



## O cuidado humanizado ao recém-nascido e família na perspectiva da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neopediátrica

Humanized care for the newborn and family from the perspective of the nursing team in the Neopedatric Intensive Care Unit

La atención humanizada al recién nacido y la familia desde la perspectiva del equipo de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neopediatra

Ana Carolina Orcelli Bautzer Calabres<sup>1</sup>, Bruna Magalhães Gonçalves<sup>1</sup>, Silvia Cristina Luis<sup>1</sup>, Elaine Cristina Rodrigues Gesteira<sup>1</sup>.

---

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar e compreender as estratégias de humanização utilizadas no processo de trabalho da enfermagem no âmbito de uma UTI Neopediátrica. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, em que 14 profissionais de enfermagem foram abordados por meio de entrevistas semiestruturadas, seguindo o referencial teórico do cuidado centrado no paciente e família (CCPF). A análise dos dados foi realizada segundo Bardin, emergindo duas categorias e seis subcategorias. **Resultados:** Evidenciaram-se que os profissionais de enfermagem apresentam dificuldades de entendimento sobre o conceito de cuidado humanizado e centrado, mas compreendem a importância de incluir a família no cuidado, de promover ações de humanização durante o tratamento dos recém-nascidos frente a tecnologia ofertada na unidade, destacando a relevância de participar de capacitações acerca da temática para ofertarem um cuidado que seja mais acolhedor e atraumático. **Conclusão:** A equipe se esforça para o alcance do cuidado humanizado e centrado, mas percebe-se um distanciamento desse cuidado integral na prática da unidade. Reforça-se a necessidade de investigar outros cenários, a fim de alavancar com políticas públicas e institucionais que favoreçam a prática do cuidado humanizado e centrado no RN e família.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido prematuro, Família, Humanização da assistência, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

---

### ABSTRACT

**Objective:** To identify and understand the humanization strategies used in the nursing work process within a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). **Methods:** This is a qualitative study in which 14 nursing professionals were approached through semi-structured interviews, following the theoretical framework of patient and family-centered care (PFCC). Data analysis was conducted according to Bardin, resulting in two categories and six subcategories. **Results:** It was evidenced that nursing professionals face difficulties in understanding the concept of humanized and patient-centered care, but they recognize the importance of involving the family in care, promoting humanization actions during the treatment of newborns facing the technology offered in the

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de São João Del-Rey (UFSJ), Divinópolis – MG

unit. They emphasize the relevance of participating in training on the subject to provide care that is more welcoming and less traumatic. **Conclusion:** The nursing team strives to achieve humanized and patient-centered care, but a gap in this comprehensive care is perceived in the unit's practice. The need to investigate other scenarios is emphasized to leverage public and institutional policies that favor the practice of humanized and patient-centered care for the newborn and family.

**Keywords:** Infant premature, Family, Humanization of assistance, Intensive Care Units Neonatal.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar y comprender las estrategias de humanización utilizadas en el proceso de trabajo de enfermería en el ámbito de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). **Métodos:** Este es un estudio cualitativo en el que se abordó a 14 profesionales de enfermería a través de entrevistas semiestructuradas, siguiendo el marco teórico del cuidado centrado en el paciente y la familia (CCPF). El análisis de datos se llevó a cabo según Bardin, surgiendo dos categorías y seis subcategorías. **Resultados:** Se evidenció que los profesionales de enfermería presentan dificultades para comprender el concepto de cuidado humanizado y centrado, pero comprenden la importancia de incluir a la familia en el cuidado, de promover acciones de humanización durante el tratamiento de los recién nacidos frente a la tecnología ofrecida en la unidad, destacando la relevancia de participar en capacitaciones sobre el tema para ofrecer un cuidado más acogedor y menos traumático. **Conclusión:** El equipo se esfuerza por lograr el cuidado humanizado y centrado, pero se percibe un distanciamiento de esta atención integral en la práctica de la unidad. Se refuerza la necesidad de investigar otros escenarios, con el fin de impulsar políticas públicas e institucionales que favorezcan la práctica del cuidado humanizado y centrado en el recién nacido y la familia.

**Palabras claves:** Recien nacido prematuro, Familia, Humanización de la atención, Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

---

## INTRODUÇÃO

A prematuridade ocorre em nascimentos antes da 37ª semana de gestação ou em um período menor do que 259 dias a partir da data da última menstruação, sendo caracterizado como um problema de saúde grave e que tem acontecido com mais frequência no mundo Alberton M, et al. (2023). A Organização das Nações Unidas (ONU) preconiza a importância para sobrevivência do neonato, no primeiro dia, semana e mês, sendo considerado os mais críticos, em que a mortalidade infantil (em menores de um ano) e na infância são considerados indicadores das condições de vida e de saúde em um país (MARINHO CSR, et al., 2020).

Ao longo dos anos no Brasil, a Saúde da Criança e da Mulher eram atreladas a uma única estratégia. No entanto, desde a década de 80 criaram-se programas específicos para cada segmento, entendendo a divisão das estratégias e os momentos singulares como a gestação, a maternidade e os mil dias de vida Costa JC, et al. (2020); Marinho CSR, et al. (2020).

Todas essas mudanças favoreceram a qualidade de vida das crianças, aliado às melhores práticas de cobertura vacinal, condição de moradia e saneamento, que levaram à diminuição da mortalidade e da subnutrição Costa JC, et al. (2020); Marinho CSR, et al. (2020).

