebe a humanização como um fator essencial para o cuidar, projetando tal percepção nas práticas diárias do cuidado aos bebês, cuja atenção busca reduzir o impacto causado pelo ambiente estressante da UTIN. *Conclusão:* destaca-se a importância de incluir a família no cuidado ao bebê, com implementação de ações de humanização que depende do encontro envolvendo o cuidador e o ser cuidado, tendo como pressuposto a integralidade.

### DESCRIPTORIOS

Humanização da assistência. Recém-nascido. Enfermagem Neonatal.

### ABSTRACT

*Objectives:* To examine the nursing staff's perception on humanization of care to newborn infants at risk and to identify actions of the nursing staff that contribute to the humanization of care in the Neonatal Intensive Care Unit/NICU. *Material and Methods:* This was a qualitative exploratory study, performed with 10 nursing professionals of a teaching hospital in the state of Paraíba, from March to May 2006, using semi-structured interviews with two guiding questions: In your opinion, what does humanization mean? Which actions of you practice might be considered humanized? The technique used for the analysis was the Collective Subject Speech. *Results:* the nursing staff sees humanization as an essential factor for care. Such perception is reflected on daily care practices towards infants as an attempt to reduce the impact caused by the stressing environment of the NICU. *Conclusion:* we highlight the importance of including the family in the care towards the infant by implementing humanization actions that involve the caregiver and the care receiver under an integral perspective.

### DESCRIPTORS

Humanization of Assistance. Infant, Newborn. Neonatal Nursing.

- 1 Enfermeira atuante na Estratégia de Saúde da Família da Cidade de Itabaiana (ESF/Itabaiana), Itabaiana/PB, Brasil.
- 2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente da Disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente II do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 3 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Universidade Federal Fluminense (UFF) em Colaboração Técnica na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
- 4 Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Docente da Disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente I do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil

Desde a concepção até o nascimento, o bebê passa por inúmeros estágios de crescimento e desenvolvimento até alcançar a maturidade. Na vida intrauterina, tem todas as suas necessidades fisiológicas satisfeitas e sente-se protegido e acolhido ao som de uma voz maternalmente carinhosa, que lhe transmite o mais puro dos sentimentos, traduzido pelo calor que emana do seu corpo e realização de movimentos suaves e cuidadosos, para seu maior conforto e segurança (MARTINS *et al.*, 2011; REICHERT, LINS, COLLET, 2007).

A partir do nascimento, no período neonatal os movimentos que eram suaves e cuidadosos são substituídos por manipulações bruscas e o calor aconchegante do útero dará lugar ao frio intenso do meio externo, vivenciando uma série de transformações que serão decisivas no seu crescimento e desenvolvimento saudáveis (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; SILVA, VIEIRA, 2008).

No entanto, este crescimento e desenvolvimento podem ser prejudicados quando o bebê nasce prematuramente ou com problemas orgânicos, sendo caracterizado como recém-nascido (RN) de alto risco. Independentemente da idade gestacional ou peso ao nascer, esses bebês apresentam maior chance de morbimortalidade devido às condições superpostas ao curso normal dos eventos associados ao nascimento e à adaptação à vida extrauterina (SILVA, VIEIRA, 2008; ROLIM, CARDOSO, 2006).

Dessa forma, toda a atenção ao bebê deve ser estruturada e organizada, no sentido de atender suas necessidades, minimizando os riscos. Então, surge a necessidade da admissão do RN em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), setor hospitalar provido de recursos (material e humano) e tecnologias específicas para ajudar ou garantir a melhora da saúde do neonato (MARTINS *et al.*, 2011; SILVA, VIEIRA, 2008; ROLIM, CARDOSO, 2006).

A UTIN caracteriza-se como uma área de assistência a RN criticamente enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados de enfermagem especiais e contínuos, o que exige do profissional enfermeiro grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas desses pacientes (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; DUARTE, ELLEN SOHN, 2007).

