

Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença*

TECHNOLOGY AND HUMANIZATION OF THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: REFLECTIONS IN THE CONTEXT OF THE HEALTH-ILLNESS PROCESS

TECNOLOGÍA Y HUMANIZACIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REFLEXIONES SOBRE EL CONTEXTO DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Laura Johanson da Silva¹, Leila Rangel da Silva², Marialda Moreira Christoffel³

RESUMO

Trata-se de reflexão acerca da tecnologia e da humanização do cuidado ao recém-nascido, tendo como preceito teórico o processo saúde-doença. São estabelecidos alguns paralelos entre as concepções de saúde e de doença, e suas influências em nosso modelo de agir e pensar nos espaços da assistência, como sujeitos do cuidado neonatal. O método mãe-canguru é apresentado como tecnologia relacional, que propõe o acolhimento da unidade família-bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, valorizando as vivências e necessidades primordiais de afetividade e compreensão.

DESCRITORES

Recém-nascido.
Cuidado do lactente.
Parto humanizado.
Enfermagem neonatal.
Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

This article reflects on technology and humanization in care of newborns, having as theoretical premise the health-illness process. Some parallels are established among the several conceptions of health and illness, and their influences in the way we behave and think about the care spaces as subjects of the neonatal care. The Kangaroo Mother Care is presented as a relational technology that proposes to shelter the family-baby unity in the Neonatal Intensive Care Unit, valuing experiences and major needs of affection and comprehension.

KEY WORDS

Infant, newborn.
Infant care.
Humanizing delivery.
Neonatal nursing.
Intensive Care Units, Neonatal.

RESUMEN

Se trata de reflexión acerca de la tecnología y de la humanización del cuidado al recién nacido, teniendo como marco teórico el proceso salud enfermedad. Son establecidos algunos paralelos entre las concepciones de salud y de enfermedad y sus influencias en nuestro modelo de actuar y pensar en los espacios de la asistencia, como sujetos del cuidado neonatal. El método madre canguro es presentado como tecnología relacional que propone el acogimiento de la unidad familia bebé en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, valorizando las vivencias y necesidades primordiales de afectividad y comprensión.

DESCRIPTORES

Recién nacido.
Cuidado del lactente.
Parto humanizado.
Enfermería neonatal.
Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

* Extraído da dissertação "Encontros afetivos entre pais e bebê no espaço relacional da Unidade Neonatal: um estudo de caso à luz do Método Mãe-Canguru", Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2007. ¹ Mestre em Enfermagem. Gerente de Enfermagem da Unidade Neonatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. lauraenfa@yahoo.com.br ² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; Professora do Programa de Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. rangel.leila@gmail.com ³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Saúde da Criança NUPESC. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. marialdanit@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os eixos norteadores dessa discussão são as concepções de saúde e doença, tecnologia e humanização, que representam conjuntamente pilares conceituais para repensarmos nossos modelos de assistência no espaço da terapia intensiva neonatal.

A compreensão da atuação da enfermagem frente à saúde e a doença é relevante, pois nos põe em contato com as representações que temos sobre esses fenômenos. Trata-se de uma construção multifacetada que não é advinda unicamente do nosso contato com o conhecimento formal, científico, mas também do sistema pessoal e familiar de valores, da nossa cultura e sociedade, da própria história de vida, bem com das trocas e experiências adquiridas nas relações diárias que estabelecemos com o mundo e com as pessoas. Assim, a significação que atribuímos à saúde e doença é estabelecida dinamicamente e não se forma no vazio, já que é fruto das formas variadas de conhecimentos com as quais temos contato.

Interessante notar que é mais comum encontrarmos definições, modelos explicativos, propostas de análises e esquemas interpretativos da doença do que propriamente da saúde. Logo, compreendê-las enquanto um processo contínuo se constitui no desafio de romper com as dualidades que ao longo do tempo foram estabelecidas pelos conhecimentos científico e popular. Essas dualidades se apresentam nas noções tão marcantes entre o normal e o patológico, os que curam e os que são curados, o equilíbrio e o desequilíbrio, definindo a condição de estar sadio ou doente como dois elementos em pólos extremamente separados dentro de uma mesma realidade⁽¹⁾.