Todavia, mesmo com os avanços, o Brasil ainda apresenta dificuldades, como as intervenções desnecessárias no parto, altas taxas de cesáreas, prematuridade e a transição para o cenário de sobrepeso e obesidade infantil (COSTA JC, et al., 2020; MARINHO CSR, et al., 2020)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nascem cerca de 15 milhões de bebês prematuros no mundo, tornando a prematuridade um problema de saúde pública, sendo que no Brasil, ao ano ocorrem 279 mil partos pré-termos. No ano de 2015, o Brasil apresentou uma taxa de mortalidade de 15,6 por mil nascidos vivos, mostrando uma forte queda desde os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODS). Porém, 70% da

morbimortalidade está atrelada ao componente neonatal (0 a 27 dias), dos quais 54% correspondem à primeira semana de vida (MARINHO CSR, et al., 2020)

A prematuridade pode ser classificada segundo a idade gestacional, considerando o nascimento abaixo de 37 semanas, sendo a prematuridade moderada entre 31 e 36 semanas, e prematuridade extrema entre 24 e 30 semanas de idade gestacional. A classificação por peso se define em recém-nascidos que nascem com o peso inferior a 2kg, assim bebês com menos de 2 kg são considerados de baixo peso, com menos de 1,5 kg é considerado muito baixo peso e extremo baixo peso aqueles com peso menor que 1 kg (SOUSA SC, et al., 2019).

No ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) a relação mãe-prematuro-família é permeada por sentimentos ambíguos e impactantes gerados pela hospitalização do filho. Um ambiente em que o RN prematuro está sujeito, e que é totalmente diferente do aconchego intrauterino, submetido a luminosidade, barulhos, alterações de temperatura, procedimentos invasivos acompanhados de dor e interrupção do sono (ABREU MQS, et al., 2020).

Frente ao exposto, surgiram estratégias humanizadas para que o efeito da hospitalização fosse reduzido e que a relação parento-filial pudesse ser estabelecida o mais precocemente possível Abreu MQS, et al. (2020). Desse modo, iniciativas que integram qualidade técnica, acolhimento e humanização aos RNs e famílias passou a ser uma preocupação crescente por parte da equipe multiprofissional, assim o enfermeiro em seu processo de trabalho torna-se responsável pelo planejamento e implementação das melhores práticas e evidências científicas para o cuidado ampliado.

No Brasil, existem programas e práticas voltadas exclusivamente para o cuidado do RN, sendo proposto na Rede Cegonha e no Método Canguru. A Rede Cegonha é uma estratégia realizada pelo Ministério da Saúde, desde 2011, com o objetivo de ampliar a rede de cuidado, assegurando o direito da mulher no planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de assegurar o direito da criança de ter um nascimento seguro, e crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

Atualmente o Método Canguru (MC) é o principal modelo de assistência humanizada ao RN já preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) desde o ano 2000, método que promove ações para uma assistência qualificada e que envolve a integralidade e singularidade do RN de baixo peso, família e profissionais que atuam na Neonatologia, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o foco nas boas práticas da terapia intensiva neonatal.

Ademais a humanização como referência nas políticas de saúde surge por meio do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) e a Política Nacional de Humanização (PNH) com o compromisso de requalificar os hospitais públicos, garantindo a qualidade e a dignidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2017).

Contudo para organizar e gerenciar o trabalho, tendo como pilar a humanização, a PNH estabelece como eixos: o acolhimento, revisão das rotinas hospitalares, criação de fluxos e protocolos, visita ampliada, ambiente, clínica ampliada, entre outros eixos que contemplam um cuidado integral neste campo da assistência perinatal (BRASIL, 2017).

No entanto, alguns desafios se descortinam, tendo em vista a diversidade das maternidades e UTIs neonatais nas regiões brasileiras, onde há a necessidade de promover um melhor acolhimento às famílias dos RNs prematuros, uma melhor organização das rotinas e procedimentos para que o RN seja menos manipulado, visitas mais acolhedoras e esclarecedoras envolvendo a equipe multiprofissional, inserção dos pais o mais precocemente na UTIN, em suma, ações que precisam ser norteadas pelo cuidado centrado na criança e família (SIQUEIRA ACF, et al., 2019).

Assim, insere-se a importância do modelo de Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF), a fim de que a família e os profissionais da UTIN planejem conjuntamente a execução e avaliação do cuidado, reconhecendo a família também como elemento de cuidado e parceira na tomada de decisões. Para isso, os profissionais precisam ser sensibilizados e terem um número adequado de recursos humanos, e ainda contar

com capacitações que envolvam temas como relações interpessoais, condutas e a interação dos enfermeiros com as famílias dos RNs (BOYAMIAN TMDL, et al., 2020).

Embora exista um grande avanço tecnológico na área de Neonatologia, dificuldades perduram frente a uma rotina estressante que envolve o RN, família e profissionais, e que podem limitar as ações de humanização. Nessa perspectiva, surgiu a seguinte indagação: quais os desafios e potencialidades para a adoção de uma assistência humanizada centrada no paciente (RN prematuro) e família? Assim, o objetivo do estudo foi identificar e compreender as estratégias de humanização utilizadas no processo de trabalho da enfermagem no âmbito de uma UTI Neonatal.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual investiga dados de um material empírico a partir de instrumentos de coleta, podendo ser de natureza descritiva ou narrativa frente a uma situação e/ou fenômeno, envolvendo a intuição e interpretação sob o olhar do pesquisador de acordo com um referencial teórico-metodológico. Nesta lógica, o pesquisador busca captar a perspectiva e vivência daqueles que participam da pesquisa (BATISTA EC, et al., 2017).

