

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE FISIOTERAPIA**

HELEN CRISTINA MAGALHÃES

**HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR EM UTIN: uma revisão
bibliográfica**

**PATOS DE MINAS
2010**

HELEN CRISTINA MAGALHÃES

**HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR EM UTIN: uma revisão
bibliográfica**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do curso de graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Ms. Carla Cristina Andrade

**PATOS DE MINAS
2010**

Fonte:

616-053.31 Magalhães, Helen Cristina
M 188h Humanização Hospitalar em UTIN: uma revisão
bibliográfica/ Helen Cristina Magalhães –Orientadora:
Profª Ms Carla Cristina Andrade. Patos de Minas:
[s.n.], 2010.
49 pp.

Monografia de Graduação – Faculdade Patos de Minas-
FPM

Curso de Bacharel em Fisioterapia

Canguru 1. Humanização 2.Assistência 3.UTIN 4.Método

I. Helen Cristina Magalhães II.Título

Faculdade Patos de Minas - FPM. Biblioteca.

FACULDADE PATOS DE MINAS
HELEN CRISTINA MAGALHÃES

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR EM UTIN: uma revisão
bibliográfica

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora
constituída pelos professores:

Orientadora: _____
Profª Ms Carla Cristina Andrade
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Profº Ms Raphael Cezar Carvalho Martins
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Profº Nair Caetano Domingos
Faculdade Patos de Minas

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem ele, nada seria possível.

Aos meus pais David e Vanda pelo esforço dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

E também a minha orientadora Carla Cristina de Andrade pela competência e paciência.

Agradeço...

A Deus por me acompanhar e me guiar por todos os caminhos.

Aos meus pais David e Vanda pelo incentivo de que o futuro é feito a partir de constante dedicação e por nunca me deixarem desistir diante dos obstáculos.

.Agradeço a orientadora Carla Cristina Andrade por ter me ajudado sobre o tema abordado com o material de pesquisa e dicas profissionais.

E a várias pessoas que me auxiliaram de maneira direta e indireta para realização deste trabalho.

O humanismo é uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas.

(IHEU, 2007)

RESUMO

A permanência de um recém nascido de baixo peso por um longo período de tempo em UTI Neonatal leva a implicação de reações tanto na mãe e no bebê, para isso foram criados programas de humanização que estabeleciam mudanças na assistência hospitalar, por isso a família foi incentivada a participar de forma efetiva nos cuidados ao bebê desde o início da vida, favorecendo a criação do vínculo afetivo entre mãe e filho, devido a isso foi inserido o método canguru que estabelece esse apego e bem-estar. Os objetivos principais deste estudo são análise da humanização em pacientes submetidos a tratamento em UTI Neonatal, o que pode ser evitado para causar prejuízos quanto ao seu desenvolvimento e o que pode ser feito durante o atendimento fisioterapêutico quanto à importância do Método Canguru para o desenvolvimento do recém nascido. O presente estudo de origem explicativo e exploratório realizado a partir de uma revisão da literatura com fontes de sites, livros e artigos disponíveis em bancos de dados. Assim pode-se concluir que com a implantação da humanização na UTI Neonatal ocorre a redução do tempo de internação, dos custos, dos quadros infecciosos e conseqüentemente os índices de morbi-mortalidade.

Palavras-Chave: Humanização. Assistência. UTI Neonatal. Método Mãe Canguru.

ABSTRACT

The long permanence of an underweight newborn in a neonatal ICU (Intensive Care Unit) leads to reactions in both the mother and the baby. Hence, humanization programs that establish changes in hospital assistance and procedures were created to motivate the families to effectively participate in the care provided to the baby since the very beginning of its life, promoting the development of a stronger bond of affection between the mother and the child. One of such changes was the introduction of the kangaroo method, stimulating the creation of this mother-child bond, which eventually improves the well-being of both. The objective of this dissertation is the analysis of the humanization in patients subjected to treatment in a neonatal ICU, which can avoid impairment on the development of the newborn child, as well as the analysis of the kangaroo method and the physiotherapy treatment on the development of the newborn. The present dissertation bears an explicative and exploratory character achieved through a review of related literature available on websites, books and articles available on database. Therefore, this dissertation aims at discussing over how the humanization of the neonatal ICU can lead to a reduction in the overall duration of the admittance of the newborn in the ICU, in the costs of such admittance, in the infection hazard and in the indices of mortality of underweight newborns.

Key-words: Humanization, Assistance, Neonatal ICU, Method Kangaroo.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Programa Humaniza SUS	20
Figura 2	Separação da mãe e RN	25
Figura 3	Método Mãe Canguru	33
Figura 4	Recém nascido sendo tocado pelo Fisioterapeuta	36
Figura 5	Recém nascido em posição de supino	37
Figura 6	Recém nascido em posição de prono	38
Figura 7	Recém nascido em posição lateral	39
Figura 8	Recém nascido em posição de enrolamento	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNHH	Programa Nacional de Humanização Hospitalar
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTINs	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
RN	Recém nascido
MMC	Método Mãe Canguru
MC	Método Canguru
g	gramas

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVO ESPECIFICO.....	16
3	METODOLOGIA.....	17
4	A HUMANIZAÇÃO ENQUANTO SAÚDE PÚBLICA E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM UTI NEONATAL.....	18
5	A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA RECUPERAÇÃO DO RECÉM NASCIDO SUBMETIDO A INTERNAÇÃO EM UTI NEONATAL.....	24
6	O METODO MÃE CANGURU.....	30
6.1	A Fisioterapia.....	35
6.2	Cuidados com a postura.....	36
6.2.1	Supino.....	37
6.2.2	Prono.....	38
6.2.3	Lateral.....	38
6.2.4	Enrolamento.....	39
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
	Referências.....	

1 INTRODUÇÃO

Este estudo parte diante do interesse de conhecer e compreender a aplicação da humanização em pacientes recém nascidos durante sua permanência em UTI Neonatal. Dentre isso explicar os fatos históricos ocorridos na saúde, para mudanças aos tipos de aplicação da humanização em saúde publica e hospitalar.

O objetivo principal deste trabalho é a partir de uma revisão da literatura analisar a melhor forma de acolher o recém nascido no hospital enquanto recebe tratamento, para que isso ocorra e necessário que os profissionais da saúde sejam instruídos e capacitados para estabelecer a pratica humanizada, de maneira a estabelecer a importância da participação da família no tratamento e que desempenho emocional da família seja compreendido.

Este trabalho é de natureza bibliográfica usando fontes de sites e livros disponíveis em áreas de pesquisa, identificando teorias criadas para avaliação da contribuição ou compreensão dos objetivos citados acima. O trabalho tem a estrutura de três capítulos.

O primeiro capitulo denominado Humanização enquanto saúde publica e assistência hospitalar em UTI Neonatal que aborda a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e as mudanças ocorridas na assistência neonatal.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar foi criado em 2000 com o intuito de promover mudanças na gestão e atenção no atendimento aos serviços de saúde. Uma das sugestões do programa é um grupo de ações integradas com o objetivo de modificar os padrões de assistência no ambiente hospitalar, salientando a necessidade de modificação cultural e orientações vindas dos usuários (BRASIL, 2001).

O PNHAH tem como objetivo cultivar as idéias de humanização realizando diagnósticos situacionais, promovendo ações de acordo com cada local (RIOS, 2003). Pra que isso ocorra e necessário o desenvolvimento de medidas de cuidado humanizado para usuários, funcionários, chefias, colegas e pessoas que atuam na saúde, onde cada um requer formas de instrução para responsabilidade variada (BRASIL, 2002).

Salientando ainda neste capítulo que o atendimento a ser implantado na UTI Neonatal deve ser vivenciado e executado na sua totalidade, na busca de diminuir execuções exageradas, que podem implicar no bem estar do bebê levando-o a reações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais (ROLIM; CARDOS, 2006). Pois a UTIN é um ambiente tenso devido ao aparato tecnológico enquanto equipamentos de cuidados, mas sabe-se que esse aparato é importante para os pacientes que dependem para se recuperar das enfermidades e doenças que são acometidos.

E apresentar também o que pode ser feito durante o atendimento fisioterapêutico para que a humanização do atendimento seja adequada.

O segundo capítulo intitulado o Importante envolvimento da família na recuperação do recém nascido submetido a internação em uma UTI Neonatal, busca apresentar a importância que a inserção da família tem no tratamento do RN hospitalizado.