Apesar da importância da UTIN para os neonatos doentes, contraditoriamente, essa unidade que deveria zelar pelo bem-estar do RN em todos os seus aspectos, é por excelência um ambiente nervoso, impessoal e até temeroso para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas. Tal ambiente é repleto de luzes fortes e constantes, barulho, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo do sono,

visto que são necessárias repetidas avaliações e procedimentos, acarretando, muitas vezes, desconforto e dor (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; KLEIN, GASPARDO, LINHARES, 2011; MARTINS *et al.*, 2011; NEVES, CORRÊA, 2008).

Assim, acredita-se que o cuidado a ser implementado na UTIN necessita ser exercido e vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do bebê (SILVA, VIEIRA, 2008; KLEIN, GASPARDO, LINHARES, 2011).

Refletir acerca de ações de humanização do cuidado em Neonatologia por parte dos profissionais de Enfermagem implica em pensar na construção de um projeto terapêutico que vá para além da execução de técnicas. Tal projeto deve favorecer o estabelecimento de uma relação autêntica entre enfermagem, RN e família frente ao processo de hospitalização, cuja assistência esteja pautada na busca constante da minimização do sofrimento e do desgaste físico e mental de todos envolvidos no cuidado (SILVA, VIEIRA, 2008; KLEIN, GASPARDO, LINHARES, 2011).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivos averiguar a percepção da equipe de Enfermagem acerca da humanização do cuidado ao RN de risco e identificar ações dos profissionais de Enfermagem que contribuem para a humanização do cuidado na UTIN.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa a qual permite entrar em profundidade na essência do tema proposto a partir da compreensão das representações de um determinado grupo e do valor cultural que estes atribuem a determinados temas (MINAYO, 2008).

O Discurso do Sujeito Coletivo constituiu-se na estratégia metodológica escolhida, visto que clarifica com maior nitidez uma dada representação, uma vez que reconstrói “com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeças, tantos discursos-síntese quanto se julgar necessário para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno [...] o DSC é, assim, uma estratégia metodológica com vistas a tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário” (LEFÈVRE, LEFÈVRE, TEIXEIRA, 2000).

A coleta dos dados ocorreu na UTIN de um hospital-escola da rede pública federal do Estado da Paraíba, no período de março a maio de 2006. O critério de inclusão dos sujeitos foi o de aceitar participar da

pesquisa. A unidade possui 3 leitos e contava, no período da coleta de dados, com um universo de 15 profissionais de enfermagem, sendo 5 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem. Destes, concordaram em participar da pesquisa cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem.

A técnica utilizada para a coleta dos dados empíricos foi a entrevista semiestruturada contendo duas questões norteadoras, a saber: O que significa humanização para você? Quais ações que você pratica que em sua opinião contemplam a humanização? Durante as entrevistas, os participantes tiveram a liberdade de falar sobre o assunto. Os discursos foram gravados após autorização dos entrevistados, e posteriormente transcritos na íntegra. O encerramento da coleta deu-se no momento em que se considerou a saturação dos dados.

Em atendendo à Resolução N° 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que define a pesquisa com seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB com o Protocolo N° 015/06 e os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a análise dos dados empíricos, foi utilizada a técnica de análise de Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE, LEFÈVRE, TEIXEIRA, 2000), por meio da qual são utilizadas três figuras metodológicas extraídas dos depoimentos obtidos: a Ideia Central (IC), as Expressões-Chave (EC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A fim de preservar a identificação dos sujeitos da pesquisa, os mesmos foram identificados com codinomes de pedras preciosas, sendo-lhes dada plena liberdade para que escolhessem o nome da pedra com a qual gostariam de ser identificados.

