



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANNA KATHARINNE CARREIRO SANTIAGO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO
PREMATURO**

TERESINA

2016

ANNA KATHARINNE CARREIRO SANTIAGO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO
PREMATURO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Lídyia Tolstenko Nogueira

Linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas de Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro

TERESINA
2016

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde - UFPI
Serviço de Processamento Técnico

S235a Santiago, Anna Katharinne Carreiro.
Avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro / Anna Katharinne Carreiro Santiago. -- 2016.
107 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

"Orientação : Profa. Dra. Lídyá Tolstenko Nogueira."

Bibliografia

1. Prematuro. 2. Humanização da assistência. 3. Estrutura dos serviços. 4. Prática profissional. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 610.736 2

ANNA KATHARINNE CARREIRO SANTIAGO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO
PREMATURO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Lídy Tolstenko Nogueira
Universidade Federal do Piauí – Presidente

Profª Drª Cristiana Brasil de Almeida Rebouças
Universidade Federal do Ceará – 1ª examinadora

Profª Drª Márcia Teles de Oliveira Gouveia
Universidade Federal do Piauí – 2ª examinadora

Profª Drª Silvana Santiago da Rocha
Universidade Federal do Piauí – Suplente

A Deus, por me permitir perseverar, apesar das tribulações. Aos meus pais, Jesus Carreiro e Adalberto, e meus irmãos, Kátia e João, pelo apoio incondicional e força constante.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Piauí, pela oportunidade de obter minha graduação e mestrado.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Lídyá Tolstenko Nogueira, que me acompanha desde a graduação, sempre tão atenciosa e amiga, por todo conhecimento e sabedoria compartilhados nesses anos de convivência e pelo carinho e compreensão que tem por mim. Seu incentivo e dedicação foram fundamentais para a concretização deste sonho.

Às professoras, Dr^a Cristiana Brasil de Almeida Rebouças, Dr^a Márcia Teles de Oliveira Gouveia e Dr^a Silvana Santiago da Rocha, por participarem da banca examinadora deste estudo e pelas valiosas contribuições.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelos conhecimentos compartilhados e valiosas orientações.

À Rebeca Monteiro, meu suporte teórico, filosófico, mas sobretudo emocional, amiga com quem pude compartilhar essa caminhada e alcançar a “linha de chegada”.

À Abiúde Nadabe, com quem não só “dividi” a orientadora, mas principalmente pela divisão de angústia e percalços pelo caminho.

Aos participantes do estudo, pela disponibilidade com a qual receberam a pesquisa e pela contribuição que deram ao presente estudo.

Aos colegas de trabalho da Maternidade Dona Evangelina Rosa, por torcerem pela concretização desse estudo, especialmente, às queridas Zuila Brito e Itelmária Osório, sempre disponíveis para trocas de plantões.

Às amigas, Lucyanna Gonçalves, Ariane Gomes, Thais Norberta, Mayanne Lima, Mirella Bandeira, Cinara Beleza, eternas torcedoras, cuja amizade me incentivou a trilhar por esse caminho, mas principalmente a persistir.

Ao diretor da Maternidade Dona Evangelina Rosa, por permitir a realização desta pesquisa.

RESUMO

Introdução: A atenção humanizada ao recém-nascido prematuro, prática qualificada, reúne intervenções para promover o desenvolvimento saudável, que requer avaliação para aperfeiçoar as estruturas institucionais disponíveis e a prática profissional. **Objetivo:** Avaliar a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro, na perspectiva da primeira etapa do Método Canguru. **Metodologia:** Estudo descritivo, avaliativo, com delineamento transversal, realizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) de maternidade de referência, em Teresina-PI, com 128 profissionais de saúde, entre julho e outubro de 2015. Foram utilizados três instrumentos: formulário tipo *check list* para os dados da estrutura, questionário para os profissionais e roteiro de observação estruturada das práticas profissionais. Os dados foram organizados por meio do *software Microsoft Excel*. **Resultados:** Evidenciou-se que o grau de adequação estava inferior às recomendações ministeriais, no que tange a recursos materiais para UTIN e a recursos humanos para UCINCo. As práticas assistenciais na perspectiva da primeira etapa, mostraram-se incipientes, apesar dos profissionais terem recebido capacitação: frágil inclusão da família no cuidado ao recém-nascido; manuseio não contingente do recém-nascido; controle de ruídos e luminosidade deficientes e baixa utilização de medidas não farmacológicas de manejo da dor em procedimentos dolorosos. **Conclusão:** A inadequação na estrutura compromete a instituição do Método Canguru e dificulta a prática comprometida com a singularidade de cada família. Ademais, os preceitos das normas ministeriais para o atendimento a essa população ainda não foram completamente incorporados à assistência pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Prematuro, Humanização da assistência, Estrutura dos serviços, Prática profissional.

ABSTRACT

Introduction: Humanized care to premature newborns as qualified practice brings together interventions that seek to promote their healthy development and it requires evaluation to improve available institutional structures and professional practice. **Objective:** To evaluate the humanized care to premature newborns from the perspective of the first stage of the Kangaroo Method. **Method:** Descriptive and evaluative study with cross-sectional design that was conducted in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and Unit of Conventional Intermediate Neonatal Care (UCINCo) of a reference maternity in Teresina-PI, with 128 health professionals. It was used three instruments: check list form for data structure, questionnaire for professionals and structured observation script of professional practices. Data were organized through the Microsoft Excel software. **Results:** It was evidenced that the degree of adequacy was below the ministerial recommendations regarding the material resources to NICU and human resources to UCINCo. Healthcare practices from the perspective of the first stage, proved to be incipient, although professionals have received training: fragile inclusion of the family in the care of newborn; not contingent handling of the newborn; noise control and poor light and low use of non-pharmacological treatment for pain management in painful procedures. **Conclusion:** The inadequacy in the structure undermines the institution of the Kangaroo Method and difficult the practice committed to the uniqueness of each family. Moreover, the principles of ministerial standards for the care of this population have not been completely incorporated into care by health professionals.

Keywords: Infant premature, Humanization of assistance, Structure of services, Professional practice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma da seleção de amostra.....	29
Gráfico 1	Distribuição percentual dos profissionais de saúde segundo, capacitação no Método Canguru.....	38
Gráfico 2	Local em que os profissionais de saúde realizaram o curso Método Canguru.....	39
Gráfico 3	Distribuição percentual da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro de acordo com a média de escores de classificação.....	51
Gráfico 4	Relação entre as respostas dos profissionais e as práticas observadas.....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de profissionais atuantes no Método Canguru, segundo categoria profissional e unidade neonatal.....	28
Quadro 2	Indicadores de processo da atenção ao recém-nascido prematuro e respectivos escores.....	34
Quadro 3	Avaliação da atenção ao recém-nascido prematuro segundo, médias de classificação.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos profissionais de saúde segundo, categoria profissional, sexo, tipo de vínculo institucional, tempo de atuação na instituição e na unidade.....	37
Tabela 2	Recursos materiais disponíveis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e recomendados para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro.....	40
Tabela 3	Recursos humanos disponíveis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e recomendados para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro.....	43
Tabela 4	Recursos materiais disponíveis na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais e recomendados para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro...	44
Tabela 5	Recursos humanos disponíveis na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais e recomendados para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro.....	46
Tabela 6	Grau de adequação das unidades neonatais segundo recursos disponíveis.....	47
Tabela 7	Práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde para participação da família no cuidado ao recém-nascido prematuro.....	48
Tabela 8	Características ambientais das unidades neonatais segundo controle de ruído e iluminação.....	49
Tabela 9	Manipulação e posicionamento do recém-nascido prematuro pelos profissionais de saúde.....	50
Tabela 10	Medidas não-farmacológicas utilizadas pelos profissionais de saúde para alívio da dor no recém-nascido prematuro.....	51
Tabela 11	Práticas de incentivo à participação da família no cuidado humanizado ao recém-nascido.....	52
Tabela 12	Manipulação, posicionamento e manejo da dor no recém-nascido pelos profissionais de saúde.....	53
Tabela 13	Práticas de controle ambiental segundo ruído e iluminação.....	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Justificativa.....	15
2	OBJETIVOS.....	17
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
3.1	Método Canguru: o contexto brasileiro.....	18
3.2	Humanização e o cuidado ao recém-nascido prematuro.....	22
4	MÉTODO.....	27
4.1	Tipologia do estudo.....	27
4.2	Local do estudo.....	27
4.3	População e amostra do estudo.....	28
4.4	Instrumentos para coleta de dados.....	29
4.5	Procedimentos para coleta de dados.....	31
4.6	Análise dos dados.....	33
4.7	Aspectos éticos e legais.....	35
5	RESULTADOS.....	37
5.1	Caracterização da amostra.....	37
5.2	Atributos da estrutura das unidades neonatais.....	39
5.3	Práticas de cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro...	47
5.4	Observação das práticas dos profissionais.....	52
6	DISCUSSÃO.....	56
6.1	Atributos da estrutura das unidades neonatais.....	56
6.2	Práticas de cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro...	62
7	CONCLUSÃO.....	70
	REFERÊNCIAS.....	72
	APÊNDICES.....	89
	APÊNDICE A - Formulário para observação dos atributos físicos das unidades neonatais.....	90
	APÊNDICE B - Questionário sobre perfil profissional e práticas assistenciais ao recém-nascido prematuro.....	96
	APÊNDICE C - Roteiro de observação do cuidado ao recém-nascido prematuro.....	99

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	101
APÊNDICE E - Carta de solicitação de autorização à instituição.....	103
ANEXO.....	104

1 INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro é um fenômeno que apresenta crescente aumento, e se constitui um dos mais relevantes problemas de saúde pública na atualidade. Estima-se que a cada ano nasçam cerca de 15 milhões de crianças prematuras em todo o mundo. Considera-se prematuro um bebê nascido vivo antes de completar 37 semanas de gestação. Os bebês prematuros se dividem em subcategorias, de acordo com a idade gestacional: prematuro extremo, nascido com menos de 28 semanas; muito prematuro, nascido entre 28 e 32 semanas e prematuro moderado a tardio, nascido a partir de 32, mas antes de 37 semanas (WHO, 2015).

A prematuridade é uma das principais causas de incapacidades em recém-nascidos em todo o mundo. Muitos dos bebês que sobrevivem necessitam de cuidados especiais e enfrentam maiores riscos de problemas graves de saúde, dentre os quais paralisia cerebral, deficiência intelectual, doença pulmonar crônica e perda de visão e de audição (WHO, 2012).

A prematuridade é ainda a segunda principal causa de morte em crianças menores de 5 anos e a causa mais importante de morte no primeiro mês de vida (LIU et al., 2012). A cada ano, as mortes por complicações em prematuros representam mais de um milhão, ou 35% de toda a mortalidade neonatal (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2013). A incidência de prematuridade e subsequente risco de morte devido a doenças associadas à prematuridade é, portanto, um indicador de como as mulheres em um determinado país têm acesso à assistência pré e pós-natal de qualidade (NASCIMENTO et al., 2012).

Nesse sentido, o cuidado ao recém-nascido prematuro em uma unidade neonatal configura-se em um desafio aos profissionais de saúde, visto que a assistência aos neonatos pode definir o processo de desenvolvimento infantil dessas crianças. Carece sobretudo de um ambiente que mescle alta tecnologia, profissionais capacitados e humanização, a fim de atender a essas necessidades (FREIRE; STELMAK; SANTOS, 2014).

A atenção ao recém-nascido deve pautar-se em segurança técnica da atuação profissional e em condições hospitalares adequadas, aliadas à suavidade no toque durante a execução dos cuidados prestados. Trabalho

importante deve, pois, ser desenvolvido com a equipe de saúde, oferecendo aos profissionais mecanismos para uma melhor qualidade no trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Ponderando essa problemática, o Método Canguru (MC) surgiu como proposta para melhorar os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso, originado em 1979 na Colômbia, no Instituto Materno-infantil de Bogotá, com os médicos Reys Sanabria e Hector Martinez. A partir de 1984, o MC passou a ser amplamente divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, devido aos bons resultados alcançados e relatados na literatura científica mundial (LÓPEZ, 2006).

O Ministério da Saúde publicou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru (AHRNBP-MC), por meio da Portaria nº 693, de 05 de julho de 2000, atualizada em 2007 pela Portaria nº 1.683 (BRASIL, 2007), a fim de propor uma mudança de postura dos profissionais e visando à humanização da assistência ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso. Esse documento especifica a população-alvo, os recursos necessários para a adoção do Método, as normas gerais e as vantagens para a promoção da saúde do bebê.

O MC é um modelo de assistência perinatal caracterizado pelo cuidado humanizado que incentiva estratégias de intervenções biopsicossociais. O contato pele a pele inicia com o toque e prossegue até a posição canguru. Deve ser orientado e acompanhado por uma equipe de saúde adequadamente treinada (GONTIJO et al., 2010).

O MC favorece o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, diminui o estresse, a dor e o choro; estabiliza o batimento cardíaco, a oxigenação e temperatura corporal; aumenta o vínculo mãe-filho; contribui para o aleitamento materno, a redução do risco de infecção hospitalar; proporciona maior segurança aos pais nos cuidados com o bebê, além de otimizar os leitos de alta complexidade (BRASIL, 2007).

Esse método está dividido em três etapas, quais sejam: a primeira etapa hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (UCINCo), a família participa dos cuidados ao recém-nascido; na segunda etapa, na Unidade de Cuidados

Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa), a mãe retorna à instituição e assume a integralidade dos cuidados ao bebê, com supervisão da equipe de saúde; a terceira etapa corresponde à alta hospitalar, no entanto permanece no método com acompanhamento ambulatorial até atingir o peso de 2.500 gramas (BRASIL, 2007).

O MC foi implantado no Piauí em outubro de 2004, na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER). A partir de 2012, a adesão ao Programa Rede Cegonha concedeu recursos financeiros para serem investidos, dentre outros setores, nas Unidades Neonatais. Em 2014, o Ministério da Saúde, certificou o MC da MDER como referência nacional nos cuidados aos bebês de baixo peso. O atendimento é modelo de assistência perinatal, com cuidados especiais voltados para o recém-nascido prematuros e/ou baixo peso, bem como para a mãe e para os demais familiares.

A proposta do MC, assim como os demais serviços e programas públicos instituídos para a melhoria da saúde da população, necessita ser avaliada, a fim de se verificar a adequação entre os objetivos propostos, a operacionalização e estrutura do serviço.

A garantia da estrutura necessária ao funcionamento das unidades neonatais, a potencialização da regionalização e da hierarquização em relação a oferta de leitos intensivos neonatais, a avaliação sistemática das práticas assistenciais e dos resultados neonatais são cruciais à construção de novas perspectivas ao cenário vigente.

Dentre os teóricos que se utilizam da avaliação de serviços de saúde como objeto de estudo, destaca-se Donabedian, que defende a concepção sistêmica. Nesta, aborda os componentes estrutura, processo e resultado, os quais apresentam relação de dependência e permeabilidade com usuário do sistema, parte integrante do processo, influenciando e sendo influenciado por este. O resultado diz respeito aos atributos do usuário que sofreram mudanças pela interação no processo (DONABEDIAN, 1980; TANAKA; MELO, 2001).

Tal enfoque será adotado neste estudo para avaliar a assistência ao recém-nascido de baixo peso quanto às práticas assistenciais e à estrutura. Parte-se, portanto, do pressuposto de que a avaliação é uma forma de aperfeiçoamento da prática no que tange ao grau de adaptação dos sistemas e

serviços de saúde, já que motiva mudanças estruturais e conduz a resultados factíveis no âmbito da eficácia.

Considerando-se essas premissas, indaga-se: a estrutura e as práticas neonatais de atenção ao recém-nascido prematuro, vigentes em maternidade de referência, estão de acordo com a normatização estabelecida pelo Ministério da Saúde?

De acordo com o exposto, o presente estudo tem como objeto de pesquisa a avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro em maternidade de referência.

1.1 Justificativa

A proposta brasileira do MC se caracteriza pelo cuidado qualificado fundamentado na conduta profissional frente ao recém-nascido prematuro e sua família. Esse modo de operar os processos de trabalho transcende os conhecimentos técnico-científicos, produzindo uma rede social de apoio para a mãe, e favorecendo a redução dos efeitos deletérios decorrentes da internação neonatal.

O contato com a operacionalização do MC como dispositivo de reordenação do serviço, a partir da inserção da pesquisadora como funcionária da UTIN, provocou inquietações acerca do impacto da estrutura e das práticas profissionais no desenvolvimento do recém-nascido prematuro, na primeira etapa do método. Observou-se, pois, elevado número de bebês com complicações decorrentes do cuidado, ainda que o método tenha sido implantado há mais de dez anos na instituição.

Desse modo, houve o despertar para a necessidade de avaliar a atenção humanizada dispensada ao recém-nascido prematuro e à família na UTIN e na UCINCo, a partir da análise das práticas profissionais, considerando ainda os atributos estruturais.

No contexto das práticas assistenciais referentes à saúde perinatal, essa avaliação, baseada nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde, traz a possibilidade de construção de ferramentas que auxiliarão na consolidação do

método, tanto a partir de práticas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, como da articulação de propostas para subsidiar programas de educação permanente para os profissionais de saúde que lidam diretamente com essa clientela.

Contribui, portanto, para o preenchimento de lacunas existentes na produção científica, já que são incipientes os estudos que abordem o tema na referida instituição, sobretudo na perspectiva do cuidado humanizado dispensado a essa população na primeira etapa do método.

2 OBJETIVOS

Geral

Avaliar a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro em maternidade de referência, na perspectiva da primeira etapa do Método Canguru.

Específicos

- Caracterizar o perfil e capacitação dos profissionais de saúde que atendem aos recém-nascidos prematuros na primeira etapa do Método Canguru.
- Comparar a estrutura física da instituição e o grau de adequação da UTIN e da UCINCo às normas do Ministério da Saúde relativas ao atendimento humanizado ao recém-nascido prematuro;
- Analisar as práticas humanizadas da equipe multiprofissional de saúde relativas à participação da família, ao controle ambiental, ao manuseio e posicionamento e ao manejo não farmacológico da dor nos recém-nascidos prematuros assistidos na primeira etapa do Método Canguru.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Método Canguru: o contexto brasileiro

O Método Canguru (MC), visto como tecnologia de atenção neonatal, busca melhorar a qualidade da assistência, por meio da incorporação de assistência humanizada a crianças nascidas prematuramente ou com baixo peso.

O programa foi inicialmente denominado de "Manejo Racional ao Prematuro e sua Mãe", como alternativa às condições precárias da atenção hospitalar, tais como superlotação, abandono de bebês, carência de equipamentos e de pessoal, altas taxas de infecção cruzada e de mortalidade neonatal. As mães, então, passaram a ser preparadas para levar seus bebês para casa, independente do peso, mas em condições clínicas estáveis. Após a alta hospitalar, as crianças deveriam ser alimentadas apenas com leite materno, acompanhadas em ambulatório especializado e mantidas pelo maior tempo possível em contato pele a pele com a mãe, entre seus seios, na posição supina, semelhante ao modo como a fêmea canguru carrega o filhote. Esse tipo de cuidado recebeu o nome de "Programa *Madre Canguro*" (WHITELAW; SLEATH, 1985; COSTA; MONTICELLI, 2005; BERGH, et al., 2013).