Esse estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa foi guiado pelo referencial teórico do (CCPF). Este modelo de cuidado tem sido proposto como uma abordagem inovadora para o planejamento, prestação e avaliação de saúde, regido mutuamente pela parceria entre os prestadores de cuidados de saúde, pacientes e famílias. Pode ser aplicado a pacientes de todas as idades e praticado em qualquer estabelecimento de saúde (BALBINO FS, et al., 2016).

No contexto neonatal, estudos apontam que o CCPF está se tornando padrão de atendimento no mundo, em que a família é compreendida como fonte primária de força e apoio do recém-nascido (RN). Essa perspectiva de cuidado incorpora conceitos como o acesso irrestrito ao filho, o respeito, a informação, a escolha, flexibilidade de atendimento, autonomia dos sujeitos envolvidos, colaboração e apoio em todos os níveis de prestação de serviços (BALBINO FS, et al., 2016).

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neopediátrica de um hospital filantrópico situado em Minas Gerais, o qual é referência da região centro-oeste no atendimento à gestação de risco, tendo disponível dez leitos, sendo seis leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) neonatal, dois leitos do SUS Pediátrico e dois leitos de Saúde Suplementar Pediátrico.

O período de coleta foi realizado nos meses de janeiro a junho de 2023, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal participante Parecer: 5.394,131 CAAE: 57928722.4.0000.5545 e pela instituição coparticipante do referido hospital Parecer: 5.527.095 CAAE: 5 7928722.4.3001.5130.

A Resolução nº 510 de 2016 foi seguida e respeitada quanto a bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa e as instituições envolvidas. Assim, esta pesquisa foi proposta respeitando o direito do entrevistado de conhecer previamente os objetivos do estudo, tendo acesso a leitura do TCLE para o esclarecimento de dúvidas, garantia de interrupção da pesquisa se o desejasse, sem prejuízos em sua profissão e atuação na rede hospitalar em que atua.

Foram participantes do estudo, todas as equipes de Enfermagem dos diferentes plantões, sendo incluídos os técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem e enfermeiros que atuavam a mais de um ano no respectivo setor, sendo excluídos os que estavam de férias, licença maternidade, licença saúde/doença. A seguir destacam-se as etapas de execução do presente estudo: Etapa 1: O contato telefônico para o convite foi realizado em cada plantão, em seguida o pesquisador foi no setor verificar quais profissionais gostariam, voluntariamente, de participar do estudo, os que aceitaram, assinaram o TCLE e foi agendado data, horário e o local da entrevista. Etapa 2: Na semana de realização da entrevista o pesquisador entrou em contato com os profissionais para confirmarem a data, horário e o local. O local foi privativo, sem a presença de outras pessoas e escolhido pela coordenação do setor.



A coleta de dados foi intencional, na tentativa de abranger o maior número de participantes voluntários, apenas foram interrompidas quando os objetivos do estudo foram alcançados, tendo a saturação das informações. Somente após o aceite voluntário dos participantes, bem como, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é que o estudo foi iniciado.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, composta por questões abertas e fechadas. A entrevista permite aos participantes a fala livre sobre os tópicos, na qual, o entrevistado tem oportunidade de se posicionar livremente sobre o tema. Ploit DF (2011); Batista EC, et al. (2017). Contudo, foi valorizada a entrevista em profundidade em que o entrevistador explora fatos narrados além das perguntas do instrumento para clarificação e imersão de dados importantes de acordo com os objetivos do estudo, buscando a reflexão e exploração do tema (BATISTA EC, et al., 2017).

As entrevistas foram gravadas com o aparelho próprio do pesquisador, e foram transcritas após o término. Os participantes foram identificados com a letra (E) Entrevistado da equipe e a sequência numérica de sua entrevista, E1, E2, E3, sucessivamente de acordo com a amostra pesquisada. Assim garantiu-se a confiabilidade e o anonimato dos participantes.

Os dados advindos das entrevistas passaram por três estratégias preconizadas pela análise de conteúdo, de acordo com Bardin L (2011). As três etapas foram: pré-análise; exploração do material: codificação e classificação; tratamento dos resultados obtidos e interpretação, com a elaboração das categorias temáticas.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e de sua participação voluntária. Os seus nomes não foram identificados, garantindo o sigilo e o anonimato.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidados 23 profissionais que manifestaram interesse em participar do estudo, porém apenas 14 participaram, houve a recusa de 7 profissionais que desistiram no momento da gravação da entrevista e 2 entrevistas descartadas pelo método de inclusão e exclusão. A amostra foi composta por 4 Enfermeiras, 9 Técnicas de Enfermagem e 1 Auxiliar de Enfermagem, composta por mulheres, com a média de idade de 34 anos ( $\pm 13$ , 23).

As entrevistas contaram com 5 profissionais do período diurno e 9 profissionais do período noturno, tendo em média, 8 anos de formação ( $\pm 7$ , 14), 6 anos e 5 meses de tempo que está atuando na área da Neonatologia ( $\pm 5,4$ , 15,6) e 7 anos e 7 meses de tempo de atuação na instituição ( $\pm 6,6$ , 14,4). Após análise das entrevistas, emergiram duas categorias, a primeira com quatro subcategorias e a segunda com duas subcategorias.

### O Cuidado Humanizado na perspectiva dos profissionais de Enfermagem.

#### Subcategoria 1: Entendimento dos profissionais acerca do Cuidado Humanizado.

De acordo com os entrevistados, o cuidado humanizado envolve não só o RN, mas também toda família, estando associado à entrega de conforto, esperança e acolhimento. Tal percepção vai de encontro ao apresentado na literatura. Sili EM et al. (2023) expõe que os enfermeiros de seu estudo consideraram que o cuidado humanizado é a assistência prestada com segurança, com alívio do sofrimento, com medidas de conforto; que respeitam a identidade do paciente.