## RESULTADOS

Em resposta ao questionamento: **O que significa humanização para você?** foi possível caracterizar as Ideias Centrais/IC a partir das Expressões-Chave/EC dos Profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:

*É cuidar dos pacientes, tratar o paciente como se fosse seu.* (Topázio, Rubi)

*É chegar ao paciente e o vendo como um ente querido seu.* (Ametista, Diamante bruto)

*Fazer pelo outro o que eu gostaria que fosse feito por mim ou pelos meus familiares.* (Água-marinha, Safira)

*Cuidar do paciente como um ser humano.* (Pérola, Turquesa)

*É um ser humano cuidando de outro ser humano.* (Jade)

*Tornar o homem mais ser humano.* (Esmeralda)

Já em resposta ao questionamento: **Quais ações que você pratica que em sua opinião contemplam a humanização?** surgiram as seguintes Ideias Centrais/IC:

*Eu converso, faço carinho, deixo o RN sempre acomodado, aconchegado.* (Topázio, Ametista)

*Mantê-lo confortável.* (Rubi)

*A gente identifica todos os leitos com o nome da criança, com o nome da mãe.* (Água-marinha)

*Tudo que se faz para promover o conforto do bebê, eu acho que é uma atitude humanitária.* (Safira)

*Todos os cuidados que eu vou prestar a ele eu comunico.* (Pérola)

*Só em eu ir dá a alimentação dele pra mim já é tratar com humanização.* (Diamante bruto)

*Aqui a gente tem que ter muito cuidado com tudo, porque eles são muito pequenininhos, muito delicados.* (Jade)

*A humanização em relação à Neo vai desde os pais, até o RN.* (Esmeralda)

A seguir são apresentados os discursos do sujeito coletivo, construídos a partir do recorte das expressões-chave de cada participante do estudo:

### DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 - O que significa humanização para você?

*Humanização significa fazer pelo outro o que eu queria que fosse feito por mim ou pelos meus familiares numa unidade hospitalar; tratar com carinho, com cuidado. É você ter atitudes que favoreçam o cuidado de uma forma integral, não se voltando apenas para a sintomatologia e/ou tratar da doença, procurando proporcionar conforto em todos os momentos. É ver o ser humano na sua porção mais humana, respeitando os sentimentos, sabendo ouvir; e a partir daí, tentar passar para ele segurança. A enfermagem é tudo que há em humanização, porque a gente cuida, a gente tá perto.*

### DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 - Quais ações que você pratica que em sua opinião contemplam a humanização?

*A humanização em relação à NEO vai desde os pais, até o RN. A gente identifica todos os leitos com o nome da criança, com o nome da mãe. Se tem nome, a gente tem que procurar chamar pelo nome, e com o tempo ele se acostuma e começa pelo olhar a responder aquele nosso chamado. Uma das coisas que nós podemos fazer é oferecer conforto dentro da incubadora, aquecer as mãos*

*antes de tocá-lo, falar baixo, fazer o mínimo de barulho ao abrir as incubadoras porque o barulho que faz pode ser ensurdecedor. Respeitar o seu horário de sono, de alimentação, protegê-lo da luz, tanto a terapêutica quanto a não terapêutica, porque a gente sabe que a luz apavora. Chegar, conversar com eles; a gente diz que mamãe tá chegando, que papai vai entrar, que por um motivo ou por outro ele não pode estar ali no momento, mas vai vir, e enquanto isso a gente tá ali. Humanização também consiste em facilitar a aproximação dos familiares e do bebê de alto risco, dar atenção aos familiares, porque muitas vezes eles chegam com dúvidas e a gente tenta esclarecer de forma clara para que possam compreender, e ainda conversar com a genitora orientando que a sua presença fará com que o RN recupere a saúde mais rápido. A gente tenta estabelecer o vínculo mãe-bebê, apesar de ser um pouco difícil pela própria essência da atividade da UTI, mas dentro do possível a gente tenta, e quando o bebê já tem condições de ir ao peito, a gente estimula a sucção. Então ação humanitária ela vai desde o agir, muito mais do agir do que do falar, da maneira como você cuida.*