Os bons resultados da prática do MC na Colômbia levaram a sua divulgação mundial pelo Fundo da Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que instigou outros países a aderirem ao método como assistência aos neonatos. Ao longo dos anos, vários serviços adotaram o MC, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, com adaptações da proposta nos diferentes contextos de acesso à tecnologia na assistência neonatal (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

A proposta brasileira do MC, disseminada a partir de 1990, foi construída de modo mais abrangente que a proposta originária da Colômbia, posto que contempla questões como os cuidados técnicos com o recém-nascido (manuseio, atenção individualizada, controle ambiental, manejo da dor); o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe/bebê e da lactação; e o acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar, configurando-se, assim,

como estratégia de qualificação do cuidado neonatal (GONTIJO; XAVIER; FREITAS, 2012).

No Brasil, a primeira proposta do Programa Mãe Canguru surgiu em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo. Já em 1994, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) ensaiava os primeiros passos para a implantação do programa, uma vez que o número de prematuros e recém-nascidos de baixo peso era superior ao de incubadoras disponíveis (PROCHNIK; CARVALHO, 2001; GONTIJO et al., 2010).

O programa adquiriu notoriedade nacional a partir de 1997, por meio do concurso de projetos sociais, patrocinado pela Fundação Ford, em conjunto com a Fundação Getúlio Vargas e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), em que o IMIP se classificou como um dos finalistas. Esta premiação, que visa reconhecer iniciativas inovadoras no tratamento de questões sociais, induziu o BNDES a apoiar a expansão da enfermaria Mãe Canguru do IMIP e a conduzir ações para a divulgação em nível nacional (PROCHNIK; CARVALHO, 2001).

A divulgação inicial pelo BNDES, conduzida por meio da Conferência Nacional sobre o Método Mãe Canguru, sucedeu em março de 1999, no Rio de Janeiro. Após a conferência, o Ministério da Saúde mobilizou a elaboração das diretrizes para a implantação do método, publicadas em julho de 2000, que aprova a “Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru” (BRASIL, 2000).

Entretanto, apenas em 2007 o MC foi instituindo como política pública de saúde, tendo suas etapas descritas pela Portaria GM/MS número 1.683, de 12 de julho, posteriormente revogada pela portaria número 2.048, de 3 de setembro de 2009, a qual defende o atendimento humanizado contemplando aspectos biopsicossociais, o prolongamento do período de contato pele a pele com o bebê por meio da posição canguru e incentivo à capacitação dos profissionais por meio de cursos de preparação (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009).

Após a publicação da Norma, o Ministério da Saúde se propôs ao desenvolvimento de um projeto amplo de divulgação do método em todo o país, apoiado pelo BNDES e em parceria com a Fundação Orsa (PROCHNIK; CARVALHO, 2001). A partir da elaboração de um manual técnico, equipes multiprofissionais de saúde foram capacitadas e definidos cinco Centros de

Referência nas macrorregiões do país. Entre 2000 e 2007 foram ofertados 166 cursos, abrangendo 7.036 participantes, além de seminários nacionais para instrumentalização de profissionais de saúde (TOMA, 2012).

A Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC), surgiu como uma tentativa de mudar a postura na abordagem perinatal, com a humanização da assistência prestada. A partir de um equilíbrio no atendimento das necessidades biológicas, ambientais e familiares, busca-se uma adaptação técnica e atitudinal que possa promover a humanização do atendimento (BRASIL, 2013).

A operacionalização do MC se dispõe em três etapas: na primeira etapa, diante da necessidade de internação do recém-nascido na UTIN e/ou na UCINCo, deve-se orientar os pais e a família sobre as condições de saúde e as potencialidades da criança, estimular a entrada dos pais nesses locais. É importante que a família seja acompanhada e orientada adequadamente durante as visitas, com o intuito de estimular o contato tátil de forma gradual e crescente, a amamentação e a participação dos pais no cuidado. Em situações de estabilidade clínica do recém-nascido, a posição canguru deverá ser incentivada (BRASIL, 2000).

O sistema nervoso autônomo, que regula o ritmo cardíaco, amadurece por meio de estímulos térmicos, táteis e nutritivos fornecidos pelo corpo da mãe, e o ciclo sono-vigília é moldado pelos ritmos fisiológicos e comportamentais maternos. O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que regula a produção de cortisol e a resposta do organismo ao estresse, organiza, durante um breve período, neuroplasticidade em resposta ao contato materno. Estes sistemas, que regulam a resposta do organismo às novas exigências externas, prestam apoio às habilidades cognitivas e sociais complexas e moderam as adaptações entre o organismo e o meio ambiente (FELDMAN; ROSENTHAL; EIDELMAN, 2014).

Na segunda etapa do MC, é mandatária a estabilidade clínica do recém-nascido, ganho de peso, segurança e habilidade maternas, interesse e disponibilidade da mãe em permanecer na UCINCa com a criança. A posição canguru será realizada pelo maior tempo possível, conforme seja seguro e agradável para ambos. A terceira etapa se concretiza com a alta hospitalar e o acompanhamento criterioso da criança e da família, no ambulatório e/ou no

domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial (BRASIL, 2000).

A proposta de humanização da assistência neonatal brasileira sofreu grande influência da Colômbia, que norteou as linhas gerais do programa (presença da mãe, contato pele a pele, aleitamento materno e possibilidade de alta precoce). Sofreu influência também, da Pediatria do Desenvolvimento e do *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), baseado na teoria do desenvolvimento síncrono-ativo, cujo objetivo é promover desenvolvimento harmonioso do recém-nascido prematuro e de baixo peso. Para isso, utiliza-se de estratégias comportamentais (promoção de períodos de descanso) e de estratégias de controle ambiental (redução da luminosidade, ruído e manuseio), a fim de diminuir o alto nível de estresse ambiental (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

De acordo com essa teoria, o equilíbrio da fisiologia do prematuro se estabelece por cinco subsistemas (autônomo, motor, de estados, de atenção/interação e regulador), os quais sofrem maturação simultânea e interação mútua ao longo do desenvolvimento (ALS et al., 1986). Quando o estímulo sensorial é adequado, a criança esboça sinais neurobiológicos de estabilidade. No entanto, quando o estímulo é de grande intensidade ou em momento impróprio, a criança exhibe comportamento de estresse ou desconforto (WESTRUP, 2007).

Percebe-se, assim, tamanha importância da oferta no atendimento neonatal, juntamente com a assistência médica, do cuidado desenvolvimental, ao abranger cuidados técnicos com o bebê (ambiente sensorial, alívio/conforto da dor e atenção individualizada), o acolhimento à família e a promoção do vínculo entre mãe e bebê e incentivo à lactação, além do acompanhamento ambulatorial após sua saída da unidade neonatal (LAMY et al., 2005).

A proposta brasileira do MC pretende, não apenas melhorar a qualidade do atendimento técnico, mas também uma mudança de postura profissional, ao fundamentar a tenção na integridade do ser (BRASIL, 2002). Com isso, a AHRNBP-MC se caracteriza pela qualificação do cuidado baseada na atitude dos profissionais de saúde diante do recém-nascido e de sua família, estendendo além dos conhecimentos técnico-científicos, alcançando a construção de uma

rede social de apoio para a mãe, ao contribuir para a minimização de efeitos deletérios decorrentes da internação hospitalar (LAMY et al., 2005).

3.2 Humanização e o cuidado ao recém-nascido prematuro

Nas últimas quatro décadas, a neonatologia tem experimentado um rápido desenvolvimento, que permitiu o aumento na expectativa de vida e o declínio nas taxas de mortalidade perinatal e neonatal, alterando as características sociodemográficas das unidades neonatais com elevação do número de recém-nascidos prematuros, definidos pela idade gestacional ao nascer menor que 37 semanas (COLLADOS-GOMÉZ et al., 2011).

Na maioria dos casos, os recém-nascido prematuros requerem assistência específica em unidades neonatais com alto aporte tecnológico, na tentativa de reproduzir as condições intra-útero e, ao mesmo tempo, produzir estímulos suficientemente adequados que favoreçam o desenvolvimento biopsicossocial. No entanto, esses ambientes caracterizam-se por ruído e luminosidade elevados, bem como manipulações e procedimentos intrusivos que desencadeiam estresse ao recém-nascido (CARDOSO, KOZIOWSKI; LACERDA, 2015).

O ambiente das unidades neonatais de risco inclui equipe multiprofissional com intenso ritmo de trabalho, alta tecnologia e, para as famílias, recém-nascido diferente do esperado e sentimentos controversos sobre as circunstâncias de internação. No que tange ao recém-nascido, este é privado do aconchego e do calor da mãe, restando somente o conforto dos limites que são posicionados junto ao corpo no interior da incubadora. Estímulos ambientais nocivos, quais sejam ruído, luz contínua, odores, alteração de temperatura associados às interrupções do sono por manuseio e procedimentos excessivos, podem ainda comprometer o neurodesenvolvimento e a disponibilidade do recém-nascido para interagir com os pais (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Os efeitos indesejados que a permanência em unidade neonatal de risco provoca, podem ser reduzidos por meio do cuidado individualizado, centrado nas necessidades do recém-nascido prematuro e da família. Esse tipo de cuidado

compreende intervenções direcionadas a otimizar o macroambiente, considerando, entre outros, luzes, ruídos e odores; e o microambiente onde se desenvolve o recém-nascido prematuro, incluindo postura, manipulação e dor. Além disso, é fundamental incluir a família como parceira no cuidado.

O ambiente em unidades neonatais de risco é caracterizado pelo excesso de estímulos nociceptivos, que conseqüentemente podem comprometer o desenvolvimento anátomo-fisiológico do recém-nascido prematuro. A preocupação com o ambiente dos serviços de saúde, dentre os quais os hospitalares, se fortaleceu com a Política Nacional de Humanização em 2003.

Esse modo de operar os processos de trabalho, busca aprimorar a qualidade no atendimento à saúde da população, por meio de um conjunto de estratégias disparadoras de mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. Além da ambiência, abarca o acolhimento, a gestão participativa, a clínica ampliada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2004).

Faz-se necessário resgatar o conceito de ambiência, a fim de qualitativamente propor uma discussão sobre humanização aos cuidados dispensados ao recém-nascido prematuro. Nos serviços de saúde, especialmente os hospitalares, a ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social e de relações interpessoais, intimamente relacionadas à assistência à saúde. Dessa forma, pode-se envolver o componente afetivo, expresso na forma do acolhimento e da atenção dispensada ao usuário. Essa concepção envolve a valorização, tanto de aparatos tecnológicos que compõem o serviço de saúde, quanto dos componentes sensoriais captados pelos órgãos do sentido, como luminosidade, ruídos e temperatura (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, o cuidado com o entorno do recém-nascido prematuro visa a fornecer melhores condições, para continuar o desenvolvimento interrompido prematuramente pelo parto. Essa condição se acentua pela promoção de um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde com o mínimo de estressores.

O cuidado humanizado, contrário à assistência mecânica e tecnicista, envolve compromisso e responsabilidade, bem como objetiva qualidade de vida e bem-estar do usuário, ao considerá-lo como sujeito de cuidado e não como objeto de intervenção do saber profissional. Humanizar é oferecer atendimento

de qualidade, ao articular avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado (ambiência) e das condições de trabalho dos profissionais (REIS et al., 2013; ROSEIRO; PAULA, 2015).

É nesse cenário que as necessidades não-biológicas do recém-nascido prematuro ganham destaque, com a inserção da família nos cuidados e a manutenção da qualidade de vida. O recém-nascido prematuro deve ser considerado e respeitado como ser-sujeito, dotado de emoções, individualidade e subjetividade. Logo, os cuidados devem transcender os aspectos biológicos, e estimular o desenvolvimento psicoafetivo (SILVA, SILVA, CHRISTOFFEL, 2015). Posto isso, a assistência deve ter como cerne do cuidado a promoção do neurodesenvolvimento saudável do recém-nascido, de modo a adequar o ambiente sensorial das unidades neonatais de risco, à medida que propicia acolhimento inclusivo à família.

Ademais, o cuidado não se restringe ao restabelecimento da saúde a partir da atuação exclusiva na doença, mas inclui a afetividade ao demonstrar o caráter humano do relacionamento com as pessoas. Diante disso, o profissional deve dispor de interesse tridimensional pelo usuário, abrangendo o interesse intelectual, o interesse afetivo e o interesse técnico no cuidado (CARVALHO, 2009).

As atividades de humanização no cuidado nessas unidades se destinam a promover um ambiente estimulador para o desenvolvimento do neonato, o qual o proteja de estímulos agressivos e reduza as consequências danosas provenientes do período de internação e facilite a construção de vínculo entre o recém-nascido e sua família (BRASIL, 2009).

A utilização desse modelo de cuidado relaciona-se com a influência na diminuição da dor e estresse em nível neurológico, a evolução da estabilidade clínica, que contribui com o ganho de peso, a organização comportamental, com redução de alimentação enteral e de complicações hemorrágicas, incluindo a promoção da adaptação familiar (SILVA; MANDETTA; BALIEIRO, 2015).

O cuidado a essa população convoca a repensar as relações entre os prematuros, a família e profissionais de saúde. Esse modo de operar os processos de trabalho, implica em diversas atividades que controlam o ambiente e individualizam a assistência ao prematuro, baseando-se em observações do comportamento. O objetivo maior diz respeito à promoção de estabilidade

clínica, auto-organização e competência do recém-nascido, tanto quanto possível, auxiliando-o na conservação de energia para o crescimento e desenvolvimento saudáveis (BYERS, 2003).

O controle ambiental é de suma importância para o desenvolvimento saudável do recém-nascido prematuro, visto que afeta os estados fisiológico e neurocomportamental, sendo necessário promover ambiente adequado, familiarizando-o e diminuindo a quantidade e a intensidade de estímulos.

Tal fato justifica-se, pois, no prematuro, a energia disponível não se distribui equitativamente ante a um estímulo qualquer como a luminosidade, por exemplo, o recém-nascido prematuro poderá responder, em muitos casos, por um período muito longo além da resposta fisiológica, ou seja, à custa da energia de funcionamento do subsistema autônomo e/ou motor. Essa situação provocará desorganização do sistema, de modo que o cuidador deve estar atento aos sinais de má adaptação ao ambiente, quais sejam: respiração, postura, tônus muscular, movimentos corporais, irritabilidade, hipotonia, choro, sono difuso, exaustão, dentre outros (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009; CARDOSO, KOZIOWSKI; LACERDA, 2015).

Para os recém-nascidos prematuros, a exposição prolongada aos ruídos leva ao aumento do consumo de oxigênio e da frequência cardíaca, conseqüentemente eleva a demanda de energia e atrasa o ganho de peso, prolongando assim o tempo de hospitalização. O ruído se caracteriza ainda, como um dos elementos mais perturbadores do ritmo de sono e repouso dos recém-nascidos prematuros internados em unidades neonatais de risco, os quais são fundamentais na maturação das funções cerebrais. Além disso, níveis elevados de ruído são danosos devido ao risco de déficit auditivo por lesão de cóclea e por predisposição à hemorragia intracraniana peri-intraventricular (SANTOS et al., 2015).

O desenvolvimento profissional e de formação ligados ao controle de ruídos, com o intuito de sensibilizar a equipe de saúde, são possibilidades factíveis para a diminuição do nível de pressão sonora dentro das unidades neonatais de risco. Porém, requer sobremaneira, o monitoramento contínuo, adequações estruturais e aquisição de aparelhos mais silenciosos, cuja manutenção seja preventiva.

O grau e a qualidade da luminosidade nas unidades neonatais de risco também são fatores relevantes, uma vez que a luz forte e contínua desencadeia estresse no prematuro, o qual tem menos defesas em relação à luz ambiente. Em vista disso, são priorizados o controle de iluminação com incubadoras parcial ou totalmente cobertas, proteção ocular durante procedimentos, pontos de luz individualizados. Além do mais, a iluminação natural é fundamental para favorecer o ciclo sono/vigília e o ritmo circadiano do recém-nascido prematuro (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a humanização na neonatologia de risco, fomenta discussões acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional. Pressupõe tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte da equipe multiprofissional ao recém-nascido prematuro e à família, e postura ética que permeie o processo de trabalho. Os profissionais de saúde devem atender à globalidade do ser humano, integrando a dimensão relacional como uma via inequívoca de humanização, cuidando assim do recém-nascido prematuro com dignidade, possibilitando-lhe maiores ganhos possíveis (RIBEIRO et al., 2015).

4 MÉTODO

4.1 Tipologia do Estudo

Estudo descritivo, do tipo avaliativo com delineamento transversal. Avaliar pressupõe realizar um julgamento de valor sobre um fato ou intervenção com o intuito de subsidiar a tomada de decisões. Este juízo pode ser oriundo da aplicação de normas, avaliação normativa, ou critérios ou ser elaborado por meio de um procedimento científico, a pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS et al., 2005).

A pesquisa avaliativa se desenvolve na perspectiva analítica, relaciona problema, intervenção, objetivos de intervenção, recursos, atividades, efeitos e o contexto no qual a intervenção se encontra (SAMICO et al., 2010).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Teresina, em uma maternidade pública, de ensino, certificada como Hospital Amigo da Criança, que constitui referência para o Estado do Piauí, no atendimento a gestantes de alto risco e a recém-nascidos prematuros. Para tanto, conta com 17 tutores do Método Canguru na instituição, formados pelo Ministério da Saúde, os quais são responsáveis por apoiarem e disseminarem o método nas unidades neonatais.

A maternidade em questão possui 248 leitos obstétricos e 167 leitos neonatais. É a maior maternidade do estado e responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade de Teresina. Apresenta em média 1.200 internações por mês, das quais aproximadamente 900 são por parto. Os leitos neonatais para recém-nascido prematuro na primeira etapa se distribuem da seguinte forma: 20 leitos de UTIN e 17 leitos na UCINCo. A instituição atende ainda, o recém-nascido prematuro na UCINCa e em nível ambulatorial, após alta

hospitalar, por meio de consultas em três consultórios, nos turnos manhã e tarde. (SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ, 2015).

4.3 População e amostra do estudo

O potencial de participantes esperado neste estudo, de acordo com as escalas dos profissionais, foi 162 profissionais de saúde. A população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde que prestam assistência direta ao recém-nascido prematuro e às respectivas famílias na UTIN e na UCINCo conforme o quadro a seguir.

Quadro 1 – Número de profissionais atuantes na Método Canguru, segundo categoria profissional e unidade neonatal. Teresina (PI), 2016.