Essas noções opostas são advindas de um modelo explicativo, norteado pelo pensamento biomédico, ainda hegemônico em nossa sociedade, que define a saúde a partir da ausência de doença. Essa visão é considerada reducionista na medida em que, tanto a doença como a saúde são concebidas como propriedades físicas isoladas do todo, ou seja, que se concretizam no plano biológico, desconsiderando outras dimensões envolvidas no processo.

Tal perspectiva se baseia no modelo de homeostase, segundo o qual a saúde é um estado de equilíbrio do organismo em relação às suas várias funções vitais e a doença é o rompimento desse equilíbrio, concretizado numa disfunção orgânica. As explicações para essa disfunção geralmente são do tipo causa-efeito, buscadas ao nível microscópico, intra-celular, por razões bio-físico-químicas. Disso resulta o entendimento do corpo humano como *máquina* complexa e sofisticada, compreensão baseada no paradigma mecanicista da medicina científica. A participação do indivíduo no fenômeno é negada, pois seu corpo e sua doença passam a ser objeto de intervenções.

Freqüentemente observamos nos diferentes espaços de assistência uma maior ênfase dirigida para o tratamento e prevenção de doença em detrimento do ser humano que vivencia o adoecer. Nesta perspectiva, o cuidado se restringe ao restabelecimento da saúde a partir da atuação exclusiva na doença, através de tecnologias que a controlem, que a dominem. Certamente nessa questão há um importante paradoxo advindo da progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica que vivenciamos na atualidade. De um lado, efeitos positivos tais como o aumento da precocidade, eficácia, eficiência e precisão de diversas intervenções diagnósticas e terapêuticas gerando melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. De outro lado, efeitos negativos tais como a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, a iatrogenia, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento⁽²⁾.

Considerando-se tais contradições, importantes reflexões são necessárias à enfermagem neonatal: Que dimensões conferimos às diferentes tecnologias no cuidado intensivo neonatal? Que conceitos de saúde e doença embasam o cuidado de enfermagem no espaço tecnológico da UTI neonatal? Como desenvolvemos a humanização no cotidiano da assistência?

A significação que atribuímos à saúde e doença é estabelecida dinamicamente e não se forma no vazio, já que é fruto das formas variadas de conhecimentos com as quais temos contato.

TECNOLOGIA E HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

A crescente visibilidade das taxas de morbimortalidade neonatal tem sido um desafio mundial de saúde pública, pois anualmente, em torno de 20 milhões de bebês nascem com baixo peso (abaixo de 2.500g), a maioria destes nos países em desenvolvimento. Os principais fatores são o nascimento prematuro e o retardo do crescimento intra-uterino. Nos países desenvolvidos a implantação e o impacto das ações desenvolvidas na área perinatal, somados aos avanços técnico-científicos no campo da neonatologia têm possibilitado maior sobrevivência desses recém-nascidos⁽³⁾.

Diagnósticos, terapias sofisticadas, procedimentos cirúrgicos têm garantido a chance de vida a bebês que há algumas décadas atrás, eram considerados inviáveis pela ciência. Ao mesmo tempo em que o aumento da sobrevivência desse grupo tem sido garantido pelo desenvolvimento de recursos tecnológicos modernos e profissionais especializados, há uma progressiva carga para os sistemas de saúde e seguridade social de todo o mundo. Além disso, nos países em desenvolvimento ocorre ainda uma grande escassez desses recursos tecnológicos acrescida da carência de profissionais qualificados⁽³⁾.