## DISCUSSÃO

No que se refere à percepção das participantes acerca do **significado da humanização**, notou-se que a humanização está intimamente ligada à forma com que se trata o outro, colocando-se sempre no lugar do paciente, e fazer por ele aquilo que gostaria de estar recebendo. O cuidado humanizado está focalizado na percepção integral do paciente e respeito às suas particularidades e sentimentos.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, pois envolve mudanças de comportamento. Humanizar a assistência em saúde implica em dar lugar à palavra do usuário e seus familiares. É a possibilidade de se colocar no lugar do outro, de compreender o outro, aceitando que ele tem algo a dizer (MARTINS *et al.*, 2011; OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

Dessa forma, é indispensável aprender a cuidar melhor do ser humano, mas cuidar em todas as suas dimensões, não só cuidar de seu corpo, escutar seu coração (ROLIM, CARDOSO, 2006; OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

Ao nos projetarmos no lugar do outro, tomamos consciência de nós mesmos, ou seja, sentimos e somos capazes de avaliar e escolher terapêuticamente como gostaríamos de ser tratados naquele momento. Além disso, colocando-se no lugar do outro, o profissional passa a cuidar, considerando que humanizar envolve respeito e dignidade (REICHERT, LINS, COLLET, 2007).

A humanização da assistência na UTIN deve se pautar no cuidado singular, na integralidade e no respeito à vida. Humanizar a assistência à família e ao bebê implica oferecer um cuidado integral e singular a ambos, dando ênfase às suas crenças, valores, individualidades e personalidades, uma vez que cada ser é único, porém, envolvido em um contexto familiar, que possui uma história de vida, e por isso, deve ser respeitado para que se possa manter a dignidade desse grupo durante a hospitalização (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

Na concepção dos sujeitos desta pesquisa, a enfermagem é um reflexo da humanização, uma vez que é uma profissão que está diretamente preocupada com o cuidar, com o estar perto.

O enfermeiro deve dirigir o seu cuidar ao bebê, vendo-o em sua totalidade, buscando maneiras de valorizar o seu potencial, considerando suas limitações e imaturidade psicobiológica. O interesse do enfermeiro não deve estar direcionado apenas ao seu bem-estar, mas também ao seu estar-melhor (SILVA, VIEIRA, 2008).

O cuidar profissionalmente na enfermagem deve estar voltado para olhar enxergando o outro, ouvir escutando o outro, observar percebendo o outro, sentir e empatizar com o outro, estando sempre disponível para fazer com o outro o que ele necessita e não sabe ou não consegue realizar, procurando compartilhar os saberes com o cliente e/ou familiares a respeito, sempre que houver interesse e condições para tal (SILVA, VIEIRA, 2008; OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

A humanização prevê um encontro entre a equipe de enfermagem e a pessoa doente, em que a condição essencial é a vontade de encontrar e de ser encontrado. O encontro pressupõe escuta, olhar, contato claro, aberto e amoroso (ROLIM, CARDOSO, 2006; OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

É dessa maneira que a essência do cuidar não deve limitar-se, apenas, ao ato de medicar, consultar e examinar em situações de saúde-doença, ao contrário, deve ser um processo interativo, dinâmico, de envolvimento entre a enfermagem, bebê e família, levando em consideração conhecimentos, hábitos, sentimentos, valores, enfim, a singularidade das necessidades de cada momento, propiciando uma relação autêntica.

A humanização é uma forma de assistência, cujo cuidado está relacionado a um tipo de atendimento que envolve um processo assistencial resultante do conhecimento e da prática das várias categorias profissionais atuantes na produção de cuidados em saúde (MARTINS *et al.*, 2011; ROLIM, CARDOSO, 2006).