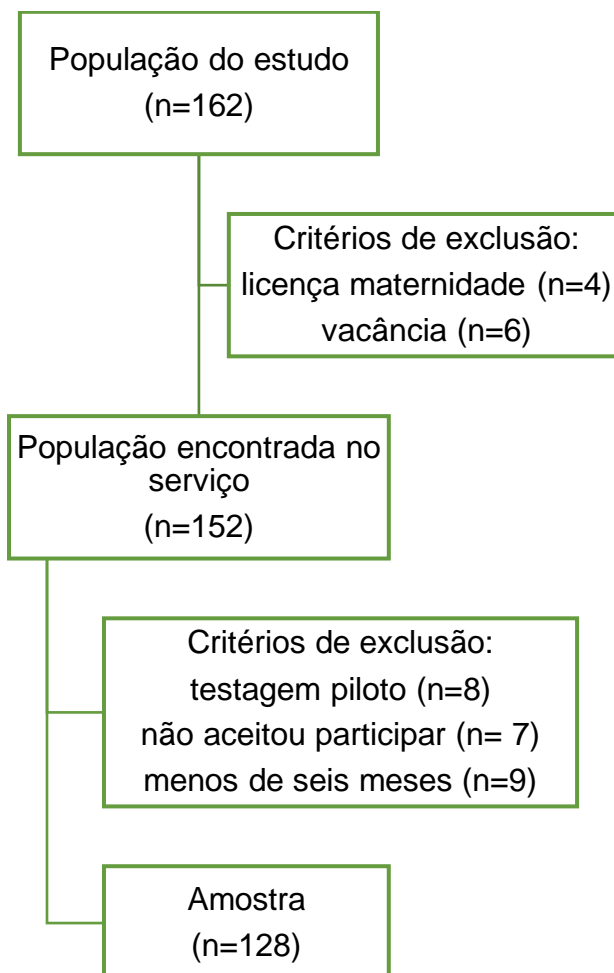
Profissionais	UTIN	UCINCo
Enfermeiros	16	10
Técnico de enfermagem	55	30
Médicos	18	07*
Assistente social	01*	01*
Psicólogo	02*	02*
Fisioterapeuta	12	02*
Nutricionista	01*	01*
Fonoaudiólogo	-	02
Total	106	56

* Profissionais que atuam em mais de uma das unidades listadas, só foram contabilizados uma vez.

Fonte: Coordenações das unidades neonatais da Maternidade Dona Evangelina Rosa.

Foram incluídos no estudo médicos pediatras e neonatologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais vinculados à instituição e com pelo menos seis meses de atuação profissional na unidade. Foram excluídos os profissionais de saúde que participaram da testagem piloto, estavam afastados da instituição, por licença maternidade ou vacância por período superior a 90 dias (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma da seleção de amostra.



Assim, a amostra foi composta por 128 profissionais de saúde, encontrados no serviço durante a coleta de dados, que aceitaram participar da pesquisa, contemplaram os critérios de inclusão e não integraram a testagem piloto.

4.4 Instrumentos para coleta de dados

Foram elaborados, pela pesquisadora, três instrumentos para coleta de dados, os quais seguiram as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

1º) Formulário tipo *check-list*, sobre os atributos de estrutura disponíveis para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro na UTIN e na UCINCo

(APÊNDICE A): composto por perguntas fechadas, com intuito de verificar a presença e o grau de adequação: a) recursos materiais: controle de ruído, iluminação e climatização; garantia de informações da evolução dos recém-nascidos prematuros aos familiares, pelos médicos; material para reanimação; monitor multiparâmetros à beira do leito; oxímetro de pulso; ventilador pulmonar mecânico; ventilador pulmonar para transporte; equipamento para infusão contínua de fluídos; conjunto de nebulização; conjunto de beira de leito (estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão autoinflável com máscara e reservatório); termômetro; esfignomanômetro; otoscópio; oftalmoscópio; aspirador portátil; bandejas para procedimentos/pequenas cirurgias; eletrocardiógrafo; equipamentos para monitorização de pressão arterial invasiva; pontos de oxigênio, ar comprimido e vácuo; equipamentos e materiais para ventilação pulmonar não-invasiva; aparelho para fototerapia; capacete/tenda de acrílico para oxigenoterapia; incubadoras com parede dupla; incubadora simples; incubadora para transporte; berço de calor irradiante; berço de acrílico; balança eletrônica portátil; glicosímetro; material para aspiração; negatoscópio; poltronas removíveis; relógio e calendário de parede; b) recursos humanos: médico coordenador, médico diarista, médico plantonista; enfermeiro coordenador; enfermeiro diarista; enfermeiro plantonista; fisioterapeuta coordenador; fisioterapeuta plantonista; técnico de enfermagem; fonoaudiólogo; funcionário da limpeza (BRASIL, 2012a).

2º) Questionário sobre as práticas de humanização desenvolvidas pelos profissionais de saúde com recém-nascido prematuro/família, composto por duas partes (APÊNDICE B): a) 11 questões sobre perfil profissional, das quais seis eram abertas e cinco fechadas, que envolveram: unidade neonatal; categoria profissional; sexo; ano de conclusão de curso; tipo de vínculo empregatício; existência de outros vínculos; tempo de atuação na instituição, na neonatologia e na unidade; participação no treinamento sobre Método Canguru; b) 15 questões do tipo Likert, concernentes às práticas de cuidado humanizado, estruturadas a partir de temas presentes no manual técnico do Método Canguru: b.1) parceria com a família (primeira visita acompanhada por profissional de saúde; livre acesso à unidade; estímulo ao contato precoce com a equipe de saúde; família toca espontaneamente o recém-nascido; mãe participa dos cuidados; incentivo à formação de laços afetivos entre família e recém-nascido);

b.2) controle do ambiente (cobertura parcial das incubadoras; atendimento dos alarmes sonoros dos equipamentos; nível de ruído da unidade; passagem de plantão); b.3) manipulação e posicionamento (pesagem do recém-nascido em dupla; existência de limites próximos ao corpo do recém-nascido; recém-nascido posicionado com cabeça alinhada e mãos livres e próximas ao rosto; manuseio contingente); b.4) medidas não farmacológicas de alívio da dor (enrolamento; contenção facilitada; contato pele a pele; sucção não nutritiva; sacarose). As opções de resposta para as práticas propostas foram assim definidas: “sim”, “às vezes”, “não” e “não sei” (BRASIL, 2011).

3º) Roteiro de observação sistematizada das práticas profissionais voltadas ao recém-nascido prematuro, adaptado de Roseiro (2010). Os itens observados caracterizaram a frequência das práticas (continuamente, frequentemente, algumas vezes, raramente, nunca e não foi possível avaliar) e contemplaram (APÊNDICE C): a) parceria com a família (fornece assento para mãe/pai, estimula mãe/pai a tocar o recém-nascido, incentiva a mãe a participar dos cuidados, elogia o que mãe/pai estiver fazendo correto); b) controle do ambiente (não atende celular, atende prontamente os alarmes sonoros, mantém incubadoras parcialmente cobertas); c) manuseio e posicionamento (limpa o prato da balança, pesa o recém-nascido envolto em tecido, muda recém-nascido de decúbito, posiciona o recém-nascido com cabeça alinhada e mão próximas ao rosto); d) minimização do estresse e da dor (utiliza medidas de manejo da dor, observa pistas fisiológicas do recém-nascido antes de tocá-lo, oferece consolo ao recém-nascido).

4.5 Procedimentos para a coleta de dados

Preliminarmente à coleta de dados, procedeu-se à testagem piloto dos instrumentos, com aplicação do questionário e do roteiro de observação sistematizada a oito profissionais de diferentes categorias, os itens que apresentaram inconsistência ou ambiguidades foram devidamente reformulados. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora no período de

julho a outubro de 2015, com a colaboração de um aluno de iniciação científica, bolsista PIBIC/CAPEs.

Os questionários foram apresentados aos participantes, nas antessalas e em ambientes destinados ao repouso e à alimentação das unidades neonatais, de acordo com a escala de serviço, entregues em mãos pela pesquisadora. Os participantes foram orientados a assinalar a frequência com que realizavam as práticas dirigidas ao recém-nascido e à sua família, sendo possível responder no horário que lhes fosse mais propício. Alguns questionários foram respondidos e devolvidos prontamente, mas a maioria foi entregue a *posteriori*.

Paralelamente, as práticas assistenciais foram observadas pela pesquisadora e pelo aluno de iniciação científica, que se colocaram em silêncio, em local discreto da unidade, portando o roteiro de observação sistematizada. Realizou-se observação de todos os profissionais em atividade, sendo registrada duplamente, mas de modo independente pelos observadores. Ao final de cada período, considerando o número de procedimentos observados, era consolidado a frequência com que cada variável se apresentava. As observações ocorreram em dias consecutivos, por três horas ininterruptas, pela manhã, das 08 às 11, à tarde, de 14 às 17 e à noite, das 19:30 às 22:30, cada turno foi observado por três dias, perfazendo um total de 54 horas ou 18 observações.

As atividades destinadas à observação e desempenhadas pelos profissionais de saúde foram estruturadas da seguinte maneira: a) procedimentos dolorosos: punção de veia, colocação de Cateter Central de Inserção Periférica – PICC ou cateter umbilical, coleta de sangue, inserção de sonda orogástrica, aspiração (cavidade oral, narinas, tubo orotraqueal ou traqueostomia), intubação, troca de curativo/remoção de adesivo, troca de lençóis; b) atendimentos especializados: exame médico clínico, fisioterapia respiratória, admissão/transferência de recém-nascido; colocação de equipamento de oxigênio de pressão positiva contínua nas vias aéreas ou para ventilação não-invasiva, pesagem do recém-nascido e acompanhamento dos familiares durante visitas às unidades.

O formulário destinado aos atributos de estrutura foi preenchido em dois momentos pela pesquisadora, nos dias de observação das práticas profissionais, no entanto, não em concomitância, sucedeu após o horário predeterminado para as observações.

4.6 Análise dos dados

Os dados relativos à caracterização dos profissionais, aos atributos da estrutura e da observação das práticas foram digitados no *software Microsoft Excel*, analisados mediante estatística descritiva dos percentuais das categorias de respostas das variáveis.

A classificação de adequação considerou o percentual de recursos disponíveis em relação ao recomendado pelo Ministério da Saúde, determinado pelo número de respostas positivas em relação ao quantitativo de material/pessoas: adequado, correspondência em 100%; parcialmente adequado, 80-99% de correspondência; inadequado, correspondência menor que 80% (BITTENCOURT, 2015).

Para a análise dos dados obtidos do questionário de práticas assistenciais do MC, a pesquisadora estabeleceu critérios de avaliação da assistência ao recém-nascido prematuro, utilizando-se escala Likert, com variação de 0 a 5 pontos, de acordo com o cumprimento de cada um dos critérios. Considerou-se a maior pontuação para as questões 6 e 15, por representarem a adesão ao ideário da humanização e o investimento do profissional de saúde em práticas que visam à neuroproteção e ao desenvolvimento neuropsicossocial do bebê (Quadro 2).

Quadro 2 – Indicadores de processo da atenção ao recém-nascido de prematuro e respectivos escores. Teresina (PI), 2016.

INDICADOR	ESCORE	
Parceria com a família		
1.Primeira visita dos pais à UTIN/UCINCo acompanhada por profissional.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
2.Livre acesso dos pais à UTIN/UCINCo.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
3.Estímulo ao contato precoce da família com aos profissionais de saúde da UTIN/UCINCo.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
4.Toque espontâneo dos pais no recém-nascido.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
5.Participação dos pais no cuidado ao recém-nascido.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
6.Medidas para a formação de laços afetivos entre pais e bebê.	Todas as medidas: 4 Três medidas: 3 Duas medidas: 2 Uma medida: 1 Nenhuma: 0	
Controle do ambiente		
7.Cúpulas das incubadoras parcialmente cobertas.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
8.Alarme sonoros prontamente atendidos.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
9.Nível baixo de ruído na unidade.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
10.Passagem de plantão longe dos leitos.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
Manipulação e posicionamento		
11.Pesagem do bebê em dupla, estando este coberto.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
12.Incubadora mantida aquecida.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
13.Bebê posicionado com a cabeça centralizada e mãos livres e próximas ao rosto.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
14.Manuseio contingente do recém-nascido.	Sim: 3 Às vezes: 2	Não: 1 Não sei: 0
15.Medidas de manejo da dor no recém-nascido	Todas as medidas: 5 Quatro medidas: 4 Três medidas: 3 Duas medidas: 2 Uma medida: 1 Nenhuma: 0	

A atenção ao recém-nascido prematuro foi qualificada considerado o escore médio. Desse modo, os parâmetros variaram de insatisfatório a excelente, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 3 – Avaliação da atenção ao recém-nascido prematuro, segundo médias de escores de classificação. Teresina (PI), 2016.

Escore	Parâmetro
Menos de 0,76	Insatisfatório
0,76 a 1,58	Regular
1,58 a 2,39	Bom
2,39 a 3,2	Excelente

4.7 Aspectos éticos e legais

De acordo com o disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assegura o compromisso na preservação da privacidade e confidencialidade dos dados coletados, e esclarece sobre possíveis riscos e benefícios (APÊNDICE D).

A pesquisadora se reuniu com os participantes da pesquisa, individualmente, para apresentar a pesquisa, convidá-los a participar e esclarecer as dúvidas que por ventura possam surgir e decidir como seriam os passos iniciais do processo de observação, assim como as datas e horários, tanto das observações como da aplicação dos questionários. Foi solicitado que após a leitura do TCLE e concordância com este, a autorização por meio da assinatura do termo. Os participantes tiveram a identidade preservada e garantido o direito de sair do estudo, a qualquer momento, se assim o desejarem.

O TCLE garantiu que os dados obtidos fossem preservados, na confidencialidade e no anonimato dos indivíduos participantes da pesquisa. A pessoa que concordasse em participar da pesquisa assinava duas vias, uma que ficava sob sua posse e outra sob posse das pesquisadoras. Os resultados da pesquisa serão apresentados à instituição participante por meio de um relatório final e de publicações científicas.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e autorizado sob o parecer nº 1.065.460 para avaliação e aprovação, após autorização da realização do estudo na instituição (ANEXO A).

Os participantes foram informados sobre a confidencialidade dos dados, os benefícios e possíveis riscos. No que tange aos benefícios, este estudo contribuiu para a compreensão de peculiaridades existentes na efetivação do Método Canguru no Estado do Piauí, com vistas à redução da taxa de morbimortalidade de crianças menores de ano. Assim, fornecerá subsídios para a reorientação dos processos de trabalho pautados na humanização da assistência dos recém-nascidos de prematuro e sua família, bem como para a otimização da estrutura e dos recursos disponíveis para o cuidado.

5 RESULTADOS

Os resultados encontram-se dispostos em quatro seções: a) Caracterização da amostra; b) Atributos da estrutura das unidades; c) Práticas de cuidado humanizado; d) Observação das práticas profissionais.

5.1 Caracterização da amostra

A caracterização dos profissionais de saúde foi organizada por: categoria profissional, sexo, tipo de vínculo institucional, tempo de atuação na instituição e na unidade (Tabela 1); capacitação quanto ao Método Canguru (Gráfico 1) e local de realização da capacitação (Gráfico 2).

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de saúde, segundo categoria profissional, sexo, tipo de vínculo institucional, tempo de atuação na instituição e na unidade (n=128). Teresina (PI), 2015.

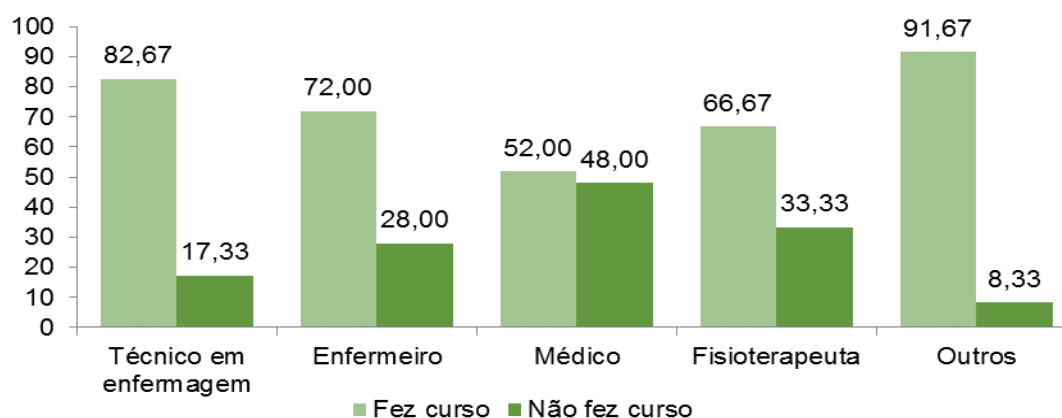
Variável	N	%
Categoria profissional		
Técnico de enfermagem	65	50,8
Médico	24	18,7
Enfermeiro	20	15,6
Fisioterapeuta	13	10,2
Outros*	6	4,7
Sexo		
Feminino	108	84,4
Masculino	20	15,6
Vínculo institucional		
Efetivo	100	78,1
Terceirizado	28	21,9
Tempo de atuação na instituição		
Menos de 5 anos	44	34,4
Entre 5 e 10 anos	53	41,4
10 anos ou mais	31	24,2
Tempo de atuação na unidade		
Menos de 5 anos	51	39,8
Entre 5 e 10 anos	50	39,1
10 anos ou mais	27	21,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A Tabela 1 mostra que a maioria dos profissionais de saúde era constituída por técnicos de enfermagem (50,8%), seguidos por médicos (18,7%), por enfermeiros (15,6%) e por fisioterapeutas (10,2%). O maior percentual dos trabalhadores era do sexo feminino (84,4%), com tempo médio de 5 a 10 anos de atuação na instituição (41,4%) e menos de 5 anos de atuação na unidade (39,8%). No que se refere ao tipo de vínculo, houve um predomínio de profissionais efetivos (78,1%).

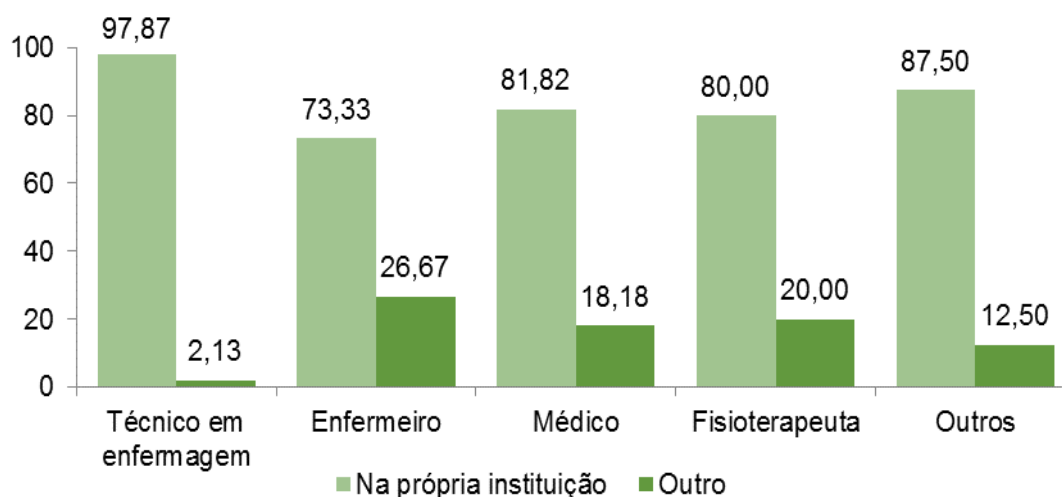
Em relação à capacitação no Método Canguru, mediante curso com carga-horária de 30 horas, 82,67% dos técnicos de enfermagem, 72% dos enfermeiros, 52% dos médicos e 66,67% dos fisioterapeutas afirmaram ter participado do curso, nos padrões exigidos pelo Ministério da Saúde (Gráfico 1).

Gráfico 1 — Distribuição percentual dos profissionais de saúde, segundo capacitação no Método Canguru (n=128). Teresina (PI), 2015.



Quanto à oferta de capacitação no Método Canguru, a quase totalidade dos técnicos de enfermagem (97,87%), 73,33% dos enfermeiros, 81,82% dos médicos, 80% dos fisioterapeutas e 91,67% dos outros profissionais tiveram acesso ao curso na instituição pesquisada (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Local em que os profissionais de saúde realizaram o curso Método Canguru (n=128). Teresina, 2015.