Os pais ao terem um filho hospitalizado são propensos a ter reações de desequilíbrio emocional, levando ao estresse. Pois no momento da internação os pais se desestruturam e criam pensamentos ruins no que diz respeito a situação que envolve a palavra UTI, tornando-os ansiosos e angustiados, para isso a equipe tem que oferecer um atendimento humanizado (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Para que essas experiências emocionais não ocorram é importante que os pais sejam acolhidos durante a permanência no hospital pois durante essa situação é necessário o apoio para evitar sofrimento dos pais de um bebê em UTI Neonatal (BRASIL, 2002).

Então o neonato internado em UTIN necessita de atenção e carinho, pois precisa se adaptar a esse ambiente novo e reparar as perdas do conforto uterino, para isso é necessário a estimulação dos pais a participarem do cuidado para aclamar os bebês diminuindo a angústia dos familiares, onde a relação com o neonato deve ser observado de maneira completa (SIMSEM, CROSSETTI, 2004).

Um ambiente humanizado para o RN vai favorecer os seus desenvolvimentos iniciais, proporcionando integração mãe e filho, fortalecendo o vínculo afetivo minimizando os efeitos negativos da doença e separação dos pais. O espaço humanizado permite que a família possa receber informações sobre procedimentos realizados com seu filho, as condições de estado de saúde, conversar e expressar seus sentimentos.

O terceiro capítulo intitulado Método Mãe Canguru vai abordar a criação do método, seus efeitos positivos e como ele é realizado na UTI Neonatal com o auxílio da mãe.

O Método Canguru criado em 1978 em Bogotá com base em colocar o bebê entre os seios da mãe em contato pele a pele, pois desta maneira o RN se mantém aquecido com o calor da mãe o que proporciona a ele receber uma alta mais cedo da incubadora e como consequência do hospital indo mais cedo para casa (LAMY et al, 2005).

O método tem vários benefícios tais como: Aumento do bem estar, diminui o choro do bebê, melhora o controle térmico do RN, melhora seu crescimento, aumento do vínculo da mãe e seu filho, entre outros (CALEMU, 2003).

Desta forma o MC deve ser estabelecido como estratégia que tem a humanização como tendência e o cuidado a assistência deve ser dirigido não só ao bebê, mas também a família, onde deve haver o preparo das pessoas envolvidas no cuidado que são a família, recém nascido e profissionais da saúde.

Assim este estudo visa por um referencial teórico analisar os cuidados a serem prestados ao neonato hospitalizado e a seus pais, bem como a importância do MC no cuidado humanizado em UTI Neonatal na recuperação do RN na diminuição dos fatores negativos e aumento do vínculo mãe e filho.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Analisar a importância da humanização em recém nascidos submetidos a tratamento em UTI Neonatal, abrangendo a família e a utilização do método canguru.

2.2 Objetivos específicos

- * Explicar as mudanças que ocorreram na saúde para aplicação da humanização;
- * A importância da humanização no desenvolvimento de recém nascido;
- * A importância da participação da família na humanização na UTI Neonatal;
- * Conceituar o Método Canguru;
- * Explicar a importância do Método Canguru na humanização;
- * Expor o que a fisioterapia pode fazer para diminuir os estímulos externos durante o atendimento;
- * Apresentar as posições adequadas durante a permanência do recém nascido em UTI Neonatal.
- * Apresentar os benefícios do Método Canguru.
- * Expor a influência que o ambiente tem sobre a recuperação do recém nascido.

3 METODOLOGIA

O presente estudo é explicativo e exploratório realizado a partir de uma revisão da literatura. Com fontes de livros, sites, bibliotecas de ensino superior e artigos em bancos de dados disponíveis na Internet tais como: Scielo, Bireme, Lilacs e Google Acadêmico. Com critérios de busca com palavras chaves tais como: Humanização, Assistência, UTI Neonatal, Método Canguru. Com materiais e artigos preferencialmente da data entre 2000 e 2010 com seleção de março a setembro de 2010. Este estudo iniciou-se com a avaliação e a escolha dos artigos relacionados ao tema, depois foi realizada uma leitura para a separação e após isso teve início a redação de presente estudo.

4 HUMANIZAÇÃO ENQUANTO SAÚDE PÚBLICA E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM UTI NEONATAL

O termo humanização pode ter diferentes significados, conceitos e entendimentos, mas com o passar dos anos esse conceito vem se modificando.

A relação direta com os seres humanos expõe o profissional da saúde diante de sua própria vida, saúde ou doença, conflitos e frustrações. O profissional pode tomar como forma de proteção o distanciamento, criando mecanismos rígidos de defesa que podem futuramente prejudicá-lo tanto na área profissional quanto pessoal. A exposição a dor, sofrimento, pacientes em estado terminal, o medo de cometer erros e a relação com pacientes ser complicada leva o profissional da saúde a tensões durante sua atividade profissional, assim cuidar de quem cuida é uma situação conveniente para desenvolver projetos e ações em vantagem da humanização da assistência (OLIVEIRA et al., 2006).

A humanização é um processo extenso, demorado e árduo devido as dificuldades, pois envolverá mudanças comportamentais que despertam insegurança. Os padrões conhecidos são mais seguros por isso cada profissional, equipe e instituição terão o seu processo único de humanização (MARTINS, 2001).

No ano de 2000 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o intuito de promover mudanças aos modelos de gestão e atenção no atendimento aos serviços da saúde. O programa sugeriu como um grupo de ações integradas com o objetivo de modificar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público, salientando a necessidade de uma modificação cultural no ambiente hospitalar, com orientações vindas do usuário, devido o conhecimento, levando a maior qualidade e rapidez das ações desenvolvidas (BRASIL, 2001).

A proposta da Política de Humanização segundo Santos Filho (2007) é idêntica aos princípios do Sistema Único de Saúde, objetivando a necessidade de garantia da atenção integral além de estratégias de aumentar a condição de direito e cidadania das pessoas.

Outra proposta da PNHAH é que a família seja inserida no espaço hospitalar de acordo com o cuidado público da saúde, ampliando o papel da comunidade, na

medida que ocorra mudança no arranjo de trabalho e produção de saúde, na expectativa de solidariedade e responsabilidade do grupo (BRASIL, 2008).

A perspectiva de transdisciplinaridade, segundo Brasil (2004) é propor uma atuação que leva a ampliação da garantia dos direitos e aperfeiçoamento da vida em sociedade.

A política inicia-se a partir de pensamentos e regras que buscam a reorganização dos processos de trabalho dos serviços de saúde, estabelecendo modificações nas relações sociais, que abrange trabalhadores e gestores na sua prática do dia-a-dia da organização, orientação dos serviços, modificação nas formas de criar e oferecer serviços a população, conforme estabeleceu Santos Filho (2007).

Para se pensar a humanização como política significa menos o que fazer, mas sim como fazer. Embora não seja as ações que determinam a humanização, mas sim a os princípios conceituais como base de qualquer atividade. Este é um grande desafio, pois se deve criar uma nova cultura de funcionamento da instituição do relacionamento, onde os valores da humanização se façam presente diariamente (RIOS, 2009).

A humanização quando definida como expressão da ética, a instituição necessita dirigir-se para a elaboração de estratégias que contribuam para a humanização do trabalho por intermédio de estimular a participação e a comunicação positiva com qualidade em todas as suas dimensões tais como: relação da administração com os trabalhadores, dos trabalhadores entre si, e desses com os pacientes. Para que isso ocorra e necessário incentivar as relações regularizadas na liberdade de ser, falar, discordar e propor (BACKES, LUNARD FILHO, LUNARD, 2006).

Outra principal característica é a autonomia do paciente, de modo que ele possa comunicar sobre as decisões que são tomadas sobre o tratamento a ser realizado, o ambiente que vai permanecer durante sua hospitalização, o que ira ingerir nas refeições e quando e como ira dormir (MOTA; MARTINS; VERÁS, 2006).

De acordo com Rios (2003) o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) tem como objetivo cultivar idéias de humanização, fazer diagnósticos situacionais e promover ações humanizadoras de acordo com a situação de cada local.

O programa teve como intuito instruir os profissionais da saúde a um trabalho em equipe multiprofissional, estabelecendo está para a rapidez da pratica humanizada, uma vez que a especialização e tecnificação dos comportamentos dos profissionais da saúde e as formas organizacionais que aparecem levam ao distanciamento dos profissionais diante dos usuários que estão sob sua responsabilidade como conseqüência a diminuição do vínculo nas relações, por isso a importância da capacitação para lidarem com a dimensão psicossocial dos usuários e de sua família (FORTES, 2004).