O compartilhamento de saberes está relacionado

à preocupação que a equipe tem de integrar, de forma participativa, os familiares que acompanham os pacientes durante a internação. Provavelmente, é uma forma de minimizar o impacto da estranheza causado pelo ambiente hospitalar, o qual é mediado por muitos recursos tecnológicos, cujas funções pouco se entendem e onde a comunicação se dá através de uma linguagem constituída de termos especificamente profissionais (ROLIM, CARDOSO, 2006; SOUZA, FERREIRA, 2010).

A humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim, como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco (OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

Nos discursos que referem **às ações praticadas pelos profissionais que contemplam a humanização** identificam-se abordagens cuidadosas dirigidas à atenção das necessidades dos bebês e dos familiares, em especial, os pais. Os mesmos consideram a assistência ao bebê de alto risco muito importante, exigindo deles muita responsabilidade e percepção de sinais de estresse pelo qual o bebê passa, para que possam ser reduzidos da melhor forma possível.

A rotina de cuidados na UTIN está muito voltada para as técnicas e procedimentos que podem levar os RN a ficarem expostos a vários e sucessivos eventos estressantes e dolorosos, causando-lhes sofrimento. Devido à complexidade dos cuidados ao RN internado, devemos conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de um acolhimento holístico e respeito ético pelo RN e sua família (MARTINS *et al.*, 2011; REICHERT, LINS, COLLET, 2007; KLEIN, GASPARD, LINHARES, 2011; NEVES, CORRÊA, 2008).

O enfermeiro, ao realizar o cuidado humanizado ao RN de risco, deve considerar sua fragilidade física e emocional provocada pelas condições de seu nascimento e doença, pois, diante disso, torna-se indispensável a ele próprio desenvolver sentimentos de afeição, respeito, simpatia, empatia, entre outros inerentes às necessidades do ser humano (SILVA, VIEIRA, 2008; NEVES, CORRÊA, 2008).

Cabe ao enfermeiro direcionar sua atenção no sentido de minimizar o impacto que o ambiente estressante da UTIN pode causar a todos que ali estão, organizando, planejando e executando os cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade individualizada e a resposta de cada neonato/família,

exercendo assim uma assistência integral, de qualidade e humanizada (MARTINS *et al.*, 2011; ROLIM, CARDOSO, 2006).

Em seu processo de trabalho, o enfermeiro deve criar estratégias para atender às necessidades dos usuários/famílias, bem como, desenvolver ações que facilitem suas práticas (SOUZA, SILVA, ARAÚJO, 2008; SOUZA, FERREIRA, 2010).

Assim, é de suma importância conhecer e estar atento à comunicação verbal e não-verbal emitida pelo bebê e pelas próprias profissionais durante o desenvolvimento do cuidado, ciente de que a criança recebe influência do meio ambiente ao qual está inserido (ROLIM, CARDOSO, 2006).

Dessa forma, o enfermeiro se torna responsável por promover a adaptação do RN ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo), observar o quadro clínico (monitorização de sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especial), fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento (se possível, aleitamento materno), realizar controle de infecção, estimular o RN, educar os pais, estimular visitas familiares, elaborar e manter um plano educacional, organizar, administrar e coordenar a assistência de enfermagem ao RN e à mãe, desenvolver atividades multidisciplinares, orientar o ensino e supervisionar os cuidados de enfermagem prestados, entre outras atividades (SILVA, VIEIRA, 2008; ROLIM, CARDOSO, 2006).

REICHERT, LINS, COLLET (2007) destacam ser de fundamental importância à equipe de enfermagem que atua em UTIN a busca de medidas que minimizem o sofrimento e a dor do bebê e sua família. Nesse sentido, devemos enfatizar a humanização do processo de assistir por meio de reconhecimento e tratamento adequado dos agentes estressores ao binômio bebê-família.

Um fator de grande relevância abordado nos depoimentos, diz respeito à maneira como os profissionais dirigem-se aos bebês. Segundo eles, todos os leitos são identificados com o nome da criança e da mãe, e os bebês são chamados pelos seus verdadeiros nomes, contribuindo para que não haja perda da identidade do RN.