Nesta pesquisa, os participantes destacaram a importância da empatia, demonstrando compreensão acerca das necessidades emocionais, fisiológicas e psicológicas, tratando o RN não apenas como um caso clínico, mas valorizando a sua individualidade, a qual necessita de cuidados em todas as esferas biopsicoespirituais. Neste aspecto, o cuidado humanizado se faz fundamental, ainda mais diante da dura realidade de uma UTIN. Para Magalhães SGS e Silva JSLG (2019), o ambiente da UTIN pode ser uma experiência dolorosa e amedrontadora para os pais e familiares, assim a enfermagem deve estar atenta atuando de forma humanizada e não traumática na assistência aos RNs e suas famílias. Mediante esta realidade, os entrevistados relataram que se faz imprescindível, como sendo parte do cuidado humanizado, a explicação detalhada, a comunicação clara, aberta, fornecendo aos pais informações compreensíveis sobre

o estado de saúde do RNs e os procedimentos realizados. Frente ao exposto, destaca-se que a presença dos pais na UTI neonatal é preconizada pela lei Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, no Estatuto da Criança e do Adolescente no Art. 12 que diz:

*“Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990)”*.

Contudo, a instituição do estudo não conta com a presença dos pais no plantão noturno. De acordo com as regras da instituição, os pais não podem estar presentes depois das 18:00 horas. Neste contexto, os participantes consideram de suma importância a presença dos pais como parte da efetividade do cuidado humanizado como apontado em algumas narrativas (**Quadro 1**).

**Quadro 1** - Narrativas dos entrevistados acerca do Cuidado Humanizado.

Código dos Entrevistados	Relato
E1	<i>Eu vejo como um olhar voltado para as necessidades psicológicas, emocionais do familiar e do bebê. Que na neonatologia é voltado só para o bebê. Então eu vejo essa atenção mesmo, esse cuidado, esse afeto, que a gente deve ter com as pessoas e com o bebê.</i>
E3	<i>É o cuidado que você dá conforto. Tanto para o RN quanto para a família. (...) essa questão do conforto. É trazer esperança para os familiares.</i>
E5	<i>O cuidado humanizado que eles passam pra gente aqui é esse cuidado mesmo, porque você tem que explicar tudo pro pai e pra mãe. Se colocar às vezes no lugar do pai e da mãe. (...) ter mais paciência com as questões. Explicar tudo que você está fazendo, tudo que vai ser feito. (...) e a questão também da empatia.</i>
E6	<i>O acolhimento, o tratamento todo, a família em todo, engloba tudo.</i>
E7	<i>(...) um cuidado que a gente tem que conjugar o bebê e os pais ou o responsável, e não quebrar o vínculo, o laço, que normalmente é rompido ao nascimento. (...), mas a gente presa que a criança maior, que já entenda, continue com a mãe ou o pai de acompanhante independente do horário. (..) eu entendo que é um cuidado que a gente tem que conjugar o bebê e os pais ou o responsável.</i>
E8	<i>(...) o que falta muito aqui é deixar a mãe ficar a noite, que eu acho que às vezes as mães sentem essa falta. Envolver a mãe nos cuidados da enfermagem né, então eu acho que seria o envolvimento mesmo da família nos cuidados. A questão do envolvimento dos pais, principalmente nos cuidados da criança, quando está entubada ou em estado crítico, que não seja empecilho para fazer o canguru. (...) eu acho que o principal é esse envolvimento dos pais. Eu entendo que é me colocar no lugar do outro né, tratar como se fosse meu e sentir a dor do outro, dar o melhor de mim, é isso.</i>
E9	<i>É a gente tratar o paciente por inteiro não somente a doença dele e entender que por trás daquela doença existe uma pessoa com seus sentimentos e com suas necessidades.</i>

<b>E11</b>	<i>(...) abrange muitos aspectos. Mas em resumo é principalmente o acolhimento, acolhimento da necessidade do recém-nascido e do familiar também.</i>
------------	---

**Fonte:** Calabres ACOB, et al., 2024.

**Subcategoria 2:** Avaliação dos profissionais acerca do seu processo de trabalho.

Os entrevistados avaliaram que se doam em seu processo de trabalho e que valorizam a presença dos pais, mas apenas para algumas crianças, desconhecendo-se dos objetivos do CCPF, ocorrendo assim, a dificuldade da participação da família nas tomadas de decisões e nos cuidados (**Quadro 2**).

O estudo de Uema RTB, et al. (2020), encontrou resultados semelhantes desta pesquisa, evidenciou a falta de entendimento dos profissionais acerca do CCPF, e de como incorporar a família na rotina, dentro das tomadas de decisões e cuidado. A equipe de Enfermagem tenta fazer a recepção da melhor forma possível na entrada à unidade, porém, quando se trata das decisões e realizações de procedimentos, a família não é orientada e/ou avisada sobre os procedimentos prestados.

Além disso, conforme mencionado por Silva MS, et al. (2021), os responsáveis pela criança experimentam uma sensação de incapacidade no que diz respeito aos cuidados, visto que frequentemente necessitam se ausentar do ambiente para procedimentos clínicos, o que resulta em uma participação menos ativa na prestação de cuidados. Outro aspecto destacado refere-se à frustração quando a equipe de enfermagem não inclui os pais na discussão sobre o estado de saúde da criança, o que remete repensar o processo de trabalho que envolve a gestão da instituição para uma atuação interdisciplinar e multiprofissional.