Certamente, as repercussões desses nascimentos transcendem tais questões e se fazem sentir diretamente na fa-

mília, que vivencia inúmeras dificuldades durante e após a hospitalização do bebê. A preocupação com a separação precoce e prolongada entre mãe-bebê e família, menor prevalência de aleitamento materno nesse grupo, maior demanda de atenção especial e de alto custo, dentre outros, suscita importantes reflexões.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal se configura então, como um ambiente tecnológico onde os avanços e a intervenção profissional, nos mais diferenciados graus de complexidade, se voltam principalmente para a recuperação do bebê. Frequentemente, o foco principal de atenção que deveria ser o bebê (e sua família) com todas as suas potencialidades, é desviado para a maquinaria ao seu redor e sua condição ou doença. Nesse ambiente de urgência e imediatismo, tão dominado pela especialização, muitas vezes a equipe está voltada para dominar e manipular as tecnologias. Assim, o desafio premente é perceber a tecnologia de ponta em sua verdadeira dimensão no processo de cuidado, isto é, de meio que nos pode auxiliar na atenção à saúde e ao bem-estar da criança, o sujeito primeiro de nossa dedicação e cuidado⁽⁴⁾.

É nesse mesmo ambiente que outras necessidades do bebê ganham destaque, como a inserção de sua família nos cuidados e a manutenção da qualidade de vida. Assim, o bebê deve ser considerado e respeitado como ser-sujeito, dotado de emoções e individualidade, e não como objeto de intervenções. Logo, os cuidados não devem ser focados apenas nos aspectos biológicos, mas também na estimulação de seu desenvolvimento psicoafetivo.

Quando valorizamos o cuidado meramente técnico, dicotimizamos o corpo biológico do social, deixamos de ver, sentir e adentrar pelo campo da subjetividade. Logo, um cuidar que refuta a emoção no processo de interação com a criança, é feito através de procedimentos técnicos, já um cuidar que inclui a afetividade demonstra o caráter humano de ser relacionar com o mundo e com as pessoas⁽⁵⁾.

Assim, quando o enfoque está exclusivamente voltado para a maquinaria, o procedimento e a patologia, o ambiente e os cuidados se tornam despersonalizados e pouco acolhedores, já que as dimensões humanas não ganham o devido destaque. As histórias de vida, as posições pessoais, o contexto sócio cultural e as experiências pessoais intensas compartilhadas pelo bebê e sua família ao vivenciarem a prematuridade são negadas ou pouco valorizadas.

Essas experiências de pais e filhos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal surgem num contexto de situação-limite, que pode ser definida como um momento de crise para a família, um período limitado de tempo de desequilíbrio e/ou de confusão, durante o qual os pais podem ficar temporariamente incapazes de responder adequadamente⁽⁶⁾.

A visão de um ambiente novo e assustador, uma equipe muito atarefada, um bebê real diferente do imaginário, somado a sentimentos de culpa pelos problemas do filho, podem gerar uma experiência de desamparo nos pais. O

bebê também vivencia esta experiência, pois sofre com as privações do aconchego, do calor e do cheiro da mãe que não encontra nos tecidos da incubadora além da falta de afagos carinhosos de seus genitores. Estímulos ambientais nocivos tais como ruídos, luzes contínuas, alterações bruscas de temperatura associados às interrupções do sono por manuseio intenso e procedimentos dolorosos também podem prejudicar o desenvolvimento neuromotor e sua capacidade de interação com seus pais⁽⁶⁾.

Compreender a vivência dos pais e do bebê numa situação-limite é dispor-se a valorizar as diferentes formas de enfrentamento que cada um assume diante das dificuldades, as nuances singulares de cada interação que estabelecem, as maneiras como experimentam o sofrimento da separação, do adoecimento e da perda do contato corporal. É também ir contra a prejudicial tendência de nos familiarizarmos com a dor e o sofrimento humano, de não estranharmos o cotidiano, de não nos envolvermos, de realizarmos ações impessoais desprovidas de afetividade.

A fronteira entre a doença e o sofrimento é muito tênue, todavia, o sofrimento possui uma dimensão maior, pois as interrogações, os receios e a dor advindos da doença são fontes do sofrer, e a própria natureza objetiva da doença não determina o nível do sofrimento vivido pela pessoa, ou até mesmo por aqueles com os quais se relaciona. Assim, ao cuidarmos não podemos restringir nosso agir nas disfunções, mas devemos ampliar os horizontes ao cuidar da pessoa em sofrimento. É na verdade, um convite para um olhar mais amplo, mais rico, mais generosamente humano do que a simples doença⁽⁷⁾.