Observou-se a preocupação dos participantes quanto aos efeitos do ruído intenso aos RN. De acordo com o DSC, os profissionais procuram falar baixo e manipular com cuidado as portas e painéis das incubadoras a fim de minimizar os ruídos agressivos ao bebê.

A literatura destaca que as fontes de ruído numa

UTIN variam em diversos aspectos: respiradores mecânicos, berços aquecidos, bombas de infusão, monitores, incubadoras, alarmes e ar-condicionado; risadas e conversas de funcionários, falta de cuidado ao abrir e fechar as portas da unidade, manuseio das incubadoras, arrastar de cadeiras e manipulação não-cuidadosa ao fechar armários, gavetas e tampas de lixo; sendo apontadas como responsáveis por distúrbios comportamentais nos recém-nascidos (MARTINS *et al.*, 2011; AURÉLIO, TOCHETTO, 2010).

A preocupação com os níveis de barulho do ambiente justifica-se pelo fato de que podem atingir o frágil sistema auditivo do bebê, assim como interferir em seu sono e repouso, levando-o à fadiga, agitação, irritabilidade e choro, trazendo possíveis consequências de ordem física e emocional (MARTINS *et al.*, 2011; ROLIM, CARDOSO, 2006; AURÉLIO, TOCHETTO, 2010).

Esse aspecto é respaldado pela literatura ao salientar que a enfermagem, ao assumir os cuidados de RN de alto risco, pode organizar o trabalho no sentido de minimizar os ruídos ambientais com a manipulação cuidadosa da incubadora, redução dos tons das vozes, monitores, alarmes, rádios e do acúmulo de água nas tubulações de gases, e também sinalizando a UTIN como área de silêncio (REICHERT, LINS, COLLET, 2007).

Na percepção dos participantes do estudo, outra fonte geradora de estresse ao bebê na UTIN refere-se ao excesso de luminosidade no ambiente, entretanto, as estratégias utilizadas pelos profissionais relacionadas à luz são efetivas. Relatam que as ações são dirigidas para reduzir a luminosidade do ambiente cobrindo-se a incubadora com um lençol, a fim de proteger o bebê do excesso de estímulo ambiental e possibilitar conforto. A redução geral dos níveis de luz promove aumento do sono, ganho de peso e desenvolvimento dos ritmos nos bebês (MARTINS *et al.*, 2011; ROLIM, CARDOSO, 2006; SOUZA, FERREIRA, 2010).

MARTINS *et al.* (2011) relatam medidas utilizadas que minimizam os efeitos provocados pelo ruído e luminosidade que interferem na estabilidade fisiológica e comportamental dos neonatos, como por exemplo: os profissionais tentam falar baixo; manipulam com cuidado as portinholas da incubadora; diminuem a intensidade dos alarmes sonoros dos aparelhos; reduzem a luz ambiente; mantêm a incubadora com pano isolante de luz; não batem nem colocam objetos em cima da incubadora; proporcionam um ambiente calmo e seguro; identificam as reações de cada neonato durante os cuidados, e manipulam o menos possível quando observam sinais de estresse.

O acesso irrestrito das famílias à UTIN é outro aspecto de grande importância na discussão dos cuidados

humanizados ao RN, pois humanizar aparece, também, com o significado de manter a família informada e prepará-la para entrar na unidade. Assim, informações adequadas, precisas e que favoreçam o contato com a realidade por meio de palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, é fundamental para a humanização do cuidado. Ao mesmo tempo, a participação da família promove o contato físico e afetivo entre pais e RN, visando diminuir a ansiedade e fortalecer o vínculo (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

Em se tratando de crianças internadas em UTI, tanto a hospitalização como a doença são experiências dolorosas para elas e para os pais e, a comunicação franca entre eles e o enfermeiro ameniza a ansiedade gerada nos pais e alivia o sofrimento do bebê, pelo desenvolvimento de uma assistência conjunta (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; ROLIM, CARDOSO, 2006).