Segundo o Brasil (2002) é necessário desenvolver medidas de cuidado humanizado para usuários, funcionários e chefias, entre colegas e pessoas que atuam na mesma área onde cada um requer formas de ligação institucional com instrução e responsabilidade variada.

Em 2003 com a nova gestão do Ministério da Saúde tem inicio a proposta que difundi a humanização além do ambiente hospitalar, estabelecendo a Política Nacional de Humanização da Gestão em saúde no SUS- Humaniza SUS, sendo uma política de caráter transversal, que propõe atingir todos os níveis de atenção a saúde, compreendendo humanização como a modificação cultural dos gestores e usuários do processo de todas as ações e serviços da saúde (FORTES, 2004).



Figura 1 - Foto ilustrativa do programa humaniza SUS

Fonte: Portal da Saúde.

Segundo o documento Brasil (2004) entende-se como Política de Humanização.

- 1- Reconhecimento da política e gestão incentivando processos integrados e promotores de compromisso e responsabilização através da dimensão subjetiva e social.
- 2- A produção de saúde e produção de sujeitos deve ser estimulada com processos comprometidos.
- 3- A transdisciplinaridade e a grupalidade deve ser fortalecido como trabalho em equipe.
- 4- De acordo com as diretrizes do SUS, deve-se atuar em rede com alta conectividade de maneira cooperativa e solidária.
- 5- Utilização da informação, comunicação, educação continua e os espaços de gerência na construção da autonomia e protagonismo de sujeitos coletivos.

No sentido de alcançar em sua maior integridade, permanência e ingresso a reestruturação das praticas de saúde no Brasil a humanização tem um espaço de destaque nas atuais propostas (LENZ, et al., 2006). A humanização não deve ser compreendida como apenas um programa a ser aplicado ao serviço de saúde, mas sim como uma política que opere em toda a rede do SUS (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde no SUS - Humaniza SUS, propõe atingir todos os níveis de atenção a saúde, compreendendo humanização como modificação cultural dos gestores e usuários do processo de trabalho de todas as ações e serviços da saúde (FORTES, 2004).

Humanizar é ter conhecimento causando o bem comum acima das modificações individuais ou beneficio de um pequeno grupo (LEPARGNEUR, 2003)

Para Pessini (2002) é conveniente e possível que aja a presença solidária do profissional que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade através da compreensão e olhar sensível para assim ser constituído a humanização.

A humanização propõe um tratamento como a pessoa humana merece dentro das circunstâncias que se encontra em cada momento no hospital, sendo assim não é considerada como uma técnica ou artifício é um processo onde todas as pessoas que vivem ao redor do paciente são envolvidas (LIMA, 2004).

O atendimento em a ser implantado na UTI Neonatal (UTIN) precisa ser executado e vivenciado na sua totalidade, na busca de diminuir execuções exageradas que podem implicar no bem-estar do bebê levando a reações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais (ROLIM; CARDOSO, 2006)

A UTI Neonatal é um local que enfatiza recursos materiais e tecnológicos, contribuindo para comportamentos automatizados nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive situações contínuas de emergências pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço desviando o foco da atenção que deveria estar no paciente (BAUK, 1985).

Por isso o trabalho mecanizado deve ser uma preocupação de toda a equipe de trabalho em UTI Neonatal, visto que é um local que contém recursos tecnológicos e materiais, assim neste local deve haver diálogo e reflexão mesmo em situações de emergência, pois humanizar e ter amor e respeito com o paciente.

A UTI Neonatal é um ambiente hospitalar, onde técnicas e procedimentos artificiais que são propícios a condições que levam a reversão dos problemas que colocam em perigo a vida dos bebês (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A equipe que trabalha na UTIN é exposta no cotidiano com questões que envolvem morte, podendo assim causar trabalho não adequado, estresse e sofrimento psíquico devido à criação de mecanismos de resistência para evitar o confronto gerado pelo sofrimento do paciente. Esse sofrimento pode ser causado pela forma que está organizada o trabalho com jornadas longas, ritmo acelerado, falta de descanso durante o dia, jornada dupla de serviço, muita responsabilidade na realização de tarefas. O convívio com esse tipo de situação pode levar a sentimentos de frustrações, estresse, insegurança, insatisfação com o trabalho levando a sintomas de depressão (OLIVEIRA, 2006).

Os profissionais da saúde também se deparam com fontes de gratificação e de estresse. Gratificação como, por exemplo, diagnosticar e tratar corretamente, curar, instruir, orientar, ensinar se sentir competente e receber reconhecimento. São fatores estressantes: o contato freqüente com dor e o sofrimento, lidar com as probabilidades e expectativas dos pacientes e familiares, atender pacientes que não aceitam o tratamento como aqueles que são agressivos, depressivos ou destrutivos e lidar com limitações do seu conhecimento científico (DIAS, 2009).

A humanização hospitalar tem como idéia de saúde o bem-estar do indivíduo, da pessoa doente onde é observado em todas as extensões, físico, mental, social e espiritual, assim para que tudo isso dê certo é necessário que o trabalho seja de toda a equipe, envolvendo profissionais e voluntários que devem ter compromisso com dignidade e promoção de seu bem-estar integral (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

É prioridade saber e dar atenção à comunicação verbal e não verbal demonstrada pelo bebê e pelos profissionais durante o programa de cuidado. A criança recebe influência do meio ambiente, das pessoas, gestos, sons e movimentos sendo de grande valor os desempenhos afetivos, cognitivos, psicológicos e sociais através de estímulos (CARDOSO, 2001).

As ações humanizadas devem ser dirigidas ao bebê e a família, como forma de demonstrar uma tentativa dos mesmos em modificar a maneira do cuidado, onde se devem ser discutidas ações coletivas e abrangentes, respeitando os direitos do pai e da mãe e de cada família que tem um filho internado em UTI Neonatal (OLIVEIRA et al., 2006).

Enfim, humanização pode ser explicada como a procura do bem-estar físico, psíquico e espiritual do paciente, família e equipe esclarecendo assim a importância da mesma durante seu período de internação (BOLELA, 2006).

5 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA RECUPERAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO À INTERNAÇÃO EM UMA UTI NEONATAL

O nascimento de um bebê é desejado pelos pais durante toda a gestação é um momento de muitas transformações e realizações. Com as manifestações iniciais do bebê no útero da mãe, ela começa a imaginar como ele será concedendo a ele características pessoais que a partir desse momento desperta sentimento de afeição que terá predomínio por toda a vida da criança (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A espera do filho os pais criam a expectativa da sua chegada na idade gestacional normal e por um bebê saudável e perfeito. Acreditam que em pouco tempo estarão em casa e que poderão cuidar do bebê, pegar no colo, cumprir o papel de pais. Se o bebê é de alto risco tudo que imaginaram passa a acontecer de maneira diferente, no seu nascimento a separação brusca dos seus pais e a internação em uma UTI neonatal causa uma série de sentimentos e emoções que podem dificultar a aproximação entre os pais e o neonato e conseqüentemente a formação do vínculo – afetivo. A ansiedade gerada leva a modificação comportamental nos pais, propiciando ao desespero e lesando a ligação afetiva com o filho (BRASIL, 2002).

A notícia da chegada de um bebê determina mudanças importantes nos diferentes membros da família, surgem esperanças, projetos e planos juntamente com exigências e tarefas que cada um terá de cumprir, levando a reorganização da família. Sendo cada tarefa de especialidade diferente, pois todo bebê necessita de reconhecimento na família logo que nasce (BRASIL, 2009).

O ambiente intra-uterino é o ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, tanto pelo clima agradável, permanente, suave e com certo conforto onde é retido e amenizado o som extra-uterino, mas o ambiente da UTI propicia ao neonato uma experiência diferente (SIMSEM, CROSSETTI, 2004). Com o nascimento do bebê, os pais normalmente não têm oportunidade tocar, ver e cuidar do bebê. Neste caso a equipe tem um papel muito importante, que é o de facilitar que os pais vejam e toquem seu bebê logo após o nascimento, se caso as condições de saúde do bebê permitir (BRASIL, 2009).