**Quadro 2 -** Narrativas dos entrevistados acerca da avaliação sobre o processo de trabalho.

<b>Código dos Entrevistados</b>	<b>Relato</b>
<b>E3</b>	<i>Eu acho que a gente sempre tem o que melhorar.</i>
<b>E7</b>	<i>(...) eu dou o meu melhor, e eu falo pra minha equipe que assim, trabalhar a noite não é pra quem quer, pra quem gosta, é pra quem dá conta. Normalmente a demanda é menor, (...) depois do COVID-19 não fica os dois juntos pra diminuir mesmo o fluxo aqui dentro. Mas a gente preza que a criança maior, que já entenda, continue com a mãe ou o pai de acompanhante independente do horário.</i>
<b>E11</b>	<i>(...) eu, pelo menos, sempre faço o meu melhor. Quando eu entro aqui dentro pra mim é outro universo. É um processo que não é fácil. Mas é um aprendizado a cada dia. É um processo progressivo, sempre faço o meu melhor.</i>
<b>E15</b>	<i>(...) é, eu acho que avaliaria como muito bom. Acho que assim, no que eu me proponho a fazer, eu consigo fazer com excelência.</i>

**Fonte:** Calabres ACOB, et al., 2024.

**Subcategoria 3:** Facilidades e Dificuldades para o Cuidado Humanizado.

Entre as narrativas dos entrevistados para o cuidado humanizado foi destacada como dificuldade, a rotina, prevalecendo o cuidado automatizado. Essa automatização dificulta o envolvimento e contribuição dos pais no cuidado ao RN, já que há uma ausência de troca e diálogo entre os pais e a equipe de Enfermagem.

Essa falta de interação é percebida pela família do RN como um distanciamento do cuidado, o que acarreta na robotização/mecanização das práticas do cuidado. (LIMA JÚNIOR DA, et al., 2023). Além disso, também foi citada a falta de materiais e equipamentos, o que leva a equipe, muitas vezes, à improvisação, utilizando materiais que não são próprios e adequados para a assistência ao RN.

Segundo Costa CS, et al. (2018), a carga excessiva de trabalho enfrentada pela equipe e a escassez de recursos para uma assistência apropriada resultam na incapacidade da equipe de enfermagem em oferecer um cuidado focalizado no paciente e em sua família, tornando-se desafiadora a humanização desse processo de cuidado. Como facilidades, os participantes apontam que a equipe de profissionais consegue trabalhar unidos, qualificando-os de serem uma equipe que presta um bom trabalho (**Quadro 3**).

**Quadro 3** - Narrativas dos entrevistados acerca das facilidades e dificuldades para o Cuidado Humanizado.

Código dos Entrevistados	Relato
E3	<i>Eu acho que a equipe aqui é muito boa, tem o trabalho conjunto. Isso é muito bom para o cuidado.</i>
E5	<i>É a sobrecarga, a falta de material, quando não tem, assim, tem que procurar em outro lugar, isso tudo demanda tempo, o tempo que você estaria de assistência com o paciente, você acaba perdendo. O mais importante é a gente ter a programação do dia, seguir a rotina certa. Que se consegue administrar. Assim a gente consegue fazer tudo aquilo que é do protocolo do setor e dar essa assistência humanizada.</i>
E6	<i>Diálogo, observação, atenção.</i>
E7	<i>(...) se eu for fazer eu gasto dois minutos, se eu deixar a mãe fazer, ela vai gastar dez minutos. Exatamente, de ir mais rápido né, vou fazer mais rápido que vai demandar realmente menos tempo.</i>
E10	<i>As dificuldades eu acho que seria a pressa, (...) então assim, a gente pensar na produtividade.</i>
E11	<i>O que facilita pra assistência humanizada é a gente ter equipamentos de qualidade. É a gente ter uma assistência psicológica também pra gente. E conhecimento, a gente precisa ter muito conhecimento para poder acolher de forma humanizada o RN. A principal dificuldade talvez seja que a gente não tenha tantos recursos tecnológicos avançados.</i>
E13	<i>O individualismo dificulta. (...) a falta de material também dificulta muito, porque às vezes a gente não tem.</i>

Fonte: Calabres ACOB, et al., 2024.

#### Subcategoria 4: Entendimento sobre o conceito Cuidado Centrado no Paciente e na Família.

O CCPF é a abordagem de assistência em saúde que coloca o paciente e seus familiares no centro do processo de cuidado, sendo na participação dos procedimentos e nas tomadas de decisões. Diante das respostas dos participantes pode-se perceber que a maioria não tem o conceito bem estabelecido, embora reconheçam a família.

Como unidade de cuidado, a subcategoria 1 revelou que nem sempre os pais permanecem integralmente com os seus filhos, e ainda na subcategoria 3 expressa-se a narrativa de um dos entrevistados que o cuidado realizado pela mãe se torna demorado, o que se evidencia ideias incongruentes acerca do CCPF.

Este resultado é reforçado pelo estudo de Uema RTB, et al. (2020), em que alguns entrevistados apresentaram um conhecimento razoável, considerando que o CCPF é manter o vínculo da criança com a família como um todo, para além do binômio. Eles consideraram também que o cuidado não deve se restringir somente ao paciente, considerando os aspectos biopsicoespirituais da família como um todo, estendendo os cuidados do RN para a família. Contudo, para Cruz AC e Pedreira MLG (2020), o CCPF está diretamente relacionado também à partilha de informações com os familiares.



A partilha de informações implica comunicar de maneira oportuna dados completos, verídicos, imparciais e úteis aos pacientes e seus familiares. Isso possibilita que eles participem de maneira eficaz nos cuidados e nas decisões relacionadas à saúde (**Quadro 4**).