Já na primeira visita dos pais, deve-se explicar todo o equipamento envolvido no cuidado do RN, informar o estado atual do bebê, porque o mesmo necessita de cuidados intensivos e qual será o curso do tratamento. Envolver os pais nos cuidados básicos desde as primeiras visitas como troca de fraldas, lavagem, higiene corporal, exercícios, massagem, promovendo aproximação e proporcionando um senso de participação que os identifica no papel de pais também dá significado às visitas. Encorajar os pais a verbalizar suas preocupações e sentimentos, o que ajuda a aliviar o estresse, além de desenvolver nos pais uma percepção realista da evolução do RN e seu prognóstico, que irá reduzir o medo do desconhecido (SILVA, VIEIRA, 2008).

Nesse âmbito, torna-se importante valorizar o trabalho integrado da equipe multiprofissional envolvida no cuidado do RN enfermo com os familiares, para o sucesso da relação pai – filho, pais – equipe multiprofissional que cuida do RN.

Sob esse aspecto, a literatura evidencia que as relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas protótipos de todas as relações sociais futuras, e devem ser reconhecidas pelos profissionais como algo contínuo, buscando um relacionamento único, uma ligação afetiva entre duas pessoas. Cabe à equipe promover condições para que os pais possam ver e tocar seu bebê, proporcionando um ambiente acolhedor. Deve-se permitir a visita dos pais ao filho assim que for possível, pois a visualização e o contato ajudam a aliviar o estresse e promover o apego (SILVA, VIEIRA, 2008; KLEIN, GASPARDO, LINHARES, 2011).

Com uma acolhida carinhosa, a enfermagem se mostra como um diálogo vivo, percebendo no olhar uma

palavra contida pela angústia do desconhecido. Assim, os pais ficarão mais próximos, tocando e cuidando do seu bebê até o momento em que o possam acolhê-lo de forma mais íntima (SILVA, VIEIRA, 2008; ROLIM, CARDOSO, 2006).

Em estudo com mães de bebês em uso de fototerapia em uma UTIN em Fortaleza, CAMPOS, CARDOSO (2008) enfatizam que a “presença autêntica”, a escuta atenta e o estar com a mãe nos encontros individuais e nas unidades de internação foram pontos importantes e decisivos na relação interpessoal da tríade enfermeira-mãe-RN. Estes pontos possibilitaram um estado de tranquilidade à mãe, evidenciado nas respostas aos questionamentos, demonstrando conhecimento do até então desconhecido.

Nessa perspectiva, cuidar da família tornou-se parte de um processo que visa preparar os pais para cuidar do bebê. Todo movimento do profissional visa garantir que a família esteja capacitada a desenvolver cuidados com o bebê e disposta a dar continuidade ao atendimento que essa criança necessita (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

Nesse aspecto, SOUZA, FERREIRA (2010) reconhecem a importância da integração entre a equipe e a família, e apontam que o aprendizado dos familiares na ocasião da internação servirá como base para a continuidade do cuidado quando o bebê estiver em casa.

Portanto, os profissionais devem respeitar a cultura das famílias, a fim de viabilizar a aproximação equipe-família e a formação de vínculo e confiança. Esses aspectos contribuem para melhorar a saúde e a qualidade de vida da criança.

O estabelecimento e manutenção do vínculo durante o período de hospitalização, não só permite treinamento materno para a alta de seu filho, como também é fundamental para incentivar o cuidado da família para com o bebê (REICHERT, LINS, COLLET, 2007; SILVA, VIEIRA, 2008).

De todos os aspectos discutidos acima, concordamos com ANTUNES *et al.* (2010) quando relatam que a eficácia de um tratamento depende da qualidade do cuidado oferecido, e que este cuidar com vistas a valorizar o ser humano como um todo depende

exclusivamente do nosso olhar, simples, mas capaz de mudar o futuro de um RN.