5.2 Atributos da estrutura das unidades neonatais

Os itens de verificação para avaliação dos atributos da estrutura foram distribuídos de acordo com a unidade neonatal: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), composta por 20 leitos e Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo), com 17 leitos. Ressalta-se que os dados correspondentes à estrutura foram coletados em um único momento, os dados sobre recursos humanos foram captados a partir das escalas de serviço disponíveis no setor.

A tabela seguinte reúne os recursos materiais recomendados e disponíveis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro, considerando a sua conformidade para o uso em adequado e inadequado.

Tabela 2 – Recursos materiais disponíveis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e recomendados para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro. Teresina (PI), 2015.

Recursos materiais	Disponível na UTIN	Recomendado	Percentual disponível %
Materiais para reanimação	2	4	50,00
Monitor multiparâmetros	16	20	80,00
Ventilador pulmonar mecânico (VMP)	20	14	100,00
Circuito para VMP	15	28	53,57
Aparelho de infusão contínua	59	66	89,39
Conjunto de nebulização com máscara	6	20	30,00
Material de beira de leito	20	30	66,67
Bandeja para acesso venoso profundo	5	1*	100,00
Pontos de O ₂ , ar comprimido e vácuo	20	20	100,00
Aspirador portátil	1	1	100,00
Material de interface facial para VNI	5	20	25,00
Aparelho para fototerapia	6	10	60,00
Eletrocardiógrafo portátil	-	1	-
Capacete de acrílico para oxigenoterapia	11	10	100,00
Incubadora com parede dupla	18	20	90,00
Berço aquecido	5	2	100,00
Incubadora para transporte	1	2	50,00
Maleta auxiliar para transporte	1	2	50,00
Balança eletrônica portátil	1	2	50,00
Poltronas removíveis	5	20	25,00
Material para aspiração traqueal	20	20*	100,00
Glicosímetro	2	4	50,00
Oftalmoscópio	1	2	50,00
Negatoscópio	1	1	100,00
Foco auxiliar portátil	3	1	100,00
Relógio parede	4	1	100,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*Item recomendado pelo MS, mas não especificado em quantidade, optou-se por considerar a existência de pelo menos um na unidade ou por leito.

A Tabela 2 mostra que a UTIN contava dois carros para reanimação cardiorrespiratória, mas apenas um em funcionamento pleno, quando o recomendado para a quantidade de leitos seriam quatro. Nestes, havia adrenalina diluída, cânulas orotraqueais em todos os tamanhos (2,5; 3; 3,5; 4), laringoscópios com lâminas retas nas numerações 00, 0 e 1, bem como pilhas. No entanto, alguns materiais para reanimação estavam dispersos por outros locais da unidade que não no carro de emergência: desfibrilador externo automático, equipamentos de proteção individual, cânula orofaríngea, bolsa valva-máscara com reservatório de oxigênio, cânula para traqueostomia, cânula nasal tipo óculos, cânula de aspiração flexível, cateter flexível, agulha de *intracath*, equipo, frasco a vácuo, gaze, micropore, agulha, soro fisiológico (1000 ml), ringer lactato (1000 ml) e soro glicosado 5% (500 ml).

Constatou-se também a presença de 16 monitores multiparâmetros à beira do leito para a monitorização contínua e simultânea de sinais vitais: frequência cardíaca, oximetria de pulso, frequência respiratória, pressão não invasiva e temperatura. No entanto, a temperatura corporal era monitorada por meio de termômetro digital individualizado. Já para a monitorização de pressão não invasiva havia somente um cabo para toda a unidade. Nos outros quatro leitos restantes, havia quatro oxímetros de pulso com curva pletismográfica da saturação de oxigênio e frequência de pulso periférico, sendo dois deles portáteis.

A unidade contava com 20 ventiladores pulmonares mecânicos microprocessados, habilitados tanto para a ventilação mecânica quanto para a ventilação não invasiva (VNI), com 15 circuitos ventilatórios disponíveis, nesse item foram contabilizados tanto os que estavam em uso quanto os de reserva. Foram constatados cinco conjuntos completos de material de interface facial para VNI, as prongas nasais variaram em tamanho (00, 0, 2, 3, 4), mas não foi encontrada pronga tamanho 1. Estavam presentes também, 22 conexões (traqueias) para VNI. Ainda sobre ventiladores, foi constatada a existência de um específico para o transporte.

Os equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos eram 59 unidades, as bandejas para acesso venoso profundo (PICC, flebotomia e cateterismo umbilical) eram cinco. Em todos os leitos havia o conjunto padronizado, ou seja, 20 conjuntos, composto por: estetoscópio; fita métrica;

termômetro digital; ressuscitador manual tipo balão autoinflável com máscara e reservatório; contudo a reserva desses materiais era insuficiente.

Constatou-se cinco berços aquecidos e 18 incubadoras de parede dupla, em boas condições de funcionamento. Também, seis aparelhos de fototerapia e onze capacetes de acrílico para oxigenoterapia. Pode-se observar ainda, uma balança eletrônica e um aspirador portátil na unidade.

Quanto à incubadora para transporte, esta era única e completa, com monitorização contínua, bateria e suporte para infusão de fluidos e para cilindro de oxigênio, era ainda acompanhada por uma maleta. Essa continha: a) materiais (cateter intravenoso flexível nº 24; álcool em gel 70% 100ml; luvas estéreis 7,0 /7,5; equipo; seringas de 1, 3, 10, 20 ml; agulhas 25/7, 40/12; sonda gástrica nº 6; laringoscópio com lâmina reta nº 00); b) medicamentos (midazolam; água destilada 10 ml; soro fisiológico 0,9% 250 ml; soro glicosado 5% 250 ml; furosemida; adrenalina).

Constatou-se a ausência completa de materiais e equipamentos para a monitorização de pressão invasiva, eletrocardiógrafo portátil, bem como de bandejas para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem liquórica em sistema fechado; diálise peritoneal; drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; exsanguíneotransfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado; curativos.

A unidade possuía também dois glicosímetros, um oftalmoscópio, um negatoscópio, quatro focos auxiliares portáteis e quatro relógios de parede. Foram considerados também como requisitos de estrutura física, a presença de poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para os pais dos recém-nascidos prematuros. A UTIN apresentou um quarto do recomendado para esse quesito. Ressalta-se que existiam cadeiras de material plástico disponíveis, compartilhadas por pais e pelos profissionais de saúde da unidade.

A Tabela 3 apresenta os dados referentes ao quantitativo de recursos humanos recomendadas e disponíveis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro.

Tabela 3 - Recursos humanos disponíveis na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e recomendados para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro. Teresina (PI), 2015.

Recursos humanos	Disponíveis na UTIN	Recomendados	%
Médico responsável técnico	1	1	100,00
Médico diarista por turno	2	2	100,00
Médico plantonista por turno	2	2	100,00
Enfermeiro coordenador	2	1	100,00
Enfermeiro assistencial por turno	2	2	100,00
Fisioterapeuta coordenador	1	1	100,00
Fisioterapeuta por turno	2	2	62,50**
Técnicos de enfermagem por turno	9	10	90,00
Funcionário para limpeza por turno	1	1	100,00
Fonoaudiólogo	1	1	100,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Verifica-se na Tabela 3 a presença de um médico responsável técnico, bem como de duas enfermeiras coordenadoras e uma fisioterapeuta coordenadora, todos com escala horizontal diária e matutina de 6 horas.

Observou-se também que havia dois médicos diaristas no turno matutino, com jornada de quatro horas de trabalho; dois médicos plantonistas por turno, habilitados em Neonatologia, com jornada diária de 12 horas; dois enfermeiros assistenciais por turno, com jornada diária de 12 horas, e dois fisioterapeutas por turno, também com jornada diária de 12 horas, no entanto a jornada noturna dos fisioterapeutas é de três horas. Cada um dos profissionais supracitados era responsável por dez leitos. A escala de técnicos de enfermagem, no momento da coleta, era composta de nove profissionais por turno, assim, dois dos técnicos cuidavam de três crianças cada um. Havia fonoaudiólogo disponível para a unidade, com escala fixa de atendimento às segundas e quintas-feiras.

Os dados sobre climatização, boletim médico, controle de ruídos e iluminação na UTIN serão descritos a seguir.

A climatização na unidade foi constatada pela presença e pelo funcionamento de climatizadores descentralizados, mas que não estavam sujeitos a manutenção/limpeza periódica. A rotina sobre a informação da

evolução dos recém-nascidos encontrava-se descrita em cartazes fixados nas paredes da unidade, contendo o horário do boletim médico, divulgado duas vezes ao dia, às 11 e às 16 horas.

No que diz respeito ao controle de ruídos, foi evidenciado que a unidade dispunha de cartazes nas paredes sobre a necessidade de silêncio, placas proibitivas sobre o uso de celular na unidade e um profissional por plantão responsável por manter o silêncio. A iluminação artificial, era setorizada, com oito pontos de lâmpadas fluorescentes, de luz branca e apresentava um ponto de iluminação natural (janela de vidro fosco).

A tabela a seguir mostra os itens de verificação dos atributos estruturais recomendados e disponíveis na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais.

Tabela 4 — Recursos materiais disponíveis na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais e recomendados para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro. Teresina (PI), 2015.

Recursos materiais	Disponível na UCINCo	Recomendados	%
Material para reanimação	1	2	50,00
Monitor multiparâmetros	-	4	-
Ressuscitador manual tipo balão autoinflável com reservatório e válvula e máscara	8	6	100,00
Aparelho de infusão contínua	19	17	100,00
Conjunto de nebulização com máscara	4	4	100,00
Estetoscópio individual	17	17	100,00
Termômetro digital individual	0	17	-
Aparelho para fototerapia	4	4	100,00
Aspirador portátil	1	1	100,00
Capacete de acrílico para oxigenoterapia	24	4	100,00
Incubadora simples	5	10	50,00
Berço aquecido	11	2	100,00
Berço de acrílico	-	5	-

(continua)

Recursos materiais	Disponível na UCINCo	Recomendados	%
Esfignomanômetro	2	2	100,00
Oftalmoscópio	2	2	100,00
Balança eletrônica portátil	1	2	50,00
Oxímetro de pulso	18	17	100,00
Poltronas removíveis	-	17	-
Negatoscópio	1	1	100,00
Relógio de parede	2	1	100,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A Tabela 4 exibe a quantidade berços de calor irradiante (11) e de incubadoras (5), não foi encontrado berço de acrílico. Foi constatada a presença de 17 oxímetros de pulso, com curva pletismográfica da saturação de oxigênio e frequência de pulso periférico, mas nenhum monitor multiparâmetros. Identificou-se oito ressuscitadores manuais tipo balão autoinflável com reservatório, válvula e as respectivas máscaras tanto para prematuros quanto para recém-nascido a termo. Havia 24 capacetes para oxigenoterapia, e 12 termômetros, os quais eram acondicionados em um recipiente, não eram de uso individual, sete eram digitais e cinco com coluna de mercúrio. Foram evidenciados dois esfignomanômetro, dois oftalmoscópios, uma balança eletrônica e um aspirador portátil, dois relógios de parede, um negatoscópio.

Constatou-se quatro aparelhos para fototerapia e 19 equipamentos de infusão contínua para fluidos. O carro de emergência era único, quando deveriam ser dois, composto por cânulas orotraqueais em todos os tamanhos (2,5; 3; 3,5; 4), laringoscópios com lâminas retas nas numerações 00, 0 e 1, pilhas e o ressuscitador manual tipo balão. Muitos dos materiais essenciais encontravam-se dispersos na unidade e não disponíveis no equipamento.

Na UCINCo não havia nenhuma poltrona removível com revestimento impermeável, acredita-se que se deva ao fato de não haver espaço físico suficiente, embora as dimensões físicas da unidade não tenham sido escopo desse trabalho. Existiam cadeiras de plástico, muitas das quais não estavam ao lado dos leitos e eram compartilhadas com os profissionais de saúde da unidade.

A Tabela que segue mostra a quantidade de profissionais recomendada e disponível na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro.

Tabela 5 — Recursos humanos disponíveis na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais e recomendados para o cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro. Teresina (PI), 2015.

Recursos humanos	Disponíveis na UCINCo	Recomendados	%
Médico responsável técnico habilitado em Neonatologia	1	1	100,00
Médico diarista habilitado em Neonatologia/Pediatria por turno	1	2	50,00
Médico plantonista pediatra habilitado em Neonatologia por turno	1	2	50,00
Enfermeiro coordenador habilitado	1	1	100,00
Enfermeiro assistencial por turno	2	2	80,00*
Fisioterapeuta por turno	2	2	50,00**
Técnicos de enfermagem por turno	3	4	75,00
Funcionário para limpeza por turno	1	1	100,00
Fonoaudiólogo	2	1	100,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

* Em algumas noites da escala de enfermeiros havia apenas um profissional disponível.

**A categoria não atuava na unidade à noite, tampouco nos finais de semana.

De acordo com a Tabela 5, constatou-se a presença de um médico responsável técnico habilitado em Neonatologia e de uma enfermeira coordenadora também habilitada, ambos diaristas com jornada de 6 horas; um médico diarista habilitado em neonatologia/pediatria presente no turno da manhã; um médico plantonista habilitado em neonatologia/pediatria presente no período diurno, mas havia noites sem médico plantonista. Observou-se também, a presença de dois enfermeiros durante o dia, mas em algumas noites havia apenas um escalado para o plantão já, a escala de técnicos de enfermagem estava composta por três funcionários em cada turno. No que tange aos fisioterapeutas, havia dois nos turnos matutino e vespertino, todavia à noite e aos finais de semana, essa categoria profissional não atuava na unidade. O

fonoaudiólogo estava disponível na unidade, um pela manhã e outro à tarde. Havia ainda um funcionário responsável pela limpeza por turno.

A Tabela a seguir evidencia o grau de adequação das unidades neonatais de acordo com os recursos disponíveis.

Tabela 6 – Grau de adequação das unidades neonatais segundo recursos disponíveis. Teresina (PI), 2015.

Grau de adequação	Recursos materiais (%)		Recursos humanos (%)	
	UTIN	UCINCO	UTIN	UCINCO
Adequado	40,74	65,00	70,00	44,44
Parcialmente adequado	11,11	-	20,00	11,12
Inadequado	48,15	35,00	10,00	44,44

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A Tabela acima mostra a adequação de 40,74% dos recursos materiais na UTIN e 65% na UCINCO. Quanto aos recursos humanos, 70% estavam adequados na UTIN, mas na UCINCO houve equivalência entre adequado e inadequado (44,44%).

5.3 Práticas de cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro

Nesta seção, apresentam-se os dados provenientes dos questionários respondidos por 128 profissionais de saúde que atuam diretamente no cuidado ao recém-nascido prematuro internado em UTIN/UCINCo, além das observações desses profissionais em atividade.

A Tabela a seguir apresenta características das práticas profissionais que incentivam a participação da família na atenção ao recém-nascido prematuro internado nas unidades neonatais.

Tabela 7 – Práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde para participação da família no cuidado ao recém-nascido prematuro (n=128). Teresina (PI), 2015.

Variável	n	%
Primeira visita dos pais à unidade acompanhada por profissional		
Sim	52	40,63
Não	15	11,72
Às vezes	58	45,31
Não sei	3	2,34
Livre acesso dos pais à unidade		
Sim	128	100
Visita do profissional de saúde à mãe para informá-la sobre as condições e potencialidades do bebê		
Sim	33	25,78
Não	95	74,22
Família é estimulada a um contato precoce com a equipe de saúde após o nascimento do prematuro		
Sim	58	45,31
Não	10	7,81
Às vezes	46	35,94
Não sei	14	10,94
Mãe, pai e/ou outro familiar tocam o prematuro espontaneamente		
Sim	61	47,66
Não	12	9,38
Às vezes	55	42,19
A mãe participa dos cuidados ao prematuro		
Sim	84	65,62
Às vezes	44	34,38
Início da posição canguru o mais breve possível		
Sim	92	71,87
Não	36	28,13

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*O questionário contempla como repostas: sim; às vezes; não; não sei, porém, estas repostas só se apresentam nas tabelas quando a frequência for diferente de 0.

Verifica-se na Tabela 7 que a primeira visita dos pais à unidade de internação do recém-nascido às vezes é acompanhada por profissional de saúde (45,31%). Destaca-se que todos os respondentes afirmaram ser livre o acesso dos pais à unidade neonatal (100%). A visita do profissional de saúde à mãe para informá-la sobre as condições e potencialidades do recém-nascido foi mencionada por 25,78% dos profissionais de saúde. O estímulo à família a manter contato precoce com a equipe de saúde nas primeiras 24 horas após o nascimento do prematuro, foi mencionado por 45,31% dos profissionais. O toque

espontâneo em prematuros por mãe, pai e/ou outro familiar foi apontado por 47,66% dos profissionais de saúde, embora também tenham afirmado que ocorra às vezes (42,19%). A participação da mãe nos cuidados ao prematuro foi indicada por 65,62% dos profissionais de saúde e o início da posição canguru o mais breve possível por 71,87% deles.

A Tabela a seguir reúne as características ambientais das unidades neonatais no que tange ao ruído e iluminação.

Tabela 8 – Características ambientais das unidades neonatais segundo controle de ruído e iluminação (n=128). Teresina (PI), 2015.

Variável	n	%
Cúpulas das incubadoras parcialmente cobertas		
Sim	124	96,88
Não	1	0,78
Às vezes	3	2,34
Alarmes sonoros atendidos prontamente		
Sim	59	46,09
Não	10	7,81
Às vezes	58	45,31
Não sei	1	0,78
Baixo nível de ruído		
Sim	12	9,38
Não	78	60,94
Às vezes	38	29,69
Passagem de plantão afastada dos leitos		
Sim	58	45,31
Não	19	14,84
Às vezes	47	36,72
Não sei	4	3,13

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

*O questionário contempla como repostas: sim; às vezes; não; não sei, porém, estas repostas só se apresentam nas tabelas quando a frequência for diferente de 0.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 8, a presença de cobertura parcial nas cúpulas das incubadoras durante todo o plantão foi apontada por aproximadamente todos os profissionais de saúde (96,88%). Observa-se ainda, que houve uma quase equivalência nas respostas dos profissionais quanto aos alarmes sonoros dos equipamentos serem atendidos prontamente “sim” (46,09%) e “às vezes” (45,31%). Todavia parte significativa da amostra (60,94%) afirmou não ser baixo o nível de ruído nas unidades

neonatais. Para mais, a passagem de plantão foi mencionada como um evento que ocorria afastado dos leitos (45,31%).

A tabela abaixo refere-se à manipulação e ao posicionamento do recém-nascido prematuro pelos profissionais de saúde nas unidades neonatais.

Tabela 9 – Manipulação e posicionamento do recém-nascido prematuro pelos profissionais de saúde (n=128). Teresina, 2015.