**Quadro 4** - Narrativas dos entrevistados acerca do entendimento sobre CCPF.

Código dos Entrevistados	Relato
E6	<i>Observação de cada pai, com cada criança, acompanhamento psicológico. Do médico também, com a equipe de enfermagem. Estar ali unidos ajudando o recém-nascido.</i>
E7	<i>Eu entendo que o cuidado centrado no paciente e família é realmente não desvincular. (...) mas junto com o paciente a gente tem toda uma família, tem o pai a mãe, às vezes uma madrinha, a vó. Por ser o bebê então esse vínculo é maior.</i>
E10	<i>Mas esse contexto do bebê na UTI neo ele abrange não só o bebê, mas toda família. (...) saber que não é só a doença do paciente, mas que por trás a gente tem todo um contexto familiar de necessidades.</i>
E11	<i>Esse conceito de cuidado com o paciente e com a família é importante porque você precisa acolher os pais também. Às vezes a gente fica muito focado em só tratar a doença. Mas esse cuidado mais centrado com os pais, o acolhimento dos pais e do RN, de forma mais humanizada.</i>

Fonte: Calabres ACOB, et al., 2024.

### Estratégias dos profissionais para o alcance do Cuidado Humanizado.

**Subcategoria 1:** Estratégias facilitadoras e atitudes dos profissionais para a promoção de um ambiente humanizado de acordo com o modelo de CCPF.

Mediante a necessidade de prestar o cuidado de forma humanizada e centrada no paciente e família, os entrevistados foram questionados quanto às estratégias utilizadas para o alcance deles. As narrativas apontam que há a preocupação dos profissionais em relação a efetividade do uso das tecnologias leves e a comunicação efetiva.

Reconhecem como tecnologias leves, o cuidado multiprofissional, o acolhimento dos pais e a escuta ativa para melhor atender as demandas dos familiares. Segundo Souza LSS e Liberato DPPB (2019), sabe-se que o uso das tecnologias leves na assistência à saúde apresenta diversos benefícios, como, qualidade na prestação do serviço, boa comunicação interpessoal, assiduidade ativa, criação de vínculos, respeito a individualidade do paciente, confiabilidade e fluidez no atendimento. Além das tecnologias leves, a equipe faz uso de estratégias lúdicas, as quais favorecem a humanização da assistência, como os artefatos: polvo de crochê, o coxinho e a redinha, com intuito de fornecer aos neonatos mais aconchego e conforto.

Outra estratégia utilizada pela equipe é incentivar a presença dos pais de crianças maiores a permanecerem no plantão noturno, a fim de garantir a promoção do conforto e aconchego. Como a UTIN na referida instituição é em conjunto com a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), há crianças hospitalizadas de diferentes faixas etárias, o que se apreende que nem sempre os pais ficam o tempo todo na unidade. Porém, sabe-se que independentemente da idade da criança, como já mencionado, a presença de um dos pais é garantida por lei, sendo imprescindível para o cuidado atraumático, centrado e humanizado. Neste sentido, Luz SCL, et al. (2021) reforça em seu estudo que os pais podem ajudar no tratamento não farmacológico da dor, através do contato pele a pele, sucção não nutritiva e contenção.

Quanto à promoção de um ambiente humanizado, alguns profissionais expressaram dificuldades devido à natureza de uma UTI neonatal, considerando o choro das crianças, os sons dos aparelhos e as conversas paralelas.

No entanto, eles apresentaram estratégias adotadas no setor, como o uso de ruído branco, luz baixa e controle da temperatura. Essas abordagens têm como objetivo proporcionar ao RN uma sensação semelhante à experiência intrauterina, buscando mitigar os desafios sonoros e visuais associados ao ambiente da UTI neonatal (BRASIL, 2010). Além disso, apontaram que os equipamentos utilizados na UTIN precisam ser de boa qualidade, somando-se a importância de um cuidado que seja realizado por uma equipe que seja unida e qualificada. A humanização no atendimento está atrelada à valorização do paciente durante todo o processo de prestação de serviços de saúde (**Quadro 5**).

**Quadro 5** - Narrativas dos entrevistados acerca das estratégias facilitadoras e atitudes dos profissionais para a promoção de um ambiente humanizado e CCPF.

Código dos Entrevistados	Relato
E3	<i>É estabelecer horário, critério de manuseio. Saber avaliar o paciente e a condição do paciente. É esse critério que a gente usa, eu acho que evita muito o desconforto.</i>
E5	<i>Parte do material é doado pelos pais. E a gente confecciona os polvinhos para os prematuros. E tem a redinha também, que é um outro método que a gente tem que traz um conforto para o bebê.</i>
E6	<i>Atenção que a gente tem com os pacientes, o cuidado, a equipe ser bem unida, isso ajuda bastante, que a gente apoie um ao outro nas dificuldades.</i>
E7	<i>A minha equipe é um time, quando tem intercorrência, todos atuam juntos, a gente visa em primeiro lugar o paciente. Então a gente tem medicamento, a gente tem material bom, tem monitor multiparâmetro dos novos, tem respirador Dixtal, em questão de equipamentos, estamos bem servidos. Como nosso plantão é noturno então a gente lida muito com os pais. Em casos que criança é maior que já entende, a gente faz questão que a mãe fique, porque nos dá um conforto, porque acalantar o bebê, às vezes, na madrugada para a equipe é mais difícil.</i>
E8	<i>O silêncio, principalmente o silêncio. (...) apagar as luzes o ambiente também, principalmente a luz.</i>
E10	<i>A gente tenta proporcionar para o bebê as condições mais parecidas com o ambiente ideal para o desenvolvimento dele. O ambiente ideal para o desenvolvimento dele seria o útero materno. Mas sempre que possível deixar na penumbra, voz baixa, silenciar rapidamente os alarmes, a monitorização da temperatura. A incubadora além do calor fornece também umidificação.</i>
E11	<i>A gente faz aquele coxinho em volta dele para acolher ele, para ele sentir que ele está mais dentro do útero. A gente sempre tenta deixar a luz mais baixa, não pode ficar gritando, falando alto, sempre tem a hora do sono. Essas pequenas coisas fazem com que o atendimento seja humanizado. A gente não fala alto, não bater as coisas, ter mais cuidado na hora de mexer numa incubadora, deixar a luz mais calma.</i>
E12	<i>Então os treinamentos constantes fazem com que a gente tenha um serviço de qualidade.</i>