A separação do bebê de seus pais logo após o nascimento devido a uma patologia gera respostas diferentes e imprevisíveis especialmente quando o bebê é internado em uma UTIN. Essa experiência representa aos pais um momento de discórdia em suas vidas causando modificações no cotidiano propiciando sentimentos de aflição, incerteza, medo do prognóstico e dificuldade na aceitação da separação e da situação do filho (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).



FIGURA 2 Imagem ilustrativa da separação da mãe e RN

Fonte: Hospital Geral de Guarulhos - ISCMSP

Com essa separação brusca da mãe, o bebê é privado de tudo aquilo que um bebê sem problemas recebe ao nascer no que se refere a cuidados parenterais. Ao invés de cuidados da mãe e do pai ele necessita de procedimentos invasivos, ele sente odores dos tecidos da incubadora, sente que não é o mesmo que o corpo da mãe, não sente o calor, sente odores fortes de substâncias utilizadas nos procedimentos que são necessários, tais como o de álcool e sabão líquido (BRASIL, 2009).

A internação em UTI neonatal é uma situação de crise para toda a família especialmente para a mãe, esse é um ambiente anormal e assustador, além disso, o bebê real é diferente do imaginado e o sentimento de culpa pelos problemas que o

filho apresenta causa distanciamento do contato espontâneo entre os pais e bebês. Nesse caso o acolhimento dos pais tem um desempenho importante para que as experiências emocionais sejam melhores compreendidas e o sofrimento dos pais diminuídos nesse período, onde o acolhimento é entendido com a chegada e atendimento aos membros da família do bebê, procurando integrá-los ao ambiente (GAIVA, SCOCHI, 2005).

Devido a essa internação os pais e o bebê podem ter um desequilíbrio emocional, levando a uma situação de estresse. No instante da internação os pais se desestruturam e criam pensamentos ruins no que diz respeito a situação que envolve a palavra UTI acarretando em uma alteração emocional, tornando-os ansiosos e angustiados. Essa alteração emocional leva a discórdia, ansiedade e aumenta a sensação de culpa levando a dificuldade e entendimento sobre a importância de que eles estejam presentes durante o processo de internação. Então é importante que a equipe que trabalha na UTI considerem esse sentimento de mudanças nas diárias de humanização a assistência pois os pais ficam apreensivos quanto a resistência ou sobrevivência do bebê durante a hospitalização (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Para que as experiências emocionais ocorram enquanto o bebê permanece no hospital é importante que o acolhimento seja oferecido para seus pais e familiar, pois nessa situação particular e inusitada precisão de apoio isso tudo para evitar o sofrimento aos pais que tem um bebê hospitalizado (BRASIL, 2002).

O neonato ao internar em uma UTIN necessita de muita atenção e carinho, pois precisa se adaptar a esse ambiente novo e reparar as perdas do conforto uterino para isso os pais tem que serem estimulados a participar do cuidado para acalmar os bebês, diminuindo a angustia dos familiares através do cuidado específico, assim quando o envolvimento na relação do cuidado o neonato é observado de maneira completa onde a necessidade de atenção e cuidado é estendido à família (SIMSEM, CROSSETTI, 2004).

As primeiras relações do bebê com seus pais são tidas como o primeiro tipo de todas as relações futuras, devendo ser reconhecidas pelos profissionais buscando relacionamento exclusivo que seria um vínculo afetivo entre duas pessoas. É de responsabilidade da equipe apoiar e promover condições para que os pais possam ver e tocar seu bebê favorecendo a um ambiente acolhedor (BRASIL, 2002).

As mudanças na maneira de percepção do bebê e de sua família devem estar presentes através de uma nova postura dos profissionais do cuidado na UTIN, devido à sensibilização dos participantes (ROLIM, CARDODO, 2006).

Segundo Brasil (2002) o neonato ao ser exposto a dor e ao estresse prolongado faz uso de defesas, expressas desde o choro silencioso que pode levar a prejudicar seu desenvolvimento. Se o bebê é exposto a uma estimulação inadequada leva-o a defender-se, já uma estimulação adequada o levará a reagir de maneira positiva e a busca de contato e aproximação.

O cuidado humanizado abrange cuidado profissional e cuidado expressivo, onde o primeiro é o cuidado relacionado ao ambiente e a segurança dos comportamentos técnicos realizados já o expressivo seria o atendimento ao neonato em um ser como o todo, respeitando como um ser que tem necessidades de acordo com sua situação. O cuidado expressivo tem como condutas: carinho, afeto e amorosidade, tendo como objetivo de refletir e integrar as condutas ao modo de cuidar (SIMSEM, CROSSETTI, 2004).

A humanização da assistência ao recém-nascido é de extrema importância estar atento para que não ocorram traumas como seqüelas físicas e emocionais tanto para mãe, filho e família. Desde a concepção, parto e nascimento existem fatores ambientais que são conseqüentes quanto para o crescimento e desenvolvimento do RN (SILVA, CHRISTOFFEL, SOUZA, 2005).

De acordo com Gomes e Erdmann (2005) o cuidado e a interação com a família do paciente têm que ser de igual para igual, de forma mais global possível: de maneira a ouvir, perceber os problemas, suas perspectivas, respeitando suas necessidades, propondo a ela possíveis soluções de seus problemas.

Os pais sabem que a UTIN é um ambiente de esperança e medo, esperança, pois sabem que é um local que propicia a recuperação do seu filho, aumentando suas chances de sobrevivência. Medo, pois sabem que é um local com riscos e também pelo sentimento de frustração por não poderem estar juntos ao bebê e preparados para está separação (REICHERT, LINS, COLLET, 2007).

Com a hospitalização de um recém-nascido em uma UTIN, a família cria um devido receio, medo, preocupação, pois essa unidade na maioria das vezes para pessoas leigas quer dizer morte, mas com o passar dos dias os pais vão percebendo que o filho teve uma melhora significativa modificando o sentimento de medo para esperança e segurança (MOLINA et al 2009).

Os pais têm suas atividades pausadas tanto atividades normais quanto com parentes. O estresse aumenta ainda mais quando recebem a informação incompleta sobre o estado de saúde de seu filho causando conflito quando é de árdua compreensão (REICHERT, LINS, COLLET, 2007).

Segundo Brasil (2002) a equipe de saúde deve minimizar ao máximo a separação entre pais e filho, favorecendo a formação e fortalecimento do vínculo afetivo. É importante que exista um ambiente acolhedor para a família, para que os pais sejam estimulados a comunicarem-se como bebê, a tocarem seu filho se as condições de saúde dele assim permitir.

Um dos principais papéis da equipe é a redução da ansiedade e medo dos pais, para isso os profissionais que recebem a família deve expor condições de bem estar respondendo as preocupações dos pais, demonstrando de maneira clara o estado de saúde, tratamento e equipamentos utilizados pelo bebê, estabelecendo como prioridade a criança ao invés da doença e equipamentos (GAIVA, SCOCHI, 2005).

A criança se sente protegida, cuidada, alegre, tranqüila, confiante, amada e amparada torna-se mais forte para defrontar a doença e a internação, com isso os pais percebem que a presença deles propicia ao bem estar da criança e também segurança para eles, pois eles têm a chance de acompanhar o cuidado que é oferecido ao seu filho durante sua presença na UTIN, o que lhe era permitido reconhecer que estava sendo realizado o possível para melhora da criança, além de minimizar a culpa que os pais sentiam pelo adoecimento do filho (MOLINA, et al, 2009).

O fato dos neonatos serem mais frágeis guia para a necessidade de habilidades e aptidão específica para cuidar. Dentre essas se destaca a sensibilidade do cuidador, uma característica pela razão dessa manifesta a capacidade de ver não somente o que os olhos vêem, mas ver o que o coração tem a capacidade de sentir (SIMSEM, CROSSETTI, 2004).

O cuidado a um bebê em UTINs, é oferecido manuseios de rotina que são realizados de acordo com planejamento, o cuidado deve ser realizado de maneira já conhecida, onde deve-se ser levado em conta sinais e respostas que cada bebê apresenta. É necessária uma observação preliminar, analisar se a de fato a necessidade do procedimento, onde a realização deve ser no momento mais adequado e com variação de acordo com suas respostas. Após o final dos cuidados

o bebê está tranquilo e arranjado. Por isso a característica principal do cuidar está em observar os sinais que ele apresenta, podendo ser de aproximação ou de afastamento (estresse) de acordo com o estímulo que lhe foi passado (BRASIL, 2009).