## CONCLUSÃO

A humanização do projeto terapêutico na UTIN é fundamental, pois somente assim o cuidado singular poderá ser prestado com qualidade ao RN e sua família. Isto implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de ambiente que resulte em conforto e segurança para a criança hospitalizada e sua família. Porém, para que todo esse processo seja garantido, é necessário refletir acerca da humanização do ambiente e das relações de trabalho a fim de que a equipe tenha condições de humanizar o cuidado.

O processo de humanização do cuidado mostrou-se como fator relevante na assistência, sendo sua implantação entendida como necessária, a fim de que o cuidado integral ao bebê e à família passe a permear o cotidiano da UTIN, minimizando as tensões do setor, e, conseqüentemente, colocando a criança e familiares no foco do cuidado.

O discurso dos profissionais de enfermagem, suas preocupações, anseios e esperança de mudanças no ambiente de trabalho, na dinâmica da assistência, vão ao encontro da conquista da humanização do cuidado. Essa humanização aparece relacionada a atitudes de dar atenção, ter responsabilidade, cuidar bem, respeitando as particularidades de cada um e, principalmente, promovendo uma assistência integral ao bebê e família.

Portanto, a presença efetiva da equipe de enfermagem com escuta sensível é tão importante quanto o procedimento técnico, uma vez que nem sempre funcionam diante das situações de estresse. Somente vendo, escutando e sentindo o RN e a família como um todo, estaremos atendendo e compreendendo a essência do cuidar humano.

Acreditamos que para desenvolver ações dessa natureza, faz-se necessário, também, a humanização das relações de trabalho, por meio de melhores condições de trabalho, de salários dignos e de respeito aos profissionais no cotidiano das ações em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. ANTUNES JCP, NASCIMENTO MAL, GOMES AVO, ARAUJO MC. Instalação do CPAP nasal - identificando a dor do recém-nato como um cuidado de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. 2010; 4(1):142-8.
2. AURÉLIO FS, TOCHETTO TM. Ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. *Rev Paul Pediatr*. 2010; 28(2):162-9.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução n 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996. 24p.
4. CAMPOS ACS, CARDOSO MVLML. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(1):36-44.
5. DUARTE APP, ELLEN SOHN L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *R Enferm UERJ*. 2007; 15(4):521-6.
6. KLEIN VC, GASPARDI CM, LINHARES MBM. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011; 24(3):504-12.
7. LEFÈVRE F, LEFÈVRE AMC, TEIXEIRA JJ. *O discurso do sujeito coletivo*. Rio Grande do Sul: EDUCS; 2000.
8. MARTINS CF, FIALHO FA, DIAS IV, AMARAL JAM, FREITAS SC. Unidade de terapia intensiva neonatal: o papel da enfermagem na construção de um ambiente terapêutico. *R Enferm Cent O Min*. 2011; 1(2):268-76.
9. MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.
10. NEVES FAM, CORRÊA DAM. Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7(4):461-7.
11. OLIVEIRA BRG, COLLET N, VIEIRA CS. A humanização na assistência a saúde. *Rev Lat Am Enferm*. 2006; 14(2):277-84.
12. REICHERT APS, LINS RNP, COLLET N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. *Rev Eletrônica Enferm [serial on line]*. 2007; 9(1):200-13.
13. ROLIM KMC, CARDOSO MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev Lat Am Enferm*. 2006; 14(1):85-92.
14. SILVA ND, VIEIRA MRR. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(3):110-6.
15. SOUZA KMO, FERREIRA SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(2):471-80.
16. SOUZA MWCR, SILVA WCR, ARAÚJO SAN. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. *ConScientiae Saúde*. 2008; 7(2):269-74,.

**Correspondência**

Altamira Pereira da Silva Reichert  
 Endereço: Av. Oceano Pacífico, 392/601 – Intermares  
 Cabedelo – Paraíba - Brasil  
 CEP 58310-000  
 E-mail: elececchetti@ig.com.br