<b>E13</b>	<i>O horário do psiu é importante. Falar baixo. Diminui o ruído porque aqui era um lugar que não teria que ter, né? Mas tem muito barulho aqui dentro.</i>
<b>E15</b>	<i>(...) em relação à família é esse acolhimento mesmo, você conseguir ouvir. Dar uma palavra de conforto. O bebê é mais a questão do cuidado mesmo que a gente consiga fazer humanizado.</i>

**Fonte:** Calabres ACOB, et al., 2024.

**Subcategoria 2:** Participação em capacitações para o aprimoramento sobre o cuidado humanizado e CCPF

Alguns participantes receberam treinamento para trabalhar na UTIN com temas diversos, mas voltados para a temática deste estudo relataram precariedade, outros apontaram limitações em relação ao horário em que ocorrem as capacitações, pois no contraturno dificulta devido às questões pessoais e familiares.

Costa JVS, et al. (2019) revelou em seu estudo que o cuidado humanizado, na ótica dos profissionais, é tratar o paciente como se fosse da família. Neste contexto, a presente pesquisa encontrou a mesma dimensão, apontando que além desta questão, soma-se o prazer em gostar do trabalho, fazê-lo com amor e afeto ao paciente, como desvelado nas subcategorias anteriores, mas ainda existe a falta de espaço para discussão e ações de educação permanente para abordar a temática.

Os entrevistados enfatizaram a necessidade de introduzir medidas institucionais, como treinamentos, capacitações e conscientização para a equipe, com o objetivo de promover a humanização. Eles ressaltaram a importância de colocar em prática o conhecimento adquirido através dessas iniciativas. Apontaram que alcançaram uma das metas, que era obter uma sala de coleta de leite humano, sendo um avanço nas estratégias de humanização para os RNs e famílias no cenário estudado (**Quadro 6**).

Marques BLD, et al. (2021) desvelou que humanizar vai muito além de considerar as interações entre os profissionais e usuários, implica adotar abordagens inovadoras na gestão das instituições de saúde, exigindo sensibilidade por parte dos líderes e formuladores de políticas de saúde. Assim, aponta-se a importância de promover capacitações e educação permanente acerca da temática, a fim de qualificar as equipes para uma assistência humanizada e centrada na criança e sua família, valorizando a partilha de informações e decisões compartilhadas sobre o cuidado na UTIN.

**Quadro 6** - Narrativas dos entrevistados acerca da participação em capacitações para o cuidado humanizado e CCPF.

<b>Código dos Entrevistados</b>	<b>Relato</b>
<b>E4</b>	<i>Aqui a gente tem muito treinamento, a gente tem treinamento de cuidado, a gente tem treinamento sobre ventilação, sobre troca de fralda, sobre tudo. (...) é muito pouco. A humanização é muito pouco. Agora tem a sala de coleta de leite. Já melhorou muito. Você vê que as mães chegam aqui bem mais felizes. Acho que já melhorou muito a humanização nessa parte.</i>
<b>E5</b>	<i>Quando eu comecei a trabalhar aqui, foi uma palestra (...), eu só participei mesmo dessa palestra que foi no início.</i>
<b>E8</b>	<i>(...) não participo porque eu tenho filho pequeno.</i>
<b>E9</b>	<i>Eu ainda não participei.</i>
<b>E10</b>	<i>As ações institucionais que podem ser adotadas é sempre fazer os treinamentos, as capacitações, as sensibilizações com a equipe a respeito desse assunto. (...) todo dia é dia de falar da humanização.</i>

	<i>Colocar em prática o que a gente aprendeu, é tudo muito bonito falado, mas eu estou colocando em prática aquilo que vi? Aquilo que eu li?</i>
--	--

**Fonte:** Calabres ACOB, et al., 2024.

## CONCLUSÃO

O estudo evidencia que, apesar de os profissionais de enfermagem reconhecerem a importância da humanização e conhecerem algumas das estratégias, ainda há limitações significativas. A falta de compreensão do tema destaca a necessidade de aprimoramento no ensino e prática da humanização, tanto em cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem, além da necessidade de abordar o tema no ensino técnico. Soma-se que a pesquisa foi conduzida em um único cenário de uma determinada região brasileira, o que sugere que os resultados podem não ser generalizáveis para outros contextos. A constatação de que, apesar dos esforços da equipe, ainda há um distanciamento da proposta de cuidado humanizado no cotidiano da unidade, ressalta a urgência de implementar políticas públicas e institucionais que favoreçam a prática do cuidado humanizado e centrado no recém-nascido e família. Reforça-se a necessidade de investigar outros cenários, a fim de alavancar com políticas públicas e institucionais que favoreçam a prática do cuidado humanizado e centrado no RN e família.