O cuidado está voltado a ações para o respeito individualizado permitindo a segurança do RN e o acolhimento do bebê e sua família como principal conduta o desenvolvimento e psiquismo buscando a facilitação do vínculo pais-bebê durante a permanência no hospital e após a alta (REICHERT, LINS, COLLET, 2007).

Muitas vezes a atenção que os pais recebem é limitado somente a informação sobre rotina hospitalar e situação do bebê levando a não preocupação aos aspectos emocionais dos familiares na maioria das vezes (NASCIMENTO, 2000).

A assistência prestada a família e ao bebê implica em oferecer um cuidado de maneira integral e singular para ambos, de acordo com suas crenças. De modo a levar ao reconhecimento que um bebê não consegue viver sozinho, ele é cuidado por sua mãe, seu pai, seus irmãos, e seu avós de acordo com sua história familiar. Tudo isso ocorre de maneira que os laços familiares sejam preservados, para que seja oferecido um atendimento humanizado de maneira a cuidar e prevenir a saúde de todos os integrantes da família, um espaço saudável capaz de colaborar o seu desenvolvimento deve ser elaborado (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Os pais e a mãe devem receber um suporte adequado da equipe de saúde para que o vínculo entre eles seja preservado e que o contato com seu filho seja o melhor possível e que possam obter informações apropriadas da atenção que é dada ao seu filho (DIAS, 2009).

Com tudo isso os pais se sentem mais tranquilos quando podem permanecer junto ao seu filho, pois compreendem que sua presença, apoio e carinho são importantes para a recuperação da criança, por isso mesmo estando mal acomodados pela falta de estrutura física que realmente idealizam é a permanência junto ao filho podendo assim observar, auxiliar e participar do cuidado o que lhe propicia segurança e confiança no tratamento (MOLINA, et al, 2009).

Para que a participação dos pais seja eficaz é necessário que os pais tenham um local que possam relatar as dificuldades diante da fragilidade do seu filho, com isso a equipe pode ser qualificada e preparada para identificar e atuar nas necessidades, garantindo assim que o vínculo dos pais com o filho tenha seu distanciamento o mais breve possível durante a hospitalização (DIAS, 2009).

6 O METODO MÃE CANGURU

O Método Mãe Canguru (MMC) foi criado em 1978 pelo Dr. Edgar Rey Sanabria, no Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá, na Colômbia. O método tinha como base colocar o bebê entre os seios da mãe, em contato pele a pele em posição supina (postura que evita o refluxo gastroesofágico e aspiração pulmonar). Desta maneira eles ficavam aquecidos com o calor de sua própria mãe, assim os bebês poderiam sair mais cedo da incubadora e como consequência ir mais cedo para casa diminuindo um problema muito comum na época, as infecções e superlotação (LAMY et al., 2005).

O número elevado de neonatos de baixo peso ao nascer (peso inferior a 2500g) constitui um problema importante de saúde por representar um alto índice de morbidade neonatal além de graves consequências tanto sociais como médicas (BRASIL, 2009).

No Brasil, foi inserido o Método Canguru (MC) no início da década de 90, com o intuito de provocar um contato precoce da mãe e o filho, uma maneira melhor de utilizar os leitos neonatais, que muitas vezes eram raros em diversas regiões do país e com possibilidade de alta hospitalar precoce. Em 2000 com o lançamento do Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento o Ministério da Saúde estabelece normas para a implantação do método pela portaria nº 693 de 5 de julho de 2000 (CAETANO, SCOCHI, ANGELO, 2005).

De acordo com os avanços tecnológicos de diagnóstico e manuseio do recém nascido enfermo, principalmente os de baixo peso, que melhoraram de forma extraordinária as chances de sobrevivência desse grupo, o desenvolvimento correto dessas crianças e estabelecido pelo equilíbrio do atendimento das necessidades biológicas, ambientais e familiares, de maneira a cumprir e estabelecer de forma contínua da abordagem de técnicas e de posturas que tenham como resultando mudança ambientais e comportamentais capazes de promover a humanização do atendimento (Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000).

De acordo com Calameo (2003) o Método Mãe-Canguru conhecido também como pele a pele se mostrou mais benéfico quando comparado com o atendimento convencional por aumentar o bem estar, diminuindo o choro do bebê, melhora do

controle térmico de recém nascido (RN), melhora do seu crescimento, incentiva e aumenta a duração da amamentação, facilita o vínculo entre mãe e seu filho, melhora o convívio da família com a equipe de saúde, aumento da confiança dos pais no cuidado e manuseio do filho, diminui infecção hospitalar, diminui mortalidade e morbidade intra-hospitalar, aumenta a mudança de pacientes dos leitos da UTI Neonatal além de economia. Esses benefícios citados ultrapassam a saúde do bebê, engloba suas famílias e instituições especializadas no atendimento intensivo.

A população a ser atendida inclui gestantes de risco que podem ter crianças de baixo peso, recém nascidos de baixo peso, mãe, pai e família de recém nascido de baixo peso (BRASIL, 2000).A aplicação do método é desenvolvida em três etapas de acordo com Brasil (2009):

1ª Etapa: Período que tem início antes do nascimento do recém nascido de risco (Pré-natal) e durante a internação em UTI Neonatal onde nesta etapa devem-se seguir os seguintes procedimentos:

- Acolher os pais e a família na Unidade neonatal;
- Explicar as condições de saúde que o RN se encontra, os procedimentos, a equipe, as rotinas e como é o funcionamento da UTI Neonatal;
- Estimular o acesso antecipado dos pais a UTI Neonatal sem restrição de horários;
- Estimular a participação do pai em todas as atividades na Unidade neonatal;
- Garantir atuação dos pais e da família para propiciar ao RN bem estar;
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais na unidade tais como odores, ruídos e luzes;
- Estabelecer o cuidado de acordo com a situação individual de cada bebê;
- Garantir ao bebê padrões de proteção ao estresse e a dor;
- Utilizar de posicionamentos que sejam adequados ao bebê, oferecendo maior conforto, organização e melhor desempenho no sono, favorecendo assim ao seu desenvolvimento;
- E assegurar a mãe a permanência durante a primeira etapa.

2ª Etapa: O bebê permanece o maior tempo possível em posição canguru e de maneira contínua com a presença de sua mãe. Esse período ocorre na pré-alta hospitalar.

Para que essa etapa possa ser realizada é necessário que o bebê esteja em estabilidade clínica com peso mínimo de 1.250g.

Já a mãe é necessário que tenha o desejo de participar, dedicar-se em tempo e disponibilidade da rede de família e de apoio, capacidade de observar os sinais de estresse e estado de risco do recém nascido, opiniões da mãe, família e profissionais da saúde e que a mãe tenha conhecimento e habilidades de posicionar o bebê em posição canguru.

Os procedimentos realizados são os seguintes:

- Permitir que a mãe se afaste de acordo com suas necessidades;
- Observar o desenvolvimento e ganho de peso dia-a-dia do bebê;
- Os cuidados são assumidos totalmente pela mãe.

E para que o bebê seja transferido para terceira etapa é necessário:

- Que a mãe esteja psicologicamente motivada, bem guiada e que a família esteja consciente quanto ao cuidado domiciliar do bebê;
- Compromisso da família em realizar o método canguru por um longo período de tempo;
- Peso mínimo do bebê de 1.600g;
- Ganho de peso nos três dias que antecedem a alta;
- E garantir atendimento na unidade hospitalar de origem em qualquer momento;
- A amamentação é exclusiva ao peito, onde em situações especiais a família tem toda autonomia de realizar a complementação.

3ª Etapa: O acompanhamento é oferecido a criança e a família tanto em ambiente hospitalar quanto em domicílio até que o bebê atinja o peso de 2.500g.

O ambulatório deve oferecer:

- Avaliação do equilíbrio psicoafetivo da criança com a mãe, e propiciar devidos cuidados necessários;
- Realizar exames físicos na criança observando o seu desenvolvimento, ganho de peso, altura e perímetro encefálico;
- Atuação em situações de risco no caso de baixo ganho de peso, infecções e refluxos gastroesofágicos;

- Dirigir e acompanhar se necessário para tratamentos especializados;
- O tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar;
- O tempo de permanência na posição canguru é indicado para cada bebê.