Variável	n	%
Pesagem realizada em dupla com recém-nascido envolto em tecido fino previamente pesado		
Sim	40	31,25
Não	34	26,56
Às vezes	39	30,47
Não sei	15	11,72
Recém-nascido mantido em incubadora/berço aquecido e posicionados limites próximos ao corpo		
Sim	114	89,07
Não	2	1,56
Às vezes	11	8,59
Não sei	1	0,78
Recém-nascido posicionado com cabeça alinhada e mãos livres e próximas ao rosto		
Sim	73	57,03
Não	8	6,25
Às vezes	46	35,94
Não sei	1	0,78
Manuseio contingente do recém-nascido		
Sim	71	55,46
Não	14	10,94
Às vezes	39	30,47
Não sei	4	3,13

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na Tabela 9, pode-se observar que no quesito pesagem do recém-nascido em dupla, com o prematuro envolto em tecido fino previamente pesado, prevaleceram as respostas “sim” (31,25%) e “às vezes” (30,47%). O posicionamento do recém-nascido prematuro em incubadora/berço aquecido e com limites próximos ao corpo foi referido pela maioria dos respondentes (89,07%). Em relação ao posicionamento do recém-nascido com a cabeça alinhada e mãos livres e próximas ao rosto, pouco mais da metade (57,03%) afirmou ser essa uma prática rotineira, sendo que parte da amostra afirmou que só acontece às vezes (35,94%). De modo semelhante sucedeu com o manuseio

do recém-nascido prematuro, em que 55,46% dos profissionais de saúde afirmaram ocorrer de modo contingente.

A tabela a seguir mostra as medidas não-farmacológicas de alívio da dor utilizadas pelos profissionais de saúde nas unidades neonatais.

Tabela 10 – Medidas não-farmacológicas utilizadas pelos profissionais de saúde para alívio da dor no recém-nascido prematuro (n=128). Teresina, 2015.

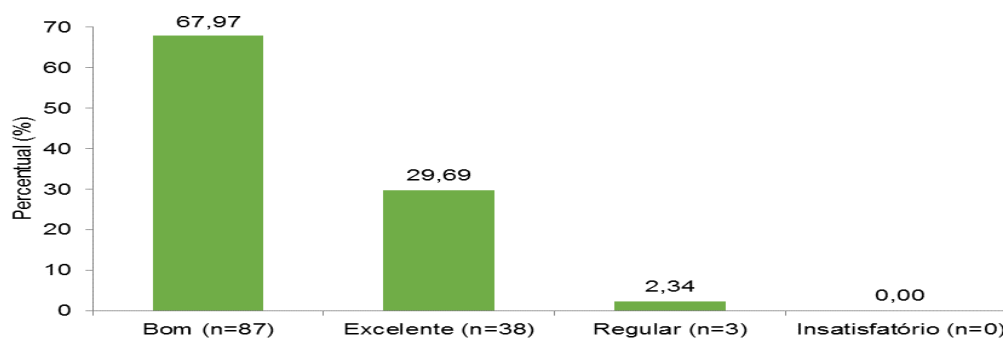
Variável	n	%
Enrolamento		
Sim	42	32,81
Não	86	67,19
Contenção		
Sim	25	19,53
Não	103	80,47
Contato pele a pele com mãe/pai		
Sim	47	36,72
Não	81	63,28
Sucção não nutritiva		
Sim	68	53,13
Não	60	46,88
Sacarose		
Sim	79	61,72
Não	49	38,28

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os resultados de acordo com a Tabela 10 evidenciaram que as medidas mais frequentemente utilizadas pelos profissionais de saúde foram sacarose (61,72%) e sucção não nutritiva (53,13%), ao passo que enrolamento (32,81%), contenção facilitada (19,53%) e contato pele a pele com os pais (36,72%) foram relatadas com menor frequência.

O Gráfico que segue, apresenta a distribuição percentual da atenção ao recém-nascido de acordo com a média dos escores de classificação, já descritos na metodologia (Quadro 02). No tocante à avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro, baseada nos indicadores do Quadro 3, verifica-se no Gráfico 5 que, a partir das médias dos escores, as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde nas unidades neonatais alcançaram o parâmetro bom (67,97%).

Gráfico 3 – Distribuição percentual da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro de acordo com a média de escores de classificação, Teresina (PI), 2015.



5.4 Observação das práticas dos profissionais

Os resultados a seguir tratam das 54 horas de observações realizadas na UTIN e na UCINCo, o tempo de observação em cada setor foi de 3 horas por turno, em que cada turno foi observado por três dias consecutivos, totalizando 18 observações. Foram realizadas observações dos profissionais de saúde no desempenho de suas atividades nas unidades neonatais.

A tabela que segue aborda as práticas de incentivo à permanência e participação da família junto ao recém-nascido, desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

Tabela 11 – Práticas de incentivo à participação da família no cuidado humanizado ao recém-nascido. Teresina (PI), 2015.

Variável	Número de observações	%
Fornece assento aos pais		
Raramente	2	11,11
Algumas vezes	9	50,00
Frequentemente	4	22,22
Continuamente	3	16,67
Estimula toque		
Nenhuma vez	8	44,44
Raramente	3	16,67
Algumas vezes	6	33,33
Continuamente	1	5,56

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A Tabela 11 mostra que em nove observações algumas vezes foram fornecidos assentos para os pais. Evidenciou-se que em seis observações houve estímulo ao toque algumas vezes e em oito nenhuma vez.

A tabela a seguir apresenta os dados referentes às práticas de manipulação, posicionamento e manejo da dor no recém-nascido prematuro.

Tabela 12 – Manipulação, posicionamento e manejo da dor no recém-nascido pelos profissionais de saúde. Teresina (PI), 2015.

Variável	n	%
Pesa o recém-nascido envolto em tecido previamente pesado		
Não foi possível observar	12	66,67
Nenhuma vez	6	33,33
Mantém recém-nascido com cabeça alinhada e mãos livres e próximas ao rosto		
Nenhuma vez	2	11,11
Raramente	6	33,33
Algumas vezes	9	50,00
Frequentemente	1	5,56
Utiliza medidas de manejo da dor em procedimentos dolorosos		
Nenhuma vez	5	27,78
Raramente	6	33,33
Algumas vezes	5	27,78
Frequentemente	2	11,11
Oferece consolo		
Nenhuma vez	5	27,78
Raramente	8	44,44
Algumas vezes	4	22,22
Frequentemente	1	5,56
Fala suavemente e observa as pistas fisiológicas antes de tocar o recém-nascido		
Nenhuma vez	9	50,00
Raramente	7	38,89
Algumas vezes	2	11,11
Frequentemente	2	11,11

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 12, pesar o recém-nascido envolto em tecido fino previamente pesado foi um evento não constatado em 12 observações, nas seis observações em que ocorreu a pesagem, em nenhuma vez o recém-nascido estava envolto em tecido, apresentava-se despido. Verificou-se o alinhamento da cabeça do recém-nascido com as mãos posicionadas junto ao rosto algumas vezes em nove observações e raramente

em seis. Quanto à utilização de medidas de manejo da dor em procedimentos dolorosos, em seis observações constatou-se como uma prática ocorrida raramente e em cinco observações ocorreu nenhuma vez.

Ainda de acordo com a Tabela 12, o consolo ao recém-nascido foi oferecido raramente em oito das observações e nenhuma vez em cinco. O manuseio contingente, ou seja, falar suavemente e observar as pistas comportamentais do recém-nascido antes de tocá-lo, ocorreu nenhuma vez em metade das observações, ocorrendo raramente em sete. Não há rotina ou protocolo de agrupamento de cuidados estabelecido nas unidades neonatais estudadas.

A Tabela a seguir apresenta as práticas de controle ambiental no que tange ao ruído e luminosidade.

Tabela 13 – Práticas de controle ambiental segundo ruído e iluminação. Teresina (PI), 2015.

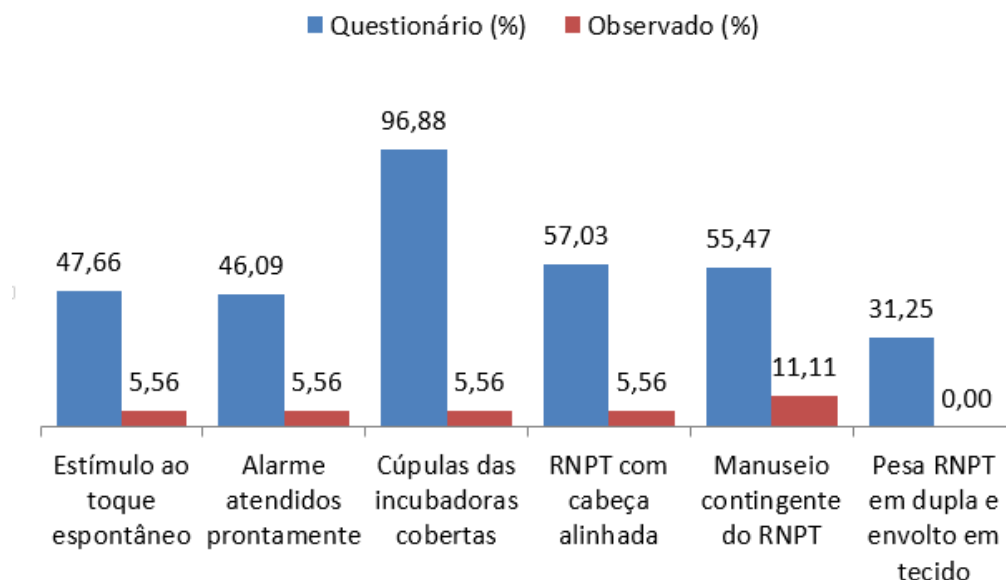
Variável	Número de observações	%
Não atende celular na unidade		
Raramente	1	5,56
Algumas vezes	2	11,11
Frequentemente	8	44,44
Continuamente	7	38,89
Atende prontamente os alarmes sonoros		
Nenhuma vez	11	61,11
Raramente	6	33,33
Frequentemente	1	5,56
Mantém incubadoras parcialmente cobertas		
Algumas vezes	7	38,89
Frequentemente	10	55,56
Continuamente	1	5,56

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Verifica-se na Tabela 13, que em oito observações, não atender ao celular na unidade ocorreu frequentemente e em sete observações ocorreu continuamente. No entanto, atender prontamente os alarmes sonoros ocorreu nenhuma vez em 11 observações e, em seis ocorreu raramente. Já em 10 observações as incubadoras permaneceram frequentemente parcialmente cobertas.

O gráfico que segue mostra uma relação entre alguns itens respondidos pelos profissionais e os observados na prática.

Gráfico 4 – Relação entre as respostas dos profissionais e as práticas observadas. Teresina (PI), 2015.



De acordo com o gráfico 4, o estímulo ao toque foi apontado como prática realizada por 47,66% dos profissionais, no entanto foi constatado em 5,56% das observações; o atendimento dos alarmes sonoros alcançou valores semelhantes, 46,09% para as respostas dos profissionais e 5,56% das observações. Valores mais distoantes foram evidenciados para a cobertura das cúpulas das incubadoras, pois 96,88% afirmaram que as cúpulas permanecem parcialmente cobertas por todo o plantão, mas isso só foi constatado em 5,56% das observações. Dos respondentes, 57,03% afirmaram que o recém-nascido é mantido com a cabeça alinhada, mas foi constatado em apenas 5,56% das observações. Já para o manuseio contingente, 55,47% afirmaram ser essa a conduta, porém evidenciada em 11,11% das observações. E para a pesagem em dupla e com recém-nascido envolto em tecido, 31,25% afirmaram realizar essa prática, que não foi constatada em observação alguma.

6 DISCUSSÃO

O atendimento de qualidade dos agravos à saúde de recém-nascidos prematuros pressupõe a existência de unidades neonatais de risco com profissionais capacitados, estrutura adequada e processos de trabalho devidamente estabelecidos. Dessa forma, identificar as potencialidades e as deficiências na assistência, favorece a construção de estratégias que melhorem a qualidade da atenção prestada, com consequente redução dos índices de morbimortalidade neonatal.

Este estudo avaliou a estrutura de unidades neonatais de risco, bem como as práticas de cuidados de saúde. Para tanto, a presente discussão está organizada em dois tópicos, os quais abordam a estrutura da UTIN e da UCINCo da instituição pesquisada, considerando recursos materiais e humanos, com caracterização dos profissionais de saúde e as práticas desenvolvidas por esses profissionais na atenção humanizada ao recém-nascido prematuro.

6.1 Atributos da estrutura das unidades neonatais

Neste estudo partiu-se do pressuposto de que a estrutura hospitalar, voltada para a assistência ao recém-nascido prematuro, possa contribuir para a qualidade e humanização da atenção. Evidências apontam que a oferta de profissionais, materiais e ambientes adequados no cuidado ao recém-nascido não são suficientes para determinar a qualidade da atenção. No entanto, as deficiências podem interferir na qualidade da assistência e, por conseguinte, nos resultados (BITTENCOURT et al., 2014).

A avaliação da estrutura hospitalar, em países desenvolvidos, alcança lugar pouco privilegiado entre os estudos de qualidade de serviço, provavelmente porque desde a implantação os serviços já apresentavam os recursos humanos e materiais, bem como ambiente razoavelmente adequados (LICHAND et al., 2012). Entretanto, em países em desenvolvimento, como o Brasil, sobretudo em regiões com dificuldades socioeconômicas, como é o caso

da região onde este estudo foi desenvolvido, a carência de estrutura adequada pode comprometer a qualidade da atenção nos serviços de saúde (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

Esta pesquisa investigou a presença de 27 itens da estrutura física de uma UTIN e 20 itens de uma UCINCo, preconizados como obrigatórios pelo Ministério da Saúde. Na UTIN foi considerado adequado apenas um terço dos recursos materiais, já na UCINCo a maioria dos materiais e equipamentos estavam em conformidade. Isso mostra um descompasso entre as unidades neonatais de risco, que deveriam articular linhas de cuidado progressivo.

O presente estudo constatou que as duas unidades neonatais não atenderam ao preconizado pelo Ministério da Saúde, já que os carros de emergência estavam em número menor que o recomendado e apresentaram deficiências na disponibilidade de materiais essenciais.

Resultados análogos aos deste estudo, foram encontrados em estudos conduzidos no Rio Grande do Norte e em Pernambuco, em que todos os carros de emergência apresentavam deficiências (SILVA et al., 2013; LIMA et al., 2010). A literatura afirma que a carência de recursos materiais é um dos principais aspectos que interferem na qualidade do atendimento à reanimação cardiopulmonar, que se não for bem conduzida pode acarretar lesão cerebral irreversível e morte ao recém-nascido prematuro (DAVIES et al., 2014; CITOLINO FILHO, 2015).

Nessa perspectiva, alguns autores apontam que os ventiladores mecânicos pulmonares, monitores cardíacos e bombas de infusão para fluidos são cruciais para assistência de qualidade, por auxiliarem o profissional de saúde no controle de parâmetros hemodinâmicos e respiratórios, favorecerem diagnósticos e proporcionarem suporte de vida ao enfermo. Apontam também, a insuficiência de recursos materiais como uma dificuldade na assistência a pacientes gravemente enfermos, visto que às vezes seja necessário buscar equipamento emprestado de outros setores ou retirá-lo de pacientes relativamente menos graves para instalá-lo em outro em estado mais crítico (LOURO et al., 2012; ZANDOMENIGHI et al., 2014).

Essa carência pode ser considerada um nó crítico, principalmente porque os equipamentos ventilatórios se tornam efetivamente uma extensão do corpo dos recém-nascidos prematuros assistidos nessas unidades.

A presença de assento adequado nas unidades neonatais que atendem recém-nascidos prematuros, é um dos recursos de ambiência exigidos pela legislação que rege essa prática (BRASIL, 2000). Os assentos permitem não só início precoce da posição canguru na primeira etapa do Método Canguru, como também incentivam e favorecem a formação e fortalecimento de vínculo afetivo entre pais e filhos, pela possibilidade de permanência dos pais na unidade (BRASIL, 2013, JIANG et al., 2014).

Além da estrutura física como um dos determinantes para a assistência neonatal de qualidade, é basilar o investimento em capital humano, a fim de suprir as necessidades do neonato e de sua família, uma vez que independente da área de atuação, o profissional de saúde, responsável pela assistência ao paciente, é indispensável ao alcance de resultados satisfatórios (ROSA; GAÍVA, 2009).

A avaliação da estrutura na instituição pesquisada no tocante aos recursos humanos, mostrou carência de profissionais de saúde para a assistência ao prematuro durante as 24 horas/dia para algumas categorias. Na UTIN os médicos e enfermeiros estavam com escalas completas, presentes 24 horas/dia, contudo essa realidade não se aplicou aos técnicos e fisioterapeutas. As equipes de técnicos eram compostas por nove profissionais, quanto aos fisioterapeutas, estes só estavam disponíveis das 07 às 22 horas. Na UCINCo não havia médico 24 horas/dia todos os dias da semana; o fisioterapeuta permanecia no período diurno, de 07 às 19 horas, sendo ausente no turno noturno e nos finais de semana; a equipe de técnicos de enfermagem também estava desfalcada. Assim, torna-se possível inferir que na instituição em estudo o investimento em pessoas em nível operacional ainda seja incipiente.

Esses resultados corroboram com os encontrados em estudos desenvolvidos em Cuiabá, na Bahia e no Paraná, em que a quantidade de profissionais, principalmente enfermeiros e técnicos de enfermagem, se mostrou aquém do recomendado (BITTENCOURT; GAÍVA; ROSA, 2010; SILVA; ARAÚJO; TEIXEIRA, 2012; CURAN et al., 2015). A presença de recursos humanos adequados em quantidade e qualidade são fatores indispensáveis à efetivação das ações de humanização em qualquer ambiente hospitalar, pois com a sobrecarga de trabalho há a tendência natural de mecanizar as atividades

assistenciais, o que contraria o ideal de humanização e prejudica a qualidade da atenção prestada (REIS et al., 2013).

A equipe de enfermagem assiste recém-nascido/família em tempo integral, e, como constatado nesse estudo, representa a maioria dos trabalhadores de saúde nas unidades neonatais e sob a gerência de enfermeiras coordenadoras, têm as ações direcionadas à promoção e recuperação da saúde dessa clientela. Desse modo, a presença do coordenador apenas em um turno, ainda que em quantidade acima do recomendado tende a comprometer a qualidade dos processos de trabalho e os resultados perinatais, já que, em vez de darem suporte à equipe por oito horas, oferecem esse apoio apenas por seis horas.

Pesquisa desenvolvida em São Paulo evidenciou a ausência de profissionais da fisioterapia em UTIN no período noturno (LIBERALI; DAVIDSON; SANTOS, 2014). Isso sugere que a equipe de enfermagem seja a única responsável por procedimentos de aspiração de via aéreas, bem como mobilização e posicionamento de pacientes. Essa situação certamente compromete a qualidade da assistência neonatal, visto que leva à maior sobrecarga da equipe de enfermagem.

A falta de assistência fisioterapêutica pode comprometer a evolução clínica favorável do recém-nascido prematuro sob cuidados intensivos, pois a prática fisioterapêutica buscar evitar e, quando indispensável, minimizar as complicações respiratórias próprias da prematuridade, principalmente do ponto de vista da desobstrução brônquica e da adequação ventilatória (MARTINS et al., 2013; MEDEIROS et al., 2013).

É válido frisar que instituições integrantes do SUS preveem a presença dos profissionais mencionados acima por meio de portaria do Ministério da Saúde e, o não cumprimento desse requisito põe em risco a vida dos recém-nascidos prematuros. Esse documento recomenda para UTIN por turno, um técnico de enfermagem para cada dois leitos, um enfermeiro assistencial, um médico e um fisioterapeuta a cada 10 leitos, com carga-horária/dia de 12 horas. Já para a UCINCo, o recomendado por turno é: um técnico de enfermagem para cada cinco leitos; um enfermeiro, um médico e um fisioterapeuta a cada 15 leitos, com carga-horária/dia também de 12 horas (BRASIL, 2012a).