Essa perspectiva mais compreensiva está pautada numa visão de saúde e doença como um processo no qual o núcleo deixa de ser o distúrbio, a disfunção biológica e passa a ser a experiência de estar enfermo, onde corpo e mente estão integrados. A interpretação de cada indivíduo acerca desse processo advém de sua relação consigo mesmo e com os outros, ou seja, é ao mesmo tempo subjetiva e intersubjetiva e portanto, fundamentada num contexto sociocultural. É a partir dessa rede de relações que a pessoa atribuirá significados ao momento vivido, que irão influenciar diretamente nas suas atitudes de enfrentamento⁽⁸⁾.

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal observa-se uma dificuldade da equipe em compreender as diferentes reações ao estresse vivido pela família. Enquanto alguns pais entendem as condições do recém-nascido e se adaptam às práticas da unidade, outros expressam reações contrárias, com comportamentos de negação. Para estes últimos que não atendem ao padrão de comportamento desejado, a equipe age com distanciamento emocional, relutando em perceber o sofrimento dos pais junto ao filho⁽⁹⁾.

Essa desvalorização das singularidades é um obstáculo para a compreensão do outro a partir do seu mundo de vida, ou seja, de suas vivências e sentimentos. Entender o significado que o outro atribui ao sofrimento é possível quando lhe damos voz, não somente no sentido do verbal,

mas também no que o seu corpo e sua vida nos falam. O lugar deixado à palavra e aos vários meios de expressão é, pois essencial na prática de cuidar, uma vez que permite expressar o sofrimento que o *corpo-sujeito* vive⁽⁷⁾.

Lidar com as contradições existentes entre a superavaliação da máquina, da doença e a experiência humana buscando estratégias integradoras onde as relações sejam valorizadas, é o próprio movimento da humanização. Esse é o grande desafio a ser enfrentado, hoje, pelos profissionais que atuam em terapia intensiva⁽¹⁰⁾.

Apesar das controvérsias que existem em torno da palavra humanização, nos apropriamos dela como uma forma de expressar um comprometimento não apenas com as dimensões práticas do trabalho, mas também com as dimensões subjetivas e sociais da vida dos quais cuidamos. Humanizar é então, um novo paradigma onde fazer e pensar em saúde se integram e priorizam a construção de relações de encontro e acolhimento, com autonomia e responsabilização, onde a totalidade dos sujeitos fica garantida.

Esta concepção do termo é fundamentada pela própria política nacional, denominada Humaniza SUS, na qual a humanização se constitui o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde. Ela ganha concretude através da construção coletiva de estratégias para ofertar atendimento de qualidade, onde os avanços tecnológicos estejam articulados com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado. Isto só é possível mediante a troca de saberes e diálogo nos diferentes espaços, gerando atitude ético-estético-políticas, criativas e responsáveis⁽¹¹⁾.

Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e dele usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. Assim, a humanização deve ser compreendida como uma política transversal, ou seja, que perpassa e se traduz nas ações das demais políticas públicas e de atenção à saúde.

Para se produzir melhores interações entre os sujeitos na assistência, articulando avanços tecnológicos com relacionais, é necessário nos apropriarmos de uma concepção mais abrangente de tecnologia. Dentro das situações tecnológicas, no ambiente de atenção à saúde, além de uma tecnologia dura: de máquinas, aparelhos e instrumentos, necessários para as atividades assistenciais, podemos notar a existência de uma tecnologia leve, ou seja, uma tecnologia de relações humanas. Esta última está fundamentada numa abordagem assistencial de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, um encontro entre pessoas que atuam e se influenciam mutuamente num espaço intersubjetivo, onde existem momentos interessantes de falas, escuta e interpretações, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno de um problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação⁽¹²⁾.

Certamente, a tecnologia leve se constitui a partir das próprias estratégias que os sujeitos (profissionais e usuários) constroem em suas relações no ambiente de saúde, humanizando o processo de cuidar e ser cuidado. Neste sentido, a qualidade *humanizada* não é impressa nas ações unicamente pelo fato de serem praticadas por humanos, mas também e principalmente, pelo caráter relacional do cuidado em saúde no qual a expressão das subjetividades é exclusiva dos seres humanos.