O método canguru é estabelecido por um profundo respeito aos processos naturais de acordo com a capacidade da mãe, o bebê permanece na posição canguru por tempo necessário e que seja possível para mãe e filho (BRASIL, 2001).

O recém nascido é colocado rigorosamente em posição vertical ou diagonal elevado, entre as mamas, no seio. Quando colocado na posição vertical, de frente para a mãe, com a cabeça lateralizada, membros superiores flexionados, aduzidos com cotovelos próximos ao tronco e membros inferiores flexionados e aduzidos, envolver a mãe e o bebê com uma faixa de algodão que dar para ser moldada para oferecer segurança para os dois (BRASIL, 2009).



Figura 3- O método canguru.

Fonte: Revista Época

Deve-se realizar alguns manuseios durante a posição tais como: Mudar a posição da cabeça de uma lado para o outro, impedir a hiperextensão da cabeça, evitar abdução exagerada do quadril e extensão das pernas(BRASIL, 2009).

Um dos grandes benefícios do MMC é a participação efetiva da família no cuidado desses bebês, desde os primeiros dias de vida, o que favorece a elevação da autoconfiança das mães, que contribui para uma melhor qualidade de vida dessas crianças no futuro. Mas levando em conta a autoridade dos serviços públicos com as classes sociais mais populares, nunca é demais despertar para o cuidado, mas não a substituição das iniciativas da família, mas sim progredir para o sentido do seu fortalecimento (TOMA, 2003).

Para que ocorra o desenvolvimento adequado é necessário que a família assuma e ponha em prática o papel de protagonista, com intuito de minimizar as possibilidades de falha, tendo como base a educação e a saúde, contando com o envolvimento da família, ou seja, trabalhar para que ocorra a interação da equipe e família a fim de garantir paciência à mãe para que se sinta segura no cuidado (ARAUJO et al., 2010).

De acordo com Cruvinel e Macedo (2007) as mães após a aplicação do MMC relatam até uma melhora do estado de humor, pois relatam se sentir mais calmas, rápidas, fortes, dinâmicas, contentes, seguras, sagaz, relaxadas, atentas, competentes, alegres, amigáveis, felizes e com idéias claras. As mudanças de humor são atribuídas a três fatores: sensação prazerosa vinda do posicionamento do bebê e do contato pele a pele, conscientização da mãe quanto a importância do MMC para o bebê e contato dos profissionais da saúde durante o posicionamento e retirada do bebê.

A proximidade que o Método Canguru oferece as mães é observada como uma sensação de conforto para elas, pois antes eram privadas de tão prazeroso contato. O sentimento de culpa que algumas mães apresentavam com o tempo desaparece por ela estar próxima do filho, se sentindo mais tranqüila devido a isso (CAMPOS et al., 2008).

Os benefícios e a importância da presença dos pais durante a internação do bebê é inquestionável, portanto é importante a observação em um mesmo contexto, onde os estímulos que são dados para a mãe no cuidado com o bebê, e em procedimentos que são permitidos a participação da mãe (HENNIG; GOMES, GIANINI, 2006).

Mas nem sempre isso acontece, Martins, Santos (2008) relatam que a ausência materna no domicílio modificou o dinamismo familiar, tanto em desempenho social como na relação afetiva. Devido a internação do filho a família pode se desorganizar, isso ocorre pela mãe deixar suas atividades domésticas para persistir ao lado do RN, o que interfere no cuidado a outras pessoas da família.

O Método Canguru não substitui as condutas ou tratamentos terapêuticos, pois todo problema de saúde necessita de um preciso diagnóstico e de um adequado tratamento. Mas com tudo o método é um processo de recuperação da saúde e propicia na melhora da qualidade de vida, pela consciência que as pessoas adquirem com a participação no Método Canguru, mas acima de tudo é um método de caráter preventivo, que visa restaurar as forças vitais das pessoas, com a procura do equilíbrio e a harmonia do físico, emocional, mental, espiritual e o estímulo a um novo pensamento sobre a vida familiar (BRASIL, 2001).

6.1 Fisioterapia

Durante a permanência do RN em UTI Neonatal, é necessário um ambiente adequado, familiarizado e de maneira que a quantidade e a intensidade de ruídos e luz sejam diminuídos. Para ocorrer à familiarização é necessário tornar o ambiente mais humanizado possível retirando a imagem que o hospital demonstra para os pais e o recém nascido, tornando o ambiente menos assustador (ZACONETA et al, 2002).

As intervenções precoces dos fisioterapeutas só devem ser iniciadas quando os excessos de estímulos externos forem eliminados, pois uma grande quantidade de estímulos pode levar ao agravamento do quadro do RN. Onde na UTIN a intervenção tem como finalidade a avaliação, posicionamento corporal, entre outras. Durante a intervenção o fisioterapeuta deve ter conhecimento qual o tipo de tônus, qual a maturidade, seu temperamento, seus padrões de movimento e se o RN está estressado (VALLE, 2005).



Figura 4: Imagem ilustrativa de um RNPT sendo tocado pelo fisioterapeuta

Fonte: Hospital Geral de Guarulhos – ISCMSP

Durante a intervenção o Fisioterapeuta deve conhecer o bebê, seu tônus, seu temperamento, sua maturidade, deve-se oferecer ao RN um estímulo de cada vez, pois o neonato não é capaz de processar múltiplas ações e movimentos, o que pode levá-lo ao estresse (ZACONETA et al, 2002).

Podem ser realizadas massagens em torno do corpo do bebê, o estímulo tátil acalma, facilita e organiza o sistema motor. O balanço e o rolar estimulam as funções de amadurecimento, tais como o controle de cabeça e tronco (VALLE, 2005).

O posicionamento adequado do recém nascido propicia na melhora do quadro clínico e proporciona estímulos adequados para o correto desenvolvimento motor. Para isso deve-se posicionar o RN de forma adequada com a utilização de cobertores ou rolo de fraudas ao redor do corpo, para que tenha a manutenção do tônus muscular, diminuindo contraturas e deformidades e levando a facilitação de movimentos normais, oferecendo ao RN bem-estar e segurança (ZACONETA et al, 2002).

6.2 Cuidados com a postura

Esse cuidado quer dizer em manter o conforto através de uma postura que tenha funcionalidade, com isso o bebê consegue dormir quando quiser, que

expresse suas necessidades e que possa interagir com seus cuidadores. A alternância das posturas pode propiciar para o formato mais adequado da cabeça (arredondamento), por isso de maneira adequada permite um melhor controle muscular evitando padrões motores anormais (BRASIL, 2009).

A mudança de posição deve ser realizada a cada três horas, para ser evitado o surgimento de úlceras de decúbito, deformidades na cabeça, levando a uma maior desenvolvimento psicomotor e neurossensorial (ZACONETA et al, 2002).

O manual técnico do Método Canguru (2009) estabeleceu características das diferentes posturas utilizadas na Unidade Neonatal.

6.2.1 Supino

É mais utilizada, pois facilita os cuidados e a visualização. Essa posição promove simetria e movimentos de flexão atigravitacionais, mas também apresenta desvantagens tais como o aumento da incidência de apnéia. É a principal postura para prevenção de morte súbita, devendo ser utilizada bem antes que o bebê receba alta e principalmente indicada para uso em casa.



Figura 5- Posicionamento do recém nascido em supino

Fonte: Tratado de Enfermagem Pediátrica e Neonatal Terapia Intensiva

6.2.2 Prono

É uma das posturas mais utilizadas recentemente, pois propicia a um bom apoio abdominal, de maneira que distende e tenciona o diafragma, melhorando assim a expansão torácica e o sincronismo da respiração, há ainda a diminuição do gasto energético, com aumento do tempo de sono diminuindo assim o choro e o estresse. Promove também a utilização dos músculos extensores da cabeça, favorece o esvaziamento gástrico, previne posturas assimétricas de tronco, deformidades de crânio e até assimétrica da marcha.



Figura 6- Posicionamento do recém nascido em Prono

Fonte: Tratado de Enfermagem Pediátrica e Neonatal Terapia Intensiva

6.2.3 Lateral

Essa postura tem sido cada vez mais utilizada, pois propicia o bebê a realizar movimentos contra a gravidade e como consequência leva ao desenvolvimento do tônus postural com simetria e maior flexão. Ainda melhora a posição dos membros inferiores e facilita a orientação da mão na boca, levando o bebê a menos

comportamentos de estresse. Para que ela ocorra é necessário que ela dependa de rolinhos.