Ao longo dos anos, o crescente número de prematuros com necessidade de cuidados especializados, levou ao aumento do número de leitos nos hospitais, na tentativa de atender essa demanda. No entanto, esse crescimento, em alguns casos, ocorreu de modo desordenado e sem planejamento estratégico apropriado, com problemas de acesso e distribuição (BARBOSA; CUNHA, 2011; PIZZO et al., 2014), ainda que portarias e legislações tenham sido publicadas orientando os requisitos mínimos de segurança e qualidade para o funcionamento dessas unidades (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012a).

Ao se consolidar a adequação de recursos materiais e humanos deste estudo, pode-se perceber que 70% dos recursos humanos e 40% dos recursos materiais encontrados na UTIN foram considerados adequados. Esses achados se contrapõem aos encontrados em um inquérito nacional sobre parto e nascimento, desenvolvido em maternidades brasileiras, o qual evidenciou que 37,3% das UTIN foram consideradas adequadas em termos de recursos humanos, ao passo que 86,2% foram consideradas adequadas no que tange aos equipamentos em condições de uso (BITTENCOURT et al; 2015).

Essa carência de recursos humanos pode ser explicada pelo fato da instituição em questão tratar-se de um serviço público, em que o ingresso deva ocorrer por meio de concurso público, o que também justifica a presença de profissionais com vínculo terceirizado, ainda que sejam minoria. Isso fere o estabelecido pelo artigo 37, inciso II, da Constituição Federal: “ a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei [...]” (BRASIL, 1988).

No entanto, o estudo mostrou que o ingresso por outros meios que não concurso, é visto como alternativa para o pleno funcionamento das instituições de saúde, inclusive porque os concursos têm processo demorado e não acontecem com certa regularidade. Assim, a falta de provisão de profissionais aprovados em concurso, faz com que seja necessária a contratação de trabalhadores por meio de outros vínculos mais flexíveis, garantindo assim o número adequado de profissionais para o atendimento assistencial, embora essa contratação contrarie as leis vigentes (MORICI; BARBOSA, 2013).

Ademais, a terceirização de servidores na saúde não só fere a legislação como também compromete a qualidade da assistência, visto ser a rotatividade

de trabalhadores responsável pela redução do quadro, em caráter permanente, de mão de obra qualificada, à medida que exige maiores gastos públicos para a capacitação e preparo de novos profissionais (GONÇALVES et al., 2014). Essa contratação temporária de profissionais leva a precarização dos vínculos trabalhistas, com sobrecarga de trabalho e prejuízo à relação dos trabalhadores com o serviço e à qualidade da assistência, levando à impossibilidade de execução de planejamentos à médios e longos prazos.

A qualidade da assistência na neonatologia de risco está intimamente relacionada com a capacitação em serviço, que traz à tona a importância de motivar e instrumentalizar os profissionais de saúde quanto ao cuidado humanizado com o recém-nascido prematuro, pautado em assistência efetiva e resolutiva (COSTA; PADILHA 2011; ROCHA; FERREIRA, 2013).

O presente estudo apontou que o quantitativo de profissionais médicos capacitados no MC foi inferior a todas as demais categorias. Provavelmente, isso gere barreiras para o início precoce da posição canguru ainda na primeira etapa, já que esses profissionais são os maiores responsáveis por avaliar a estabilidade clínica do bebê.

Nesse sentido, a capacitação para atuação humanizada na UTIN, de acordo com estudo conduzido em São Paulo, permitiu aos profissionais a construção do vínculo empático no Método Canguru, maior aproximação com o caráter afetivo do cuidado, melhor manejo do estresse e da dor no recém-nascido prematuro, a incorporação dos pais no cuidado, culminando com a qualidade da assistência humanizada, ao considerar ainda redução dos índices de infecção nosocomial (PINA-OLIVEIRA; CARRIEL; CHIESA, 2015).

Desse modo, a capacitação exige uma mudança de postura profissional. Essa mudança se fundamenta por meio da educação permanente em saúde, que instiga os trabalhadores a minimizar a dimensão centrada no profissional ou nos procedimentos e enfatizar o eixo das relações, levando os profissionais ao encontro dos pacientes, de modo mais humanizado e com maior compromisso com a ação de cuidar do usuário (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

A profissionalização feminina no âmbito do trabalho em saúde, iniciada na segunda metade do século XIX, se desenvolveu a partir de papéis femininos instituídos socialmente, isto é, atribuição da mulher ao cuidar, ao educar e ao

servir, vistos como vocação ou dom, a origem da Enfermagem se aplica a essa realidade (SCHEFFER; CASSENTE, 2013).

A “feminização” da força de trabalho é uma realidade e, faz referência ao crescimento da população feminina em algumas profissões historicamente exercidas por homens, por exemplo, a medicina (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010; MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013). No entanto, é mister assinalar que, mesmo com essa evolução, na medicina é notória a existência de divisão sexual no campo das especialidades: pediatria, ginecologia e obstetrícia prioritariamente exercidas por mulheres, e as relacionadas às intervenções cirúrgicas, desempenhadas por maioria masculina (PEREIRA; ROTENBERG; OLIVEIRA, 2013).

Assim, a maioria os profissionais que assistem os prematuros nas unidades estudadas estão capacitados para tal, mas o impacto sobre as práticas assistenciais tende a ser modesto, à medida que há rotatividade de trabalhadores e que a educação permanente não ocorra de modo efetivo.

6.2 Práticas de cuidado humanizado ao recém-nascido prematuro

A atenção humanizada ao recém-nascido prematuro requer uma abordagem individualizada, pautada em conhecimentos, habilidades e atitudes, com vistas a favorecer o desenvolvimento biopsicossocial da criança. Para isso, deve englobar parceria, capacitação e envolvimento dos pais no cuidado do recém-nascido, somados a artifícios que reduzam o estresse e promovam o conforto ao prematuro, como controle ambiental, manejo da dor e posicionamento e manipulações adequadas.

A construção de competência e autonomia para a apropriação do filho prematuro internado em unidades neonatais de risco, demanda envolvimento gradual e planejado dos pais no processo de cuidado. A literatura aponta o toque, como evento desafiador para mães de recém-nascidos internados em unidades neonatais de risco, carecendo de ser desmitificado ainda na primeira visita, com o intuito de promover a formação precoce do vínculo com o filho (SCHMIDT, et al., 2012).

Um estudo conduzido em Israel realizou uma intervenção multissensorial em um grupo de pais, a fim de que estes pudessem apoiar e melhorar a competência de autorregulação, bem como ajustar o ambiente às necessidades do recém-nascido prematuro, evidenciou, pois, uma diferença significativa no desenvolvimento motor fino e da linguagem nos recém-nascidos (GABIS et al., 2015). A presença parental, nas unidades neonatais de risco, favorece a construção de vínculo entre pais e filho, o qual influencia positivamente o desenvolvimento comportamental e emocional em prematuros (JIANG et al., 2014).

Apesar dessas evidências, estudo desenvolvido no interior da Bahia com a equipe de enfermagem de uma UCINCo, constatou que o incentivo ao desenvolvimento de vínculo afetivo entre neonato e família não era uma preocupação dos profissionais, evidenciou ainda, que as relações afetivas entre profissionais de saúde e prematuros alcançaram lugar pouco privilegiado nas práticas de cuidado (SILVA; ARAÚJO; TEXEIRA, 2012).

A deficiência no estímulo ao toque e de incentivo à participação da família no cuidado ao recém-nascido prematuro dificulta a evolução clínica da criança e a formação de vínculo entre família e recém-nascido. Essa conjuntura repercute negativamente sobre o desenvolvimento infantil, inclusive gerando situações de abandono dessa criança por parte dos familiares.

A falta de sensibilidade profissional no aspecto supracitado, provavelmente pode ser atribuída à não aceitação da presença parental nessas unidades, visto que ao invés de incluir os pais como parceiros, os profissionais os vejam como intrusos. Uma alternativa seria ofertar a esses profissionais momentos de capacitação em caráter permanente, a fim de que possam problematizar as dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho.

Práticas como as referidas acima comprometem a efetivação do Método Canguru, visto que este começa com o toque na primeira etapa e evolui paulatinamente para a posição canguru, alcançando a amamentação. A posição canguru, para 71,87% dos profissionais do estudo, iniciou o mais breve possível na respectiva unidade neonatal.

De acordo com uma meta-análise da Cochrane, o contato pele a pele promove melhor desempenho global do estado de amamentação, maior

estabilidade fisiológica e melhora o controle de temperatura (MOORE et al., 2012).

Vários estudos têm mostrado os benefícios para o desenvolvimento motor de crianças prematuras devido à posição canguru (BARRADAS et al., 2006; DINIZ et al., 2012; SCHNEIDER et al., 2012). A melhora no desenvolvimento motor pode ser atribuída ao fato de o posicionamento canguru promover a liberação de oxitocina, a qual aumenta a captação de glicose pelas células musculares, de modo que proporciona um desempenho ótimo e previna o estresse metabólico (FLORIAN; JANKOWSKI; GUTKOWSKA, 2010).

Assim, os profissionais de saúde que atuam em unidades neonatais de risco, precisam incentivar a interação entre pais/filho ainda nesses ambientes, e garantir que os pais possuam conhecimento e suporte emocional suficientes para contribuir com o desenvolvimento do recém-nascido prematuro e reduzir o estresse parental.

Os resultados destacados se assemelham aos encontrados em outra investigação, a qual demonstrou que a cobertura da incubadora com lençóis estava entre as ações de controle de luminosidade da unidade neonatal, juntamente com cobrir ou lateralizar o rosto do prematuro, principalmente durante procedimentos (ROSEIRO; PAULA, 2015).

Pesquisa desenvolvida no México, por meio da utilização de tecido sobre o rosto de recém-nascidos prematuros, a fim de favorecer o ciclo dia/noite, demonstrou que houve estabilização da frequência cardíaca e dos níveis de saturação de oxigênio, bem como promoveu uma melhor tolerância ao leite e ganho de peso acelerado, que se refletiu diretamente na redução da permanência hospitalar (RUIZ et al., 2014).

Do mesmo modo, pesquisadores no Japão observaram que a intensidade da luminosidade nas unidades neonatais de risco, causavam estresse no prematuro, afetando negativamente a frequência respiratória, com diminuição do o nível de saturação de oxigênio (OZAWA; SASAKI; KANDA, 2010).

No que se refere as características acústicas do ambiente, este estudo revelou que 46,09% dos profissionais de saúde investigados afirmaram que os alarmes sonoros dos equipamentos eram atendidos prontamente. Isso ratifica outras evidências do presente estudo, em que 60,94% dos profissionais asseguraram não ser baixo o nível de ruído nas unidades neonatais, do mesmo

modo que em seis observações se constatou que raramente os alarmes foram atendidos prontamente, ao passo que esse evento ocorreu nenhuma vez em 11 observações.

Nessa perspectiva, se depreende dos resultados supracitados, que os profissionais de saúde das unidades neonatais investigadas estavam mais sensíveis às condições acústicas do ambiente, em comparação com estudo realizado em São Paulo, em que apenas 44,9% dos profissionais consideraram o ambiente como muito ruidoso (DANIELE et al., 2012).

Quanto a passagem de plantão, 45,31% dos respondentes afirmaram que ocorria afastada dos leitos, mas 36,72% afirmaram que só acontecia afastada às vezes. Esses achados divergem dos encontrados em estudo realizado no sul do Brasil, em que 70% dos profissionais afirmaram que a passagem de plantão nas unidades neonatais de risco ocorria ao lado do leito do paciente (GONÇALVES et al., 2016).

A ambiguidade de interpretação dessa variável, pelos participantes, se atribui, possivelmente, ao fato da passagem de plantão ser realizada separadamente entre as categorias profissionais, em que as informações são repassadas aos referidos pares. Essa prática, além de contribuir para o ruído ambiental, pode levar à visão dicotomizada do prematuro e ao estresse por falhas na comunicação entre as diferentes categorias e destas com os pais (BRASIL, 2013).

Sobre essa problemática, um estudo desenvolvido na Austrália apontou que tanto pais quanto profissionais de saúde foram favoráveis à participação parental na passagem de plantão em equipe. Essa prática melhorou o conhecimento, a compreensão, a comunicação e a colaboração dos pais acerca do quadro clínico dos filhos, sem, contudo, prejudicar a privacidade e a confidencialidade do recém-nascido/família (ABDEL-LATIF et al., 2015).

Os resultados apresentados estão em consonância com estudos realizados em outras unidades neonatais de risco, os quais detectaram que conversas dos profissionais, atividades assistenciais e alarmes dos equipamentos de suporte à vida do recém-nascido estão entre as principais fontes geradoras de ruído (PEIXOTO et al., 2011; SILVA et al., 2012; OLIVEIRA; FIGUEIREDO; BATISTA, 2013; NAZARIO et al., 2015).

O ruído atribuído aos alarmes se justifica pelo fenômeno chamado de fadiga de alarmes, no qual grande número de alarmes se sobrepõe aos clinicamente significativos, levando a equipe a desabilitar, silenciar ou mesmo ignorar os alarmes relevantes. O número excessivo de alarmes pode gerar na equipe indiferença, reduzir o estado de alerta, levar à desconfiança do sentido de urgência dos alarmes e, culminar com a falta de resposta aos relevantes (BRIDI; SILVA; MONTEIRO, 2013). Essa insensibilidade aos alarmes foi comprovada em estudo desenvolvido com enfermeiros de uma UTI na Austrália (CHRISTENSEN et al., 2014)

Os alarmes sonoros dos equipamentos, têm a finalidade de alertar os profissionais de saúde, caso haja alterações nos controles programados. Com tal característica, se não valorizados pela equipe, podem comprometer a segurança do paciente, principalmente se considerarmos o contexto das unidades neonatais de risco e a repercussão da ambiência no neurodesenvolvimento dos recém-nascidos prematuros.

O nível elevado de ruído nas unidades estudadas, no que tange aos alarmes sonoros dos equipamentos serem atendidos prontamente, se atribui a fatores do comportamento humano. Algumas categorias profissionais se isentam da responsabilidade de atendê-los prontamente, como se não fosse de responsabilidade de todos da equipe, podem também optar por atender as demandas que originaram o ruído, sem, contudo, silenciar antes os alarmes. De fato, o que se pode depreender é a presença de conhecimento, mas a incipiência em habilidade e atitude frente a uma ação tão simples, com um impacto tão grande.

Os efeitos deletérios da exposição ao ruído na fisiologia de recém-nascidos prematuros estão bem esclarecidos na literatura: aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e do consumo de oxigênio, maior gasto de energia, retardo no ganho de peso (PENG et al., 2014; CARDOSO et al., 2015). Eventos de sofrimento agudo em resposta ao aumento dos níveis de ruído podem levar a situações de risco de vida, tais como a diminuição súbita e grave da saturação de oxigênio, bem como eventos de apneia e bradicardia (LAUBACH; WILHELM; CARTER, 2014).

A redução de estímulos sensoriais e ambientais nas unidades neonatais de risco favorecem o sono dos recém-nascidos prematuros (ORSI et al., 2015).

Considera-se que o sistema nervoso imaturo de recém-nascidos prematuros possa ser insuficiente para processar múltiplos e excessivos estímulos. Uma revisão sistemática sobre privação de sono, dor e prematuridade constatou que o recém-nascido prematuro tem um padrão de maturação tardio para os principais indicadores do sono, devido à condição de seu sistema nervoso central no nascimento e a interação deste com as adversidades do ambiente hospitalar (BONAN et al., 2015).

Quanto à oferta de medidas não farmacológicas de alívio da dor ao recém-nascido, pode-se inferir dos resultados, que essa ainda não se configura como rotina bem instituída nas unidades neonatais do estudo. A ausência dessa prática, particularmente em ambientes de alto risco, em que são numerosos os procedimentos invasivos, compromete severamente o neurodesenvolvimento do recém-nascido prematuro.

Nesse contexto, pesquisa conduzida em UTIN da China, evidenciou que o manejo da dor não era rotina nas unidades, por consequência, nenhum dos 108 neonatos submetidos a 10.633 procedimentos dolorosos teve acesso a qualquer analgesia, sedação ou medida não farmacológica para alívio da dor (CHEN et al., 2012).

Um estudo prospectivo na França, constatou que a analgesia não farmacológica antes de procedimentos dolorosos, foi ofertada a apenas 20,8% dos recém-nascidos, e durante o procedimento foi ofertada a um adicional de 34% deles. Assim, pouco mais da metade dos recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos recebeu analgesia (CARBAJAL et al, 2008).

As soluções de sacarose/glicose oral podem ser eficazes em neonatos submetidos a procedimentos leves ou moderadamente dolorosos. Estudo quase-experimental utilizando séries temporais, desenvolvido com 90 neonatos submetidos a venopunção e aspiração de nasofaringe, revelou efeito positivo da glicose oral à 10% sobre a resposta à dor durante procedimentos de punção venosa e aspiração nasofaríngea (MATAR; ARABIAT; FOSTER, 2016).

A sacarose/glicose é recomendada pela Academia Americana de Pediatria, como medida farmacológica de alívio da dor em recém-nascidos, carecendo assim, de monitoramento, já que existem lacunas no conhecimento acerca da dosagem apropriada, mecanismo de ação e efeitos a longo prazo

(WATTERBERG et al., 2016). Contudo, a maioria dos estudiosos a considera como não farmacológica (CRUZ; FERNANDES; OLIVEIRA, 2016).

Quanto às outras medidas de manejo da dor, estudos evidenciaram que em procedimentos de punção de calcâneo em recém-nascidos prematuros, a sucção não nutritiva, a contenção facilitada e o enrolamento com tecidos são eficazes na redução da dor, na estabilidade fisiológica e comportamental dos neonatos durante e após esse tipo de procedimento (LIAW et al., 2012; THAKKAR et al., 2016; HO et al., 2016).

Entretanto, não é tarefa simples, avaliar a dor nessa população, já que depende do quadro clínico do neonato, da disponibilidade de recursos humanos e materiais da unidade e da cultura organizacional. Para tanto, atualmente estão disponíveis diversos instrumentos validados para avaliação da dor neonatal, os quais devem ser utilizados antes, durante e após procedimentos dolorosos, a fim de monitorar a eficácia das intervenções de alívio da dor (CRUZ; STUMM, 2015; MELO et al, 2014).

A implementação de intervenções educativas para avaliação e manejo da dor é um artifício para melhorar a qualidade da atenção aos recém-nascidos prematuros. Diante disso, estudos realizados no Canadá, em Recife e em Santa Catarina constataram que profissionais de saúde estavam mais aptos para avaliar e manejar a dor em recém-nascidos após intervenção educativa (AYMAR et al., 2014; CORDEIRO; COSTA, 2014; STEVENS, et al.; 2015).

Estudo desenvolvido em Ohio, demonstrou que recém-nascidos prematuros, com limites posicionados em volta do corpo, passavam menos tempo acordados e com sono ativo mais eficiente (LACINA et al, 2015).

Pesquisa desenvolvida em UTIN em São Paulo revelou que 20 recém-nascidos prematuros observados por 24 horas ininterruptas foram submetidos à 768 manipulações, das quais apenas 264 ocorreram de forma agrupada. Contudo, esses procedimentos agrupados foram realizados de modo aleatório, desprovidos de cuidado quanto à homogeneização, não considerando as necessidades dos recém-nascidos (PEREIRA et al., 2013). Essas manipulações geram estresse nos recém-nascidos, manifestadas por expressões comportamentais, como choro, caretas, movimentos de torção, abertura lateral dos dedos dos pés (BALBINO et al., 2012).