Assim, a proposta da humanização envolve um processo de construir e aperfeiçoar a natureza humana para um relacionamento mais afável com o outro, e portanto, a comunicação e o diálogo são fundamentais.

A humanização é vista como uma proposta de articulação inseparável do bom uso de tecnologias na forma de equipamentos, procedimentos e saberes com uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, num processo de comprometimento com a felicidade humana (estes últimos recursos também vistos como forma de tecnologia de tipo relacional)⁽¹³⁾.

A horizontalidade das ações, o ato de compartilhar saberes e a valorização do outro, são premissas básicas dessa abordagem. Neste sentido, a opinião e participação do conjunto de trabalhadores atuantes na instituição de saúde, o conhecimento da clientela atendida, a resolutividade no atendimento à saúde e a qualidade da relação entre profissionais e clientes, são dimensões interdependentes envolvidas na humanização da assistência. Dentre estas, a importância do relacionamento interpessoal nos espaços do cuidado implica no tão necessário resgate da subjetividade. Este processo de duas vias acaba por beneficiar amplamente os sujeitos envolvidos, profissionais e clientes. Aos primeiros, ajuda a manter o encantamento e o prazer pelo trabalho que realizam, e quanto aos clientes, lhes conferirá satisfação pelo cuidado e acolhimento recebidos. Portanto, humanizar é um processo de construção concretizado principalmente nas relações cotidianas entre estes sujeitos⁽¹⁴⁾.

Todo este contexto vem ao encontro com um dos temas mais atuais em neonatologia, a humanização do atendimento perinatal, que compreende estratégias desde o pré-natal e se estende a todos os níveis de complexidade da atenção neonatal. Dentre estas destacamos o Método Mãe-Canguru como política pública normatizada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 693 de 05 de julho de 2000 – Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso⁽⁶⁾.

O Método Mãe-Canguru envolve profissionais de saúde e famílias que vivenciam o nascimento e a hospitalização de um bebê de baixo peso/ prematuro. Esses sujeitos interagem e se integram, mobilizando conhecimentos, atitudes e emoções num processo onde a família e o bebê são compreendidos enquanto unidade, com necessidades que não são puramente biológicas, mas também sociais, emocionais, culturais, estando todas interligadas. Logo, o método se concretiza também a partir das tecnologias le-

ves, pois envolve muito mais que procedimentos e técnicas, envolve relacionamento interpessoal.

As ações na atenção humanizada estão inseridas num conjunto de intervenções comprometidas com a integralidade do cuidado, a saúde e a qualidade de vida, no período de internação e após a alta hospitalar. Não se trata, portanto, de refutar a importância dos avanços tecnológicos de ponta, inerentes ao ambiente de terapia intensiva neonatal, mas sim de valorizar e conferir a dimensão necessária aos avanços relacionais para o cuidado em saúde.

A tecnologia das máquinas é imprescindível, só que não deve substituir o humano e o familiar. Assim, o método canguru não se apresenta como substitutivo da tecnologia intensiva, mas sim como uma proposta de convergência de ambos para a melhoria da assistência aos bebês e seus pais. Como uma tecnologia relacional, o método objetiva o resgate da afetividade através do calor que pais e bebê trocam no contato pele a pele crescente e prazeroso, acompanhado de suporte assistencial. A relação de apego e o aleitamento materno são incentivados e apoiados e a família, de mera expectadora, passa a ter um papel de participação na terapêutica⁽⁶⁾.

A adoção do método canguru visa em essência, a mudança de atitudes em relação ao cuidado e manuseio do bebê e à participação de sua família. Esse objetivo, por sua vez, possui embutido em si mesmo, algumas questões do saber/fazer do profissional, como a abordagem comunicativa e criativa, a abertura de espaços e a própria relação estabelecida para o cuidado.