O decúbito lateral direito tem como vantagem de esvaziamento gástrico e a decúbito lateral esquerda a redução dos episódios de refluxo gastroesofágico.



Figura 7 - Imagem ilustrativa do posicionamento lateral de bebê.

Fonte: Tratado de Enfermagem Pediátrica e Neonatal Terapia Intensiva

6.2.4 Enrolamento

As extremidades têm que estar em flexão, mais próximas a boca, o que propicia a melhora do tônus muscular e melhora das respostas comportamentais e de postura.

Esse tipo de posição não deve ser usado em neonato com risco de luxação de quadril e o tecido deve ser firme para evitar seu deslocamento e causar sufocamento do bebê. Durante essa posição deve-se estimular a oportunidade de pegar e segurar, a roupa, o rosto e o dedo do cuidador o que favorece a organização do bebê.



Figura 8 - Posição de enrolamento

Fonte: Tratado de neonatologia e pediatria, e Hospital Geral de Guarulhos - ISCMSP.

O ambiente físico é muito importante durante a hospitalização do recém nascido, onde nunca deve ser desvalorizado, pois pode causar um grande estresse. Se caso as condições do ambiente seja inadequado pode causar alteração no estado fisiológico e comportamental do bebê. Devido a isso é necessário promover um ambiente adequado, de maneira que seja diminuído a quantidade e intensidade de estímulos nocivos tais como ruídos e luz (ZACONETA, et al, 2002).

No ambiente que o recém nascido está localizado ele passa a ser manuseado, para cuidados de rotina quanto para procedimentos intrusivos e até dolorosos, muitas vezes sem o devido cuidado para evitar o estresse e dor (BRASIL, 2009).

Segundo Ribeiro, Jatobá (2010) para que o RN tenha mais conforto, privacidade, e segurança devem ser criados recursos básicos no ambiente. Tais como: A cor: deve ser de tons claros de maneira que transmita tranquilidade, harmonia, paz e um aspecto de limpeza.

A luz: deve ser a luz natural para dar noção de tempo e espaço.

A temperatura: manter uma temperatura agradável.

Ruídos: os itens que causam maior impacto sonoro são os aparelhos que ficam desregulados como, por exemplo, os ventiladores, telefones, fax, impressora, conversa paralela e barulhos de sapatos.

Infra-estrutura: o piso deve ser emborrachado, o teto, a parede e as janelas devem ter acústicas adequadas.

Equipamentos: os alarmes devem ser ajustados, de maneira que haja a diminuição do volume das campainhas e telefones.

Pessoal: a equipe deve ser monitorada e instruída a controlar o tom de voz e solicitar o uso de sapatos adequados com presença de solado de borracha.

Boxe individual: é orientado que todo paciente tenha um boxe individualizado propiciando a ele privacidade. Quando não for possível dispor de divisórias para cada paciente.

A iluminação que o recém nascido se depara após sair do ambiente uterino pode causar lesões por isso a incubadora deve ser posicionada de maneira que seja evitado o excesso de iluminação, se necessário usar cortinas para diminuir a intensidade de luz presente na unidade. Mas o rosto do neonato deve estar à vista da equipe. Quando o bebê já estiver estabilizado pode ser utilizada iluminação individual (ZACONETA et al. 2002).

De acordo com Sousa; Silva; Araujo (2008) o recém nascido pré termo tem que ser mantido em posição fetal, o banho dele deve ser somente a uma vez por semana, onde nos outros dias a limpeza deve ser feita com água morna, limpando as partes íntimas, a manipulação deve ser realizada de 3 em 3 horas, reduzir a luz do ambiente, manter a incubadora com um pano que isole a luz, evitar fazer o uso de aspiração endotraqueal, realizá-la só quando necessário, não colocar ou bater objetos sobre a incubadora, procurar falar baixo e atender rapidamente quando alarmes disparam, instruir a todos e respeitar a hora do descanso, os procedimentos devem ser realizados em grupo e mais breve possível.

O uso do adesivo deve ser ao mínimo possível, este é um dos principais métodos que lesão a pele do RN, ele é muito agressivo a longo tempo, por isso deve ser limitado o uso, quando usado utilizar o uso de velcro e espumas, usar esparadrapos indicados para pele sensível, de quantidade mínima para garantir o acesso venoso, em fixações a longo prazo deve utilizar fitas semipermeáveis, para a retirada o adesivo é retirado paralelamente a pele, com uso de uma gaze úmida e água (VIDEIRA, FERNADEZ, 2007).

O banho se ocorrer todos os dias pode levar o RN a instabilidade dos sinais vitais e temperatura além de secura da pele. O primeiro banho do bebê deve ser realizado após a estabilidade da temperatura do bebê, na primeira semana é

recomendado apenas toques suaves e água destilada morna e gaze estéril e suave (VIDEIRA, FERNANDEZ, 2007).

De acordo com Fernandez e Ortega (2007) antes de pequenos procedimentos, pode ser mantida uma chupeta com água açucarada na boca da criança durante os procedimentos dolorosos, para que diminua o tempo de choro, atenua na mímica facial de dor e reduz respostas fisiológicas a dor.

Então se deve valorizar o que é feito mas também como é feito, assim o tratamento é consistido em restabelecer a saúde dos bebês, de maneira que os cuidados sejam suaves e permanentes, não levando o bebê ao estresse e reações negativas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou concluir que a humanização dentro do contexto da saúde implica na transformação do próprio profissional da saúde, que como consequência modifica o atendimento a ser prestado aos pacientes e a sua família, onde a implementação da humanização tem que ser baseada na ética e respeito ao RN, independentemente da sua patologia.

A humanização deve ter início antes do nascimento do RN, para que ações sejam tomadas para evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê. A atenção ao recém nascido deve ter como característica a segurança da atuação técnica do profissional da saúde, condições adequadas do hospital, juntamente com a suavidade do toque durante a realização de procedimentos que são necessários para melhora do seu estado de saúde. Onde um dos principais enfoques que devem ser observados é o conhecimento sobre o psiquismo do bebê, seja de sua vida intra e extra-uterina, da mãe, do pai e de toda a família que está envolta do recém nascido.

Pode-se concluir que a humanização dentro da UTIN é de extrema importância para o desenvolvimento no RN, onde foram identificadas várias situações que podem causar estresse para o recém nascido, como a separação da mãe, odores, procedimentos invasivos, onde tudo isso causa e gera desconforto para o recém nascido.

Assim a interação com a equipe é necessária, pois a família com a hospitalização do RN pode estar passando por problemas econômicos, emocionais, precisando de orientações e auxílio, sendo os profissionais da saúde os grandes responsáveis em explicar a família os procedimentos que são necessários para que o bebê receba alta o quanto antes da UTI Neonatal.

Percebe-se que os pais se sentem mais tranquilos quando podem permanecer junto ao seu filho, pois percebem que sua presença, seu apoio, carinho são importantes para recuperação do bebê, devido a permanência os pais criam confiança no tratamento e na equipe que atende seu filho.

Uma das ações humanizadoras na UTI Neonatal é o Método Canguru, o que possibilita ao recém nascido que quando ele receba alta da incubadora ele possa

ser mantido em contato pele-a-pele com a mãe o que trás vários benefícios a ele. Portanto cabe aos profissionais da saúde aliar a tecnologia, junto com todos os sentimentos da mãe, permitindo que o recém nascido desfrute de cuidados especializados de forma humana propiciando a qualidade de vida.

Nesta revisão foram identificadas poucas obras na literatura no que diz respeito a ações humanizadoras durante o atendimento fisioterapeutico, onde uma das ações é o posicionamento adequado, o que se sugere é que os atendimentos sejam baseados nas características de formas de humanização gerando o mínimo de estresse e desconforto possível para o recém nascido, e que estudos sobre a humanização na UTIN sejam mais discutidos e que trabalhos sejam realizados nesta área.

Referência

ARAUJO, C. L. et al. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 301-307. jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a35v15n1.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2010.

BACKES, D.S; LUNARD FILHO, W.D; LUNARD, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, v. 40, n. 2, p.221-227, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/09.pdf>. Acesso em: 02 de out. 2010.

BAUK, D.A. Estress. **Rev. Brás Saúde Ocupacional**, v. 13 n. 13, p. 28-36. 1985.