## REFERÊNCIAS

1. ABREU MQS, et al. O processo de construção do apego entre mãe e bebê pré-termo mediado pelo posicionamento canguru. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2020; 10: e3955. Disponível em: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3955>.
2. ALBERTON M, et al. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. *Epidemiol Serv Saúde [Internet]*. 2023; 32(2): e2022603. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200005>.
3. BALBINO FS, et al. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit1 1 Paper extrated from Doctoral Dissertation "Effects of interventions in the promotion of family-centered care in the neonatal unit", presented to Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]*. 2016, 24, e2753. Epub 08 Ago 2016. ISSN 1518-8345. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0710.2753>;
4. BATISTA EC, et al. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau*,2017; 11(3) p.23-38, TRI III. ISSN 1980-7031. Disponível em: <https://rica.unibes.com.br/rica/article/view/768/666>;
5. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70 2011;
6. BOYAMIAN TMDL, et al. Nurses' attitudes towards families in neonatal units. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55: e03684. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019037903684>;
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html);
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1) Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf);
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017; 340.

10. COSTA CS, et al. A Influência Da Sobrecarga De Trabalho Do Enfermeiro Na Qualidade Da Assistência: A Influência Da Sobrecarga De Trabalho Do Enfermeiro Na Qualidade Da Assistência. *Revista Uningá*, [S. l.], 2018; 55(4):p. 110–120. DOI: 10.46311/2318-0579.55. eUJ2403. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/240>.
11. COSTA JC, et al. Ciência & Saúde Coletiva - 25 anos: contribuição para os estudos sobre gestação, parto e infância. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, 25(12): p. 4813-4830. Epub 04 dez 2020. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.21642020>.
12. COSTA JVS, et al. Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais de enfermagem. *Rev enferm UFPE online*. 2019; 13: e242642 DOI: Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242642>.
13. CRUZI AC e PEDREIRAI MLG. Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S. l.], p. 1-4, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0672>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mk8PrbvG7bZ696PkRBvHXcK/?lang=pt>.
14. FERREIRA AMD, et al. Roteiro adaptado de análise de conteúdo – modalidade temática: relato de experiência. *J. Nurs. Health*. 2020; 10(1): e2010100. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14534/10951>.
15. FIALHO FA, et al. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. *Rev Enferm UFPE online*, 2016; 10(7): 2412-9, Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11297/12960>.
16. LIMA JÚNIOR DA, et al. Dificuldades na assistência humanizada em Unidades de Terapia Intensiva – UTI. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 2023; 5(4): p. 1421–1436. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/475/573>.
17. LOPES MR e SILVEIRA EAA. Expectations and experiences in the childbirth process from the perspective of symbolic interactionism. *Online Braz J Nurs* [Internet], 2021; 20: e20216483. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216483>.
18. LUZ SCL, et al. Método Canguru: potencialidades, barreiras e dificuldades nos cuidados humanizados ao recém-nascido na UTI Neonatal. *Revista brasileira de enfermagem*, [S. l.], p. 1-8, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1121>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D8Syrvy8TQLdTxzvpQ7BYDq/?lang=pt#>.
19. MAGALHÃES SGS e SILVA, JSLG. O Cuidado Humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Pró-UniverSUS*. 201; 10 (1): 129-132. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1640/1204>.
20. MARINHO CSR, et al. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 2020, 36(10): e00191219. Epub 19 out 2020. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00191219>.
21. MARQUES BLD et al. O Papel Da Enfermagem Na Humanização Dos Serviços De Saúde. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS*, [S. l.], 2021; 7(1): p. 173. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/9346>.
22. MARSKI BSL, et al. Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018; 71(Suppl 6): 2758-66. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0912>.
23. POLIT DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem [recurso eletrônico]: avaliação de evidências para a prática de enfermagem / Denise F. Polit, Cheryl Tatano Beck; tradução: Denise Regina de Sales; [revisão técnica: Anna Maria Hecker Luz, Lísia Maria Fensterseifer, Maria Henriqueta Luce Kruse]. – 7. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2011.
24. SILI EM, et al. Cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva: discurso dos profissionais de enfermagem angolanos. *Rev. Bras. Enferm*, [S. l.], p. 1-6, 2023. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0474pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QYMkKpY8sRVgCh6ZV6BZVvr/?lang=pt#>.



25. SILVA MS, et al. Family experiences during child hospitalization: an integrative Review / Experiências familiares durante a hospitalização infantil: uma revisão integrativa. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]. 2021 12: 1179-86. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8037>.
26. SOUSA SC, et al. Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], 2019; 13(2): p. 298-306. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a236820p298-306-2019>.
27. SOUZA LSS e LIBERATO DPPB. o uso da comunicação como tecnologia leve a fim de humanizar o atendimento entre enfermeiro-paciente no serviço de saúde. Revisão Integrativa. In: Conexão Unifametro 2019 - Fortaleza- CE, 2019. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/conexaounifametro2019/trabalho/124372>.
28. SIQUEIRA, ACF, et al. Uso do polvo de crochê em prematuros na unidade neonatal: uma análise de notícias eletrônicas. Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], 2019; 27: p. e43566. ISSN 0104-3552. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.43566>.
29. UEMA RTB, et al. Cuidado centrado na família em neonatologia: percepções dos profissionais e familiares [Family-centered care in neonatology: health workers' and families' perceptions] [Atención centrada en la familia en neonatología: percepciones de los profesionales y familiares]. Revista Enfermagem UERJ, 28, e45871. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.45871>.
30. UTZUMI FC, et al. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2018; 27(2): e4250016. Epub 03 maio 2018. ISSN 1980-265X. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>.