Na aplicação do método canguru, a equipe de enfermagem ocupa uma posição especial pois mantém uma relação direta e contínua com o bebê e seus pais em todas as etapas do programa, realizando cuidados voltados para o conforto e para a maior aproximação entre eles. O enfermeiro é um importante agente na promoção e concretização das estra-

tégias de humanização, junto aos demais membros da equipe multiprofissional, dentre as quais podemos destacar: o acolhimento dos pais e família extensiva do bebê na Unidade Neonatal; a comunicação e expressão das vivências através de grupos de apoio e a participação dos pais nos cuidados do bebê, tais como banho e troca de fralda.

Nessa relação de cuidado, é imprescindível a valorização da forma ímpar de enfrentamento de cada ser humano. Todo cuidar envolve valores e compromisso com a pessoa e com a vida humana e está relacionado com respostas humanas intersubjetivas às condições de saúde-doença e com as interações ambiente-pessoa. Há um elevado valor no mundo subjetivo-interno da pessoa em causa e como ela está a compreender a experiência da condição saúde-doença⁽¹⁵⁾.

O cuidado de enfermagem é em si mesmo tecnológico, pois congrega o saber (ciência) ao fazer (arte e ideal) e deve ser provido da maior atenção, em prol da dignidade do ser humano. A utilização dos recursos técnicos e tecnológicos sinaliza a necessidade de repensar bioeticamente o cotidiano do cuidado. As possibilidades de intervenção no processo saúde-doença devem buscar o desenvolvimento da vida e o cuidado com dignidade. Nesta perspectiva o acolhimento dos anseios e do sofrimento pode auxiliar na re-significação do trabalho do enfermeiro, no qual seu *saber cuidar* é caracterizado pelo vínculo, pela responsabilização⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Desta forma, a enfermagem ao utilizar tecnologias leves para cuidar do bebê e de seus pais confere às suas ações uma amplitude riquíssima de sensibilidade, ética, estética e solidariedade humana. Reconhecer as dimensões singulares na forma em que cada pessoa vivencia a saúde e a doença é uma ação potencialmente transformadora para repensar a prática. É neste contexto que a enfermagem desempenha importante papel na pesquisa e desenvolvimento de tecnologias criativas voltadas para as relações humanas e a saúde, de forma integrada.

REFERÊNCIAS

1. Albarracin DGE. Saúde-doença na enfermagem: entre o senso comum e o bom senso. Goiânia: AB; 2002.
2. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2004;8(14):73-92.
3. World Health Organization (WHO). Department of Reproductive Health and Research. Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva; 2003.
4. Caldas LMR, Figueiredo NMA. O cuidado que embala o berço: cinco olhares da enfermeira para tocar a criança. Cad Pesq Cuidado Fundamental. 1998;2(1):77-8.
5. Cabral IE. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem. Rio de Janeiro: Ed. Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília; 2002.
7. Hesbeen W. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência; 2000.
8. Gualda DMR, Bergamasco RB. Enfermagem cultura e o processo saúde-doença. São Paulo: Ícone; 2004. Processo saúde-doença: evolução de um conceito; p. 25-37.
9. Gomes MMFGO. O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares. Acta Paul Enferm. 1996;9 (n.esp):48-56.

-
10. Barbosa ECV, Rodrigues BMR. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. *Acta Scient Health Scienc.* 2004;26(1):205-12.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.* Brasília; 2004.
 12. Merry EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-50.
 13. Deslandes SF. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica; p. 40.
 14. Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(1):13-20.
 15. Watson J. *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem.* Loures: Lusociência; 2002.
 16. Nascimento MAL. Tecnologias de enfermagem no cuidar de crianças: um ponto de vista. *Rev Soc Bras Enferm Pediatr.* 2004;4(1):5-9.
 17. Shiratori K, Teixeira MS, Aguiar SS, Formozo G, Lessa T. Bioética e tecnociência: uma reflexão para a enfermagem. In: Figueiredo NMA, organizador. *Tecnologias e técnicas em saúde: como e porque utilizá-las no cuidado de enfermagem.* São Caetano do Sul: Difusão; 2004. p. 294-337.
 18. Pinho LB, Santos SMA. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2008;42(1):66-72.