A utilização do posicionamento conformacional, nas unidades neonatais em estudo, evidencia que a prática profissional favorece a organização e o repouso dos recém-nascidos. No entanto, essa prática tem basicamente o efeito anulado pelo manuseio contingente ainda não ser desenvolvido em totalidade pelos profissionais de saúde, que vai de encontro às necessidades do recém-nascido prematuro.

As práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais pesquisados esboçam caráter embrionário, ainda que o MC tenha sido implantado na instituição há mais de dez anos. Tais evidências suscitam a necessidade da elaboração e utilização de protocolos assistenciais, com vistas a uniformizar a atenção e concomitantemente elevar a qualidade da assistência, favorecer o neurodesenvolvimento do recém-nascido, promover segurança do paciente e autonomia profissional.

7 CONCLUSÃO

A avaliação da estrutura evidenciou descompasso entre as duas unidades neonatais de risco, já que o grau de adequação da UTIN em termos de recursos materiais e o da UCINCo para recursos humanos mostraram-se inferiores às recomendações ministeriais. A inadequação na estrutura dificulta a instituição do MC, prejudica a qualidade da atenção e o desenvolvimento de uma prática comprometida com a singularidade de cada família.

Apesar da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro ser uma prática difundida entre os profissionais de saúde, é inequívoco a incorporação parcial de seus preceitos aos processos de trabalho. Por conseguinte, a inclusão da família como parceira nos cuidados dispensados ao recém-nascido alcançou lugar pouco privilegiado entre os profissionais investigados, ao passo que o manuseio contingente foi debilmente executado, ainda que limites estivessem posicionados junto ao corpo do recém-nascido.

De acordo com esta pesquisa, as unidades apresentaram controle ambiental incipiente executado pelos profissionais, em relação a ruído e luminosidade. Assim, demonstrou-se uma tênue mobilização profissional para atender prontamente os alarmes sonoros dos equipamentos.

No entanto, o ponto nevrálgico da análise das práticas do MC na primeira etapa, realizadas pelos profissionais de saúde, se concentrou na não observância à utilização de medidas não farmacológicas de manejo da dor em procedimentos dolorosos. Conduta esta que causa malefícios ao neurodesenvolvimento do recém-nascido prematuro a curto, médio e longo prazos.

Percebeu-se uma lacuna entre conhecimento e prática, a maioria dos profissionais recebeu treinamento no Método Canguru, nos moldes do Ministério da Saúde, mas a rotatividade de mão de obra decorrente de vínculos flexíveis por meio de contratos terceirizados, onera sobre a presença de mão de obra qualificada em regime permanente.

A mudança no modelo de assistência neonatal requer a adoção de rotinas e normas em nível institucional, mas também requer treinamento formal dos profissionais. Para tanto, faz-se necessário investimento em capital humano, por

meio de educação permanente em saúde ofertada a todas as categorias profissionais que assistem o recém-nascido prematuro.

Posto isto, espera-se que os resultados deste estudo, a partir da avaliação das potencialidades e limitações na assistência hospitalar ao recém-nascido, possam fornecer subsídios para a elaboração de estratégias que instiguem a produção do cuidado integral ao prematuro e sua família, tanto no campo político como nas unidades neonatais. Nesse sentido, almeja-se indicar meios para se elevar o padrão técnico do atendimento ao recém-nascido prematuro atrelado à sensibilização do profissional, tanto por meio do aprimoramento da conduta e postura profissional quanto de mudanças nas instituições de saúde.

Por fim, o estudo apresenta limitações quanto ao cenário, pois os dados foram coletados em um único hospital. Pesquisas incluindo outros cenários hospitalares poderão gerar informações mais representativas do fenômeno investigado, e oferecer outras medidas de avaliação dos serviços para fins de análise ampliada da assistência neonatal sob a perspectiva do cuidado integral, contribuindo para melhorias no atendimento a essa população. Recomenda-se que outros estudos sejam desenvolvidos, englobando as respostas fisiológicas e comportamentais dos prematuros às práticas desenvolvidas pelos profissionais nas unidades neonatais do estudo.

REFERÊNCIAS

ABDEL-LATIF, M. E. et al. Parental presence on neonatal intensive care unit clinical bedside rounds: randomised trial and focus group discussion. **Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition.**, v. 100, n. 3, p. F203–F209. 2015. Disponível em: <<http://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306724>>. Acesso em: 13 abril. 2016.

ALS, H. et al. Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. **Pediatrics**, v. 78, n. 6, p. 1123-1132, dez. 1986. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/78/6/1123.long>>. Acesso em: 20 janeiro. 2016.

APERIBENSE, P. G. G. S.; BARREIRA, I. A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 474-482, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 fevereiro. 2016.

AYMAR, C. L. G. et al. Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde,. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 90, n. 3, p. 308-315, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000300308&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 abril. 2016.

BALBINO, A. C. et al. Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 20, n. esp.1, p. 615-620, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5908/4252>>. Acesso em: 12 abril. 2016.

BARBOSA, A. P.; CUNHA, A. J. L. A. Neonatal and pediatric intensive care in Rio de Janeiro State, Brazil: an analysis of bed distribution, 1997 and 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. s263-s271, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abril. 2016.

BARRADAS, J. et al. A relação entre posicionamento do prematuro no Método Mãe-Canguru e desenvolvimento neuropsicomotor precoce. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 82, n. 6, p. 475-480, dez. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abril. 2016.

BERGH, A. M. et al. Progress with the implementation of kangaroo mother care in four regions in Ghana. **Ghana Medical Journal**. v. 47, n. 2, p. 57-63, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3743115/>>. Acesso em: 10 janeiro. 2015.

BITTENCOURT, R. M.; GAÍVA, M. A.; ROSA, M. K. O. Perfil dos recursos humanos das unidades de terapia intensiva neonatal de Cuiabá, MT. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.6517.>>. Acesso em: 04 abril. 2016.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S208-S219, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 março. 2016.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. Neonatal care in Brazil: hospital structure and adequacy according to newborn obstetric risk. **Paediatrics and International Child Health.**, v. 35, n. 3, p. 206-212. 2015.

BONAN, K. C. S. C. et al. Sleep deprivation, pain and prematurity: a review study. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 73, n. 2, p. 147-154, fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2015000200147&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 março. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 fevereiro. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%200693,%20de%2005jul00.pdf>>. Acesso em: 03 fevereiro. 2015.

_____. _____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2002. Disponível em:
<<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/manualcanguru.pdf>>. Acesso em: 13 maio. 2015.

_____. _____. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 25 fevereiro. 2016.

_____. _____. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007.** Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 03 fevereiro. 2015.

_____. _____. **Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009.** Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html>. Acesso em: 03 fevereiro. 2015.

_____. _____. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 25 mar. 2016.

_____. _____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 03 fevereiro. 2015.

_____. _____. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.htm>. Acesso em: 25 fevereiro. 2016.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da saúde, 2012b.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm>. Acesso em: 20 fevereiro. 2015.

_____. _____. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf>. Acesso em: 05 dezembro. 2015.

BRIDI, A. C.; SILVA, R. C. L.; MONTEIRO, J. L. S. Fadiga de alarmes em terapia intensiva: descrevendo o fenômeno através da revisão integrativa da literatura. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 5, n. 3, p. 27-41, jul./set. 2013. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2308/pdf_810>. Acesso em: 05 abril. 2016.

BYERS, J. F. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. **MCN Am. J. Matern. Child Nurs.**, v. 28, n. 3, p. 175-180, maio./jun. 2003. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12771696>>. Acesso em: 05 abril. 2016.

CARBAJAL, R. et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. **JAMA**, v. 300, n. 1, p. 60-70, jul. 2008. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=182152>>. Acesso em: 06 abril. 2016.

CARDOSO, S. M. S. et al. Respostas fisiológicas de neonatos frente a ruídos em unidade neonatal. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 81, n. 6, p. 583-588, dez. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000600583&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abril. 2016.

CARVALHO, V. Da enfermagem hospitalar: um ponto de vista. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 640-644, set. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abril. 2016.

CHEN, M. et al. A prospective study of pain experience in a neonatal intensive care unit of China. **Clin J Pain**, v. 28, n. 8, p. 700-704, out. 2012. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182400d54>>. Acesso em: 07 abril. 2016.

CHRISTENSEN, M. et al. Alarm setting for the critically ill patient: a descriptive pilot survey of nurses' perceptions of current practice in an Australian Regional Critical Care Unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, London, v. 30, n. 4, p. 204-210, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339714000196>>. Acesso em: 05 abril. 2016.

CITOLINO FILHO, C. M. et al. Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 907-913, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600907&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 março. 2016.

COLLADOS-GÓMEZ, L. et al. Impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro. **Enferm Clin**, v. 21 ,n. 2, p. 69-74, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110002093>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., et al. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 29-47.

CORDEIRO, R. A.; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-192, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100185&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abril. 2016.

COSTA, S. M.; DURAES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1865-1873, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700100&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio. 2016.

COSTA, R., PADILHA, M. I. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha**

Enferm. (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 248-255, jun 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abril. 2016.

COSTA, R.; MONTICELLI, M. Método Mãe-Canguru. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 427-432, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abril. 2016.

CRUZ, C. T.; STUMM, E. M. F. Instrumentalização e implantação de escala para avaliação da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Relato de caso. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 232-234, set. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000300232&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abril. 2016.

CRUZ, M. D.; FERNANDES, A. M.; OLIVEIRA; C. R. Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. **European Journal of Pain**, v. 20, n. 4, p. 489-498, abril. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ejp.757/pdf>>. Acesso em: 07 abril. 2016.

CURAN, G. R. F. et al. Dimensionamento de pessoal de unidades neonatais em um hospital universitário. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 55-62, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/18675/16989>>. Acesso em: 02 abril. 2016.

DANIELE, D et al. Conhecimento e percepção dos profissionais a respeito do ruído na unidade neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1041-1048, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abril. 2016.

DAVIES, M. et al. A simple solution for improving reliability of cardiac arrest equipment provision in hospital. **Resuscitation.**, v. 85, n. 11, p. 1523-1526. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300957214006959>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

DINIZ, K. T. et al. Atividade eletromiográfica do músculo bíceps braquial de recém nascidos pré-termo submetidos à posição canguru. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 3, p. 327-330, set. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abril. 2016.

DONABEDIAN, A. La dimension institucional de la evaluación y garantía de la cuidad. **Salud Publica Mexico**, Modelos, México, n. 32, p. 113-117, 1980.

FELDMAN, R.; ROSENTHAL, Z.; EIDELMAN, A. I. Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life. **Biological Psychiatry**. v. 75, n. 1, p. 56-64, 2014. Disponível em: <<http://www-sciencedirect-com.ez17.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0006322313007646>>. Acesso em: 01 de fevereiro. 2015.

FLORIAN, M.; JANKOWSKI, M.; GUTKOWSKA, J. Oxytocin increases glucose uptake in neonatal rat cardiomyocytes. **Endocrinology**, v. 151, n. 2, p. 482-491, fev. 2010. Disponível em: <<http://press.endocrine.org/doi/pdf/10.1210/en.2009-0624>>. Acesso em: 14 abril. 2016.

FREIRE, M. H. S.; STELMAK A. P.; SANTOS E. K. A., et al. Kangaroo method as a basis for humanized care for the neonate and family: integrative review. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.8, n.10, p.3461-72, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6176/pdf_6301>. Acesso em: 02 de fevereiro. 2015.

GABIS, L. V. et al. The influence of a multisensory intervention for preterm infants provided by parents, on developmental abilities and on parental stress levels. **J Child Neurol**, v. 30, n. 7, p. 896-903, jun. 2015. Disponível em: <<http://jcn.sagepub.com/content/30/7/896>>. Acesso em: 13 abril. 2016.

GASPARDO, C. M.; MARTINEZ, F. E.; LINHARES, M. B. M. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 77-85, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000100013&lng=en&nrm=iso>.

GONCALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abril. 2016.

GONCALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2310014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abril. 2016.

GONTIJO, T. L. et al. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso: método canguru. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 86, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fevereiro. 2015.

GONTIJO, T. L.; XAVIER, C. C.; FREITAS, M. I. F. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-Nascidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 935-944, maio, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fevereiro. 2015

HO, L. P. et al. A feasibility and efficacy randomised controlled trial of swaddling for controlling procedural pain in preterm infants. **Journal of Clinical Nursing**, v. 25, p. 472-482, fev. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13075/epdf> >. Acesso em: 11 abril. 2016.

JIANG, S. et al. Parents as practitioners in preterm care. **Early Human Development**, v. 90, n. 11, p. 781-785, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378214002059>>. Acesso em: 13 abril. 2015.

LACINA, L et al. Behavioral observation differentiates the effects of an intervention to promote sleep in premature infants: a pilot study. **Advances in Neonatal Care**, v. 15, n. 1, p. 70-76, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25626984>>. Acesso em: 12 abril. 2016.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 659-668, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abril. 2015.

LAUBACH, V.; WILHELM, P.; CARTER, K. Shhh... I'm growing: noise in the NICU. **Nursing Clinics of North America**, v. 49, n. 3, p. 329-344, set. 2014.

Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029646514000371>>.

Acesso em: 05 abril. 2016.

LIAW, J. J. et al. Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: A prospective, randomised controlled crossover trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 3, p. 300-309, mar. 2012. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911003725>>.

Acesso em: 11 abril. 2016.

LIBERALI, J.; DAVIDSON, J.; SANTOS, A. M. N. Disponibilidade de assistência fisioterapêutica em unidades de terapia intensiva neonatal na cidade de São Paulo. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 57-64, mar. 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2014000100057&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abril. 2016.

LICHAND, C. C. et al. Métodos de avaliação de qualidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 57, p. 82-88. 2012. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/pdf/842/84223419004.pdf>>. Acesso em: 02 abril. 2016.

LIMA, S. G. et al. Os carros de emergência e o suporte avançado de vida. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, v. 8, n. 5, p. 399-404, set/out. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/006.pdf>>. Acesso em 30 mar. 2016.

LIU, L. et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. **The Lancet**. 2012.

Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612605601>>.

Acesso em: 02 fevereiro. 2015.

LÓPEZ, J. P. et al. Situación en las unidades de neonatología de España. **An Pediatr.**, Barcelona, v. 64, n. 2, p. 132-9, 2006. Disponível em:

<<http://www.analesdepediatria.org/es/cuidados-centrados-el-desarrollo-situacion/articulo/S1695403313004475/>>.

Acesso em: 13 de fevereiro. 2015.

LOURO, T. Q. et al. A terapia intensiva e as tecnologias como marca registrada. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, v. 4, n. 3, p. 2465-2482, jul/set. 2012. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2034/pdf_580>. Acesso em: 30 mar. 2016.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2016.

MARTINS, R. et al. Técnicas de fisioterapia respiratória: efeito nos parâmetros cardiorrespiratórios e na dor do neonato estável em UTIN. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 4, p. 317-327, dez. 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000400317&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abril. 2016.

MATAR, E. M.; ARABIAT, D. H.; FOSTER, M. J. Oral glucose efficacy on neonate's pain responses at the NICU: a quasi experimental trial of two clinical procedures. **Applied Nursing Research**, 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716300106>>. Acesso em: 11 abril. 2016.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações em saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea Digital**; v. 13, n. 2, p. 239-244, jul, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequence=>>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

MEDEIROS L. G. S. et al. Fisioterapia respiratória em terapia intensiva neonatal. **REBES**, Pombal, v. 3, n. 3, p. 14-19, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.gvaa.org.br/revista/index.php/REBES/article/view/2331/1801>>. Acesso em: 02 abril. 2016.

MELO, G. M. et al. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 395-402, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000400395&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abril. 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Salud colectiva**, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-160, agosto 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 04 abril. 2016.

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev**, n.5, maio. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/full>>. Acesso em: 14 abril. 2016.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 205-225, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2016.

NASCIMENTO M.N., et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 559-572, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 de fevereiro. 2015

NAZARIO, A. P. et al. Avaliação dos ruídos em uma unidade neonatal de um hospital universitário. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 189-198, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/19270/17101> >. Acesso em 06 abril. 2016.

NEVES, P. N.; RAVELLI, A. P. X.; LEMOS, J. R. D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método Mãe Canguru): percepções de puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de fevereiro. 2015.

OLIVEIRA, D.; FIGUEIREDO, M.; BATISTA, V. Ubiquidade do ruído em Neonatologia: efeitos e efetividade de medidas de controlo. **Acta Pediatr Port.**, v. 44, n. 5, p. 234-241. 2013. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/app/article/viewFile/3424/2739>>. Acesso em: 05 abril. 2016.

ORSI, K. C. S. C. et al. Efeito da redução de estímulos sensoriais e ambientais no sono de recém-nascidos pré-termo hospitalizados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0550-0555, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400550&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 abril. 2016.

OZAWA, M.; SASAKI, M.; KANDA, K. Effect of procedure light on the physiological responses of preterm infants. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 7, n. 1, p. 76-83, jun. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7924.2010.00142.x/pdf>>. Acesso em 06 abril. 2016.

PEIXOTO, P. V. et al. Nível de pressão sonora em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1309-1314, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abril. 2016.

PENG, N. H. et al. Energy expenditure in preterm infants during periods of environmental stress in the neonatal intensive care unit. **Japan Journal of Nursing Science**, Japan, v. 11, n. 4, p. 241-247, out. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jjns.12025/pdf>>. Acesso em: 05 abril. 2016.

PEREIRA, A. V.; ROTENBERG, L.; OLIVEIRA, S. S. Relações de gênero e interdependências: reflexões a partir de mudanças na configuração hospitalar. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1007-1024, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000301007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abril. 2016.

PEREIRA, F. L. et al. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1272-1278, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601272&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 abril. 2016.

PINA-OLIVEIRA, A. A.; CARRIEL, C. A. R.; CHIESA, A. M. Metodologias ativas em uma capacitação sobre humanização da assistência neonatal: avaliação da qualidade em foco. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, jan./jul, p. 249-254, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/15623/pdf>>. Acesso em: 11 abril. 2016.

PIZZO, L. G. P. et al. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 908-918, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300908&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abril. 2016.

PROCHNIK, M.; CARVALHO, M. R. Método mãe-canguru de atenção ao prematuro. Rio de Janeiro: BNDES, 2001. 96 p. Disponível em: http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/ArqArqui/conhecimento/bndes_social/bndes_social1.pdf>. Acesso em: 19 abril. 2016.

REIS, L. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 118-124, jun 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abril. 2016.

RIBEIRO, C. R. et al. Percepção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 4, p. 137-146, fev. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 abril. 2016.

ROCHA, D. K. L., FERREIRA, H. C. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 24-28. 2013. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/497>>. Acesso em: 02 abril. 2016.

ROSA, M. K. O.; GAÍVA, M. A. M. Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 159-165, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/12725>>. Acesso em: 03 abril. 2016.

ROSEIRO, C. P. O Cuidado ao recém-nascido em UTIN: concepções e práticas de Humanização. [dissertação de mestrado]. Vitória (ES): Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010. 183p.

ROSEIRO, C. P.; PAULA, K. M. P. Concepções de humanização de profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 1, p. 109-119, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000100109&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 abril. 2016.

RUIZ, S. V. et al. A light/dark cycle in the NICU accelerates body weight gain and shortens time to discharge in preterm infants. **Early Human Development**, v. 90, n. 9, p. 535-540, set. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378214001042>>. Acesso em 06 abril. 2016.