BOLELA, F; JERICÓ, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para a humanização. **Esc Anna Nery. Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, 301-308, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a19v10n2.pdf>. Acesso em: 02 de set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Brasília. DF. Ministério da Saúde. 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20MMC.pdf>. Acesso em: 23 de set. 2010.

BRASIL Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 2 de set. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Informativo Método Canguru. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social e Fundação Orsa. 2001. p.1-7. Disponível em: http://www.metodocanguru.org.br/b_inf01.pdf. Acesso em: 15 out. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, 2002. p. 07. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/assistencia_hospitalar1.pdf. Acesso em: 12 de set. 2010.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido prematuro de baixo peso: método mãe canguru: Secretaria de Políticas de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 196p. Disponível em: http://www.gestamater.com.br/site/images/pdf/mc_metodo/manual%20tecnico%20mtodo%20canguru%20-%20brasil.pdf

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru: Secretaria de atenção a Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2 ed. 2009. 238p. Disponível em: http://www.aleitamento.com/upload/arquivos/arquivo1_2039.pdf. Acesso em: 14 de set. 2010

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Relatório Final da Oficina. Humaniza SUS. 1 ed. Brasília. 2004. p. 9-10. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0148_M.pdf. Acesso em: 17 de set. de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Visita Aberta ao Acompanhante. 2 ed. Brasília, 2008, p. 25. Disponível em: www.saude.gov.br/humanizausus. Acesso em: 15 de set. 2010.

Brasil. Ministerio da Saude. Política Nacional de Humanização. banner **humanizausus**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342. Acesso em: 10 de set. 2010.

CAETANO, L. C; SCOCHI, C.G.S; ANGELO; M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. **Rev. Latino Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n.4, p. 568. jul./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a15.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2010.

CALAMEO, A. J. O Método Mãe Canguru como proposta de humanização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. In: Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo, 2008, cap. 11, p.22-23. <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis/bis30.pdf>. Acesso em: 27 de set. de 2010

CAMPOS, A. C. S. et al. Vivencia no Método Mãe Canguru: Percepção da mãe. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 9, n.3, p. 28-36, jul./set. 2008. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/pdf/9_3.pdf. Acesso em: 14 de set. 2010.

CARDOSO. M.V.L.M.L. O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais: do neonato ao toddler. [tese]. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará/ UFC. 2001.

CRUVINEL, F. G; MACEDO, E. C. Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**. Recife, v. 7, n. 4. p. 449-455, out./ dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a12v7n4.pdf>. Acesso em: 22 de set. 2010.

DESLANES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.7-14, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. Acesso em: 26 de set. 2010.

FERNÁNDEZ, A. J. I; ORTEGA, I. M. L. Capítulo 3: Medioambiente en cuidados intensivos pediátricos y neonatales. 2007. Disponível em: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo3/capitulo3.htm>. Acesso em: 16 de set. 2010.

FORTES, P. A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set./ dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>. Acesso em: 25 de set. 2010.

GAIVA, M. A. M; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58 n. 4, p. 444-448, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a12v58n4.pdf>. Acesso em: 2 de out. 2010.

GOMES, G.C; ERDMANN, A.L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Rev. Gaúcha de Enferm**, v. 26 n. 1. p.20-30, abr. 2005. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4537/2467>
Acesso em: 20 de set. 2010.

HENNIG, M. A; GOMES, M. A. S. M; GIANINI, N. O. M. Conhecimentos e praticas dos profissionais da saúde sobre a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru. **Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant.** Recife, v. 6, n. 4. p.427-435, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/10.pdf> Acesso em: 15 de set. 2010.

LAMY, Z. C et al. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-668, jul./set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>. Acesso em: 12 de set. 2010.

LENZ, A.J. et al. Acolhimento, humanização e fonoaudiologia - relato de experiência em Unidade Básica de Saúde de Novo Hamburgo (RS). **Boletim da Saúde.** Porto Alegre, v. 20 n. 2, p. 59-69. 2006. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2_09Acolhimento.pdf. Acesso em: 22 de set. 2010.

LEPARGNEUR, H (Coord). Princípios de autonomia. In: Urbin. (org) Bioética Clínica. Rio de Janeiro.

LIMA, G.C, **Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica: discurso de enfermeiras.** 63 p. Trabalho de conclusão para especialização. Centro de Ciências da Saúde, UFPB, João Pessoa, 2004.

LUCIANA, D. D. Humanização na assistência aos pais dos recém nascidos prematuros internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição In: Humanização na assistência a saúde pais-bebê. Projeto de pesquisa. Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre. 2009. Cap. 3.5, p. 17-20.

MARTINS, A. J. V. S; SANTOS, I. M. M. Vivendo o outro lado do método canguru: a experiência materna. **Rev. Eletr. Enferm.** Goiânia, v. 10, n.3, p. 703-710, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a16.pdf>. Acesso em: 19 de set. 2010.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001, p. 130. Disponível em: E:\artigo0503_1.php.htm. Acesso em: 05 de ago. 2010.

MOLINA, R.C.M et al. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, v. 43 n.3. p. 630-638. Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a19v43n3.pdf>. Acesso em: 25 de set. 2010.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais da saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p.323-330, jan. 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>. Acesso em: 13 de set. 2010.

NASCIMENTO, E. R. P, MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o individuo hospitalizado e sua família. **Revista Técnica de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 26-30. 2000.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**. São Paulo, v.14, n. 2, 277-284, mar./ abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>. Acesso em : 12 de set. 2010.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento no contexto hospitalar. **Bioetica**, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 2, n.10, 2002. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214/215. Acesso em: 23 de set. de 2010.

REICHERT, A. P. S; LINS, R. N. P; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 9 n. 1, p.200-213, jan./abr. 2007.

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a16.pdf>. Acesso em: 20 de out. de 2010.

RIOS, I. C. **Humanização na Área da Saúde..** Instituto de Saúde. Humanização da Saúde. São Paulo. 2003, Cap. 2, p. 6-7. Disponível em:

<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis/bis30.pdf>

Acesso em: 27 de set. de 2010.

RIOS, I. C. Humanização na Área da Saúde. In: **Boletim do Instituto de Saúde**. Ministério da Saúde. São Paulo. 2003, cap. 3, p. 6-7. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/bis/bis30.pdf>.

Acesso em: 27 de set. de 2010.

ROLIM, K.M; CARDOSO, M.V.L.M.L. O discurso e a pratica do cuidado ao recém nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14 n. 4, p.85-92, jan./fev. 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a12.pdf>. Acesso em: 06 de set. 2010.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999-1010, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/18.pdf>. Acesso em: 12 de set. 2010.

SEGATTO, C. ANAUANTE, G. BUSCATO. Revista Época. No frágil mundo dos prematuros. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI8189-15280-4,00-NO+FRAGIL+MUNDO+DOS+PREMATUROS.html>. Acesso em: 10 de set. 2010.

SILVA, L. R; CHRISTOFFEL, M. M; SOUZA, K. V. História, conquista e perspectiva no cuidado à mulher e à criança. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 14 n. 4, p. 584- 593, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2010.

SILVA, Y. P; GOMEZ, R. S; MAXIMO, T. A e SILVA, A. C. S. Sedação e analgesia em neonatologia. **Rev. Bras. Anesthesiol**. 2007, v.57, n.5, pp. 575-587. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n5/en_13.pdf. Acesso em: 20 de set. 2010.

SIMSEN, C. D; CROSSET, M. G. O. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão de cuidadores em enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre. v. 25, n.2, p.231-342, ago. 2004. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4510/2447>. Acesso em: 22 de out. 2010.

TOMA, T. S. A inclusão da família nos serviços de atenção ao bebê de baixo peso. In. Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo. 2008. Cap. 12, p. 24-25.

VALLE, B. M., **Informação em saúde no pré e pós-natal a mães de prematuros e a proposta de um manual de orientações**. 2005.109f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Paraná. 2005. Disponível em: <http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/beatriz.pdf>. Acesso em: 19 de set. de 2010.

VIDEIRA, L. M. M. S, FERNANDEZ, A. J. I. 2007. Disponível em: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo12/capitulo12.htm>. Acesso em: 2 de set. 2010.

ZACONETA, C. M; SIQUEIRA, A. P. R; SIQUEIRA, F. R; RAMOS, E. C. Neonatologia, a terceira onda. Brasília, DF, p.1-16. 2002. Disponível em: http://www.paulomargotto.com.br/index_sub.php?tipo=20. Acesso em: 14 de set. 2010.