SAMICO, et al. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS, A. O. NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... **Nascer e Crescer**, Porto, v. 20, n. 1, p. 26-31, mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542011000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 abril. 2016.

SANTOS, D. M. A. et al. Demandas de atenção do enfermeiro em unidade de terapia intensiva neonatal, pediátrica e geral. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 837-845, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/41243/26928>>. Acesso em: 05 abril. 2016.

SANTOS, B. R. et al. Efeito do "horário do soninho" para redução de ruído na unidade de terapia intensiva neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 102-106, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100102&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 outubro. 2015.

SCHEFFER, M. C.; CASSENOTE, A. J. F. A feminização da medicina no Brasil. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 268-277, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 fev. 2016.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abril. 2015.

SCHNEIDER, C. et al. Cerebral motor function in very premature-at-birth adolescents: a brain stimulation exploration of kangaroo mother care effects. **Acta Paediatrica**, v. 101, n. 10, p. 1045-1053, out. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2012.02770.x/pdf>>. Acesso em: 14 abril. 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ. Maternidade Dona Evangelina Rosa. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa>>. Acesso em: 13 fevereiro. 2015.

SILVA, A. C. A. et al. Percepção da equipe multiprofissional sobre ruído em unidade de cuidado intermediário neonatal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 74-79, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abril. 2016.

SILVA, H. C. et al. Carros de emergência: disponibilidade dos itens essenciais em um hospital de urgência norterriograndense. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 31, jul. 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 30 mar. 2016.

SILVA, L. G.; ARAÚJO, R. T.; TEIXEIRA, M. A. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 3, p. 634-643, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a21.htm>> Acesso em: 29 mar. 2016.

SILVA, S. Q.; MANDETTA, M. A.; BALIEIRO, M. M. F. G. O típico do cuidado de enfermagem ao prematuro em relação ao sono e a vigília. **Rev. Eletro. Enf.**, n. 17, n. 2, p. 205-211, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n2/pdf/v17n2a05.pdf>. Acesso: 21 abril. 2016.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 684-689, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300026&lng=en>. Acesso em: 18 jan. 2016.

SOUZA, A. B. G. Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

STEVENS, B. et al. The influence of context on pain practices in the NICU: perceptions of health care professionals. **Qualitative Health Research.**, v. 21, n. 6, p. 757-770. jun. 2011. Disponível em: <<http://qhr.sagepub.com/content/21/6/757.long>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

THAKKAR, P. et al. To evaluate and compare the efficacy of combined sucrose and non-nutritive sucking for analgesia in newborns undergoing minor painful procedure: a randomized controlled trial. **Journal of Perinatology**, v. 36, n. 1, p. 67-70, 2016. Disponível em: <<http://www.nature.com/jp/journal/v36/n1/full/jp2015122a.html>>. Acesso em: 11 abril. 2016.

TOMA, T. S. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 13, n. 3, jul. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fevereiro. 2016.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Levels and trends in child mortality, report 2013.** Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2013.pdf?ua=1>. Acesso em: 06 de fevereiro. 2015.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, supl. p. s173-s180, nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 de fevereiro. 2015.

WATTERBERG, K. L. et al. Prevention and management of procedural pain in the neonate: An update. **Pediatrics.**; v. 137, n.2, p. e20154271, fev. 2016. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/137/2/1.61>>. Acesso em: 06 abril. 2016.

WESTRUP, B. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) — Family-centered developmentally supportive care. **Early Human Development**, n. 83, v. 7, p. 443-449, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378207000540>>. Acesso em: 12 abril. 2016

WHITELAW, A; SLEATH, K. Myth of the marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogota, Colombia. **The Lancet**, v. 325, n. 8439, p. 1206-1208, maio 1985. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673685928776>>. Acesso em: 12 abril. 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born too soon: the global action report on preterm birth**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf>. Acesso em: 08 de fevereiro. 2015.

_____. **Preterm birth**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em: 14 maio. 2016.

ZANDOMENIGHI, R. C. et al. Cuidados intensivos em um serviço hospitalar de emergência: desafios para os enfermeiros. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 404-414, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/936>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para observação dos atributos físicos das unidades neonatais



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

“Avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro”

II – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Item de verificação	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado
Controle de ruído			
Controle de iluminação			
Climatização			
Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.			
Material e equipamento para reanimação, um para cada cinco leitos.			
Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura, um para cada leito			
Ventilador pulmonar mecânico microprocessado: um para cada dois leitos, com reserva operacional de um equipamento para cada 5 leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 circuitos completos;			
Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 para cada 10 leitos ou fração.			
Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos: 3 equipamentos por leito, com			

reserva operacional de 1 para cada 3 leitos.			
Conjunto de nebulização, em máscara: 1 para cada leito.			
Conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão autoinflável com máscara e reservatório: 1 conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 para cada 2 leitos;			
Bandejas para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem liquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral;			
Eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade;			
Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva			
Poltronas removíveis de material impermeável: 1 por leito.			
Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito.			
Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 para cada 5 leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva.			
Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4.			

Capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 para cada 3 leitos/fração, com reserva operacional de 1 para cada 5 leitos;			
Aparelho para fototerapia: 1 para cada 3 leitos/fração, com reserva operacional de 1 para cada 5 leitos;			
Incubadora com parede dupla: 1 por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos.			
Incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 1 para cada 10 leitos ou fração.			
Balança eletrônica portátil: 1 para cada 10 leitos.			
Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado			
Equipamento para aferição de glicemia capilar: um para cada cinco leitos ou fração			
Oftalmoscópio: no mínimo dois			
Negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X: 1 por unidade;			
Relógios e calendário de parede visíveis.			
Médico responsável técnico habilitados em Neonatologia			
1 médico com jornada horizontal diária mínima de quatro horas, habilitado em Neonatologia ou Pediatria para cada 10 leitos ou fração.			
1 médico plantonista Especialista em Pediatria, habilitado em			

Neonatologia para cada 10 leitos ou fração, em cada turno.			
1 enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal.			
1 enfermeiro assistencial para cada 10 leitos ou fração, em cada turno.			
1 fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno.			
1 fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 (seis) horas.			
Técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 para cada 2 leitos em cada turno.			
1 fonoaudiólogo disponível para a unidade.			
1 funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno.			

III - UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS CONVENCIONAIS

Item de verificação	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado
Berço de calor radiante em no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos			
Incubadoras simples em no mínimo 60% (sessenta por cento) dos leitos			
Berços de acrílico em no mínimo 30% (trinta por cento) dos leitos			
Estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito			
Monitor multiparâmetros: 1 para cada 5 leitos			

Ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 3 recém-nascidos			
Capacetes/ capuz para oxigênio: 1 para cada 4 leitos.			
Termômetro digital individual: 1 para cada leito.			
Estetoscópio individual: 1 para cada leito.			
Esfignomanômetro: 1 para 15 leitos ou menor fração.			
Otoscópio e oftalmoscópio: 1 para 15 leitos ou menor fração.			
Material e equipamento para reanimação: 1 para cada 15 leitos			
Conjunto de nebulizador e máscara: 1 para cada 4 leitos			
Aspirador portátil: 1 por unidade.			
Bomba de infusão: 1 para cada leito.			
Aparelhos de fototerapia: 1 para cada 4 leitos			
Balança eletrônica: 1 para cada 15 leitos			
Negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X: 1 por unidade;			
Relógios e calendário de parede visíveis.			
Poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 por leito (para realização de contato pele a pele/posição canguru)			
Oxímetro de pulso: 1 para cada leito.			
1 responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, habilitado em neonatologia ou em pediatria			
1 médico com jornada diária mínima de 4 horas, com habilitação em neonatologia ou em pediatria para cada 15 leitos			
1 médico plantonista, com habilitação em neonatologia ou em pediatria para cada 15 leitos ou fração em cada turno			

1 enfermeiro coordenador, com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional, com jornada horizontal diária mínima de 4 horas			
1 enfermeiro assistencial, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno			
1 técnico de enfermagem para cada 5 leitos, em cada turno			
1 fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em cada turno			
1 fonoaudiólogo disponível para a unidade			
1 funcionário responsável pela limpeza em cada turno.			

APÊNDICE B - Questionário sobre perfil profissional e práticas assistenciais desenvolvidas com o recém-nascido prematuro



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

“Avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro”

Estou realizando uma pesquisa sobre os cuidados na perspectiva do Método Canguru. É de grande valia sua participação, pois contribuirá para aprimorar os recursos disponíveis para a assistência e para o desenvolvimento de seu trabalho junto ao recém-nascido prematuro e sua família. Responda as questões abaixo, em algumas é permitido assinalar mais de uma alternativa.

Caso tenha alguma dúvida sobre o questionário, entre em contato com a pesquisadora: akcsantiago@hotmail.com/ (86) 988168102.

PARTE I – Perfil profissional

1- O sr./sra. trabalha em qual Unidade Neonatal?

- () Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal
() Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais

2- Qual a sua categoria profissional?

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| () Médico neonatologista da equipe | () Enfermeiro(a) |
| () Auxiliar/ Técnico de Enfermagem | () Psicólogo (a) |
| () Assistente Social | () Fonoaudiólogo (a) |
| () Fisioterapeuta | () Nutricionista |

3- Sexo

- () Masculino () Feminino

4- Qual o ano em que se formou? _____

5- Qual o tipo de vínculo nesta instituição? _____

- () Efetivo () Celetista () Terceirizado

6- Possui outros vínculos profissionais?

- () Sim () Não

7- Qual o tempo de atuação na instituição? _____

8- Qual o tempo de experiência em Neonatologia? _____

9- Qual o tempo de atuação nesta unidade? _____

10- Você participou de algum treinamento sobre Método Canguru desde que começou a atuar em unidades neonatais para recém-nascido prematuro?

Sim Não

11- Se sim, por favor, descreva:

Local: _____ Ano: _____

Tempo de duração do curso: _____

PARTE II – Questionário sobre atenção humanizada ao recém-nascido prematuro

12- A primeira visita dos pais na UTIN/UCINCo é acompanhada por profissional de saúde da instituição?

sim às vezes não não sei

13- Pai/ mãe tem livre acesso a UTIN/UCINCo?

sim às vezes não não sei

14- A família (pai e outros membros) é estimulada a um contato com a equipe de saúde dentro das primeiras 24 horas após o nascimento do recém-nascido prematuro?

sim às vezes não não sei

15- Mãe, pai e/ou outro familiar tocam espontaneamente o bebê?

sim às vezes não não sei

16- A mãe participa dos cuidados ao recém-nascido ainda na UTIN/UCINCo?

sim às vezes não não sei

17- Quais as medidas utilizadas para a formação de laços afetivos entre pais e bebês (pode-se marcar mais de uma opção)?

Contato precoce entre mãe e bebê ainda na sala de parto

Visita do profissional de saúde à mãe para informá-la sobre as condições e potencialidades do bebê

Os pais participam dos cuidados dispensados ao bebê.

Início da posição canguru o mais breve possível.

Não existe rotina.

18- As cúpulas das incubadoras permanecem parcialmente cobertas durante todo o plantão?

sim às vezes não não sei

- 19- Os alarmes sonoros dos equipamentos são atendidos prontamente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais (monitor cardíaco, bombas de infusão, sensor de temperatura das incubadoras, etc.)?
 sim às vezes não não sei
- 20- Você considera baixo o nível de ruído da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais?
 sim às vezes não não sei
- 21- A discussão dos casos na passagem de plantão é afastada dos leitos?
 sim às vezes não não sei
- 22- A pesagem do recém-nascido é realizada em dupla, com o bebê envolto em tecido fino previamente pesado:
 sim às vezes não não sei
- 23- O bebê é mantido em incubadora aquecida/berço e posicionados limites próximos ao corpo?
 sim às vezes não não sei
- 24- O recém-nascido é posicionado com a cabeça alinhada e as mãos livres e próximas ao rosto?
 sim às vezes não não sei
- 25- O manuseio do bebê é contingente, ou seja, originado ou modificado pelos sinais do bebê?
 sim às vezes não não sei
- 26- Quais medidas não-farmacológicas de manejo da dor você normalmente utiliza?
- Enrolamento
 - Contenção facilitada
 - Contato pele a pele
 - Sucção não nutritiva
 - Sacarose

Muito obrigada!

APÊNDICE C - Roteiro de observação do cuidado ao recém-nascido prematuro



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

“Avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro”

IDENTIFICAÇÃO
Unidade Neonatal: () Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal () Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais
Data da observação:
Hora de início da observação: _____ Hora do fim da observação: _____
PARCERIA COM A FAMÍLIA
Fornecer assento para mãe/pai (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez
Estimular mãe/pai a tocar seu bebê (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez
Incentivar a mãe a participar dos cuidados ao recém-nascido (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez
Reconhecer e elogiar o que a mãe/pai estiver fazendo corretamente (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez
CONTROLE DO AMBIENTE
Não atender celular dentro da unidade (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez
Atender prontamente aos alarmes sonoros (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nunca (5) nenhuma vez
Mantém incubadoras parcialmente cobertas (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez
MANUSEIO E POSICIONAMENTO
Fazer limpeza prévia do prato da balança com álcool a 70% e forrar com papel toalha (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez
Pesar o recém-nascido despido, envolto em lençol fino (com peso previamente conhecido) (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez
Realizar mudança de posicionamento do recém-nascido (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez
Posicionar o recém-nascido de modo que a cabeça fique alinhada e as mãos próximas ao rosto (1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez

MINIMIZAÇÃO DO ESTRESSE E DA DOR**Utiliza medidas de manejo da dor em procedimentos dolorosos**

(1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez

Fala suavemente antes de tocar, e observa as “pistas” fisiológicas e comportamentais do bebê

(1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez

Oferece consolo ao recém-nascido, quando necessário

(1) continuamente (2) frequentemente (3) algumas vezes (4) raramente (5) nenhuma vez

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro
Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Lídyia Tolstenko Nogueira
Pesquisador participante: Anna Katharinne Carreiro Santiago
Instituição: Universidade Federal do Piauí
Departamento: Departamento de Enfermagem
Telefone para contato: (86) 3215-5558/88168102

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa: **“Avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro”**, respondendo a questionários sobre aspectos referentes ao perfil profissional e as práticas de assistência neonatal e, a observação estruturada da sua rotina de trabalho nesta unidade. Não se apresse em tomar a decisão, é muito importante que o(a) senhor(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento e o pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que o(a) senhor(a) se decida a participar. Depois de esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você tem direito de retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo em sua etapa final, sem ônus ou prejuízos.

Objetivo do estudo: Avaliar a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro em maternidade de referência.

Procedimentos: Sua participação consistirá na observação, pelo pesquisador, de sua rotina de trabalho nesta unidade, além do preenchimento de questionários, respondendo às perguntas, em um único momento, sobre perfil, capacitação e as práticas assistenciais desenvolvidas no cuidado ao recém-nascido prematuro e à família.

Benefícios: Este estudo contribuirá para a compreensão de peculiaridades existentes na efetivação do Método Canguru no Estado do Piauí, com vistas à redução da taxa de morbimortalidade de crianças menores de ano. Assim, fornecerá subsídios para a reorientação dos processos de trabalho pautados na humanização da assistência dos recém-nascidos prematuro e sua família, bem como para a otimização da estrutura e dos recursos disponíveis para o cuidado.

Riscos: Os possíveis riscos podem se relacionar com fadiga física e mental pela extensão dos questionários, o que pode causar cansaço ou falta de interesse em participar da pesquisa. Também há a possibilidade de riscos não-físicos, como os de

ordem moral e psicológica, uma vez que poderá causar desconforto por se sentir exposto a observação de práticas assistenciais. Os riscos serão minimizados por meio de uma abordagem compreensiva e isenta de julgamentos, da preservação da identidade e garantia de sigilo das informações. Entretanto, em caso de ocorrência de danos, o pesquisador irá proporcionar assistência imediata, bem como se responsabilizará pela assistência integral ao participante no que se refere às complicações e danos decorrentes desta.

Esteja ciente que os questionários serão utilizados apenas no âmbito da pesquisa. Informamos também que em qualquer etapa do estudo, se necessitar esclarecer dúvidas ou receber qualquer informação, você terá a garantia de acesso ao pesquisador responsável pelo estudo: Anna Katharine Carreiro Santiago, a qual é aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Telefones para contato: (86) 3215-5558/(86) 8816-8102.

Sigilo: As informações fornecidas pelo(a) senhor(a) terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. O(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum momento, mesmo quando divulgado resultados da pesquisa.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG/CPF: _____, abaixo-assinado(a), concordo em participar do estudo intitulado “**Avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido prematuro**”, como participante. Fui suficientemente informado(a) a respeito das informações que li, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos, os procedimentos a serem realizados, desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízo.

Teresina, _____, de _____ de 2015

Assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador responsável:

Profª Drª Lídyia Tolstenko Nogueira

Presenciamos a solicitação do consentimento Livre e Esclarecido, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da participante

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome _____ RG _____

Nome _____ RG _____

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga
Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru

Pesquisador: Lidya Tolstenko Nogueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44402215.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.065.460

Data da Relatoria: 05/06/2015

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa trata-se de um estudo descritivo, do tipo avaliativo, com delineamento transversal, a ser realizado em uma maternidade pública de ensino, certificada como Hospital Amigo da Criança, referência para o Estado do Piauí no atendimento a gestantes de alto risco e a recém-nascidos prematuros e de baixo peso. A

população do estudo será constituída por 206 profissionais de saúde que atuam junto ao recém-nascido prematuro e de baixo peso e às respectivas famílias nas unidades neonatais: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Convencional, Unidade de Cuidados Intermediários Canguru e ambulatório para recém-nascido prematuro e/ou baixo peso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: ~~avaliar a atenção humanizada~~

Avaliar a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru em maternidade de referência nos cuidados aos recém-nascidos de baixo peso.

Objetivo Secundário:

- Comparar a estrutura física da instituição às Normas do Ministério da Saúde relativas ao Atendimento Humanizado ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru;

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.065.460

- Analisar as práticas neonatais da equipe multiprofissional de saúde que assiste aos recém-nascidos de baixo peso, na perspectiva do Método Canguru;
- Caracterizar o perfil e capacitação dos profissionais de saúde que atendem aos recém-nascidos de baixo peso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos podem se relacionar com fadiga física e mental pela extensão dos questionários, o que pode causar cansaço ou falta de interesse em participar da pesquisa. Também há a possibilidade de riscos não-físicos, como os de ordem moral e psicológica, uma vez que poderá causar desconforto por se sentir exposto a observação de práticas assistenciais. Os riscos serão minimizados por meio de uma abordagem compreensiva e isenta de julgamentos, da preservação da identidade e garantia de sigilo das informações. O pesquisador irá proporcionar assistência imediata, bem como se responsabilizará pela assistência integral ao participante no que se refere às complicações e danos decorrentes do estudo.

Benefícios:

O estudo contribuirá para a compreensão de peculiaridades existentes na efetivação do Método Canguru no Estado do Piauí, com vistas à redução da taxa de morbimortalidade de crianças menores de ano. Assim, fornecerá subsídios para a reorientação dos processos de trabalho pautados na humanização da assistência dos recém-nascidos de baixo peso e sua família, bem como para a otimização da estrutura e dos recursos disponíveis para o cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo pretende avaliar a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru em uma maternidade de referência nos cuidados aos recém-nascidos de baixo peso no município de Teresina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexado no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apto para ser desenvolvido está aprovado, encontra-se elaborado segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.065.460

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 15 de Maio de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br