RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: HUMANIZAÇÃO E SEUS EFEITOS PSICOLÓGICOS NOS PAIS

NEWBORNS ADMITTED TO A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: HUMANIZATION AND ITS PSYCHOLOGICAL EFFECTS ON PARENTS

Título Abreviado (português): Humanização e efeitos psicológicos nos pais na UTI Neonatal
Short Title (English): Humanization and Psychological Effects on Parents in NICU

Maria Layanne Nunes Lourenço da Silva [1*]
https://orcid.org/0009-0001-6467-1714
Ana Beatriz Coelho da Silva [1]
https://orcid.org/0009-0008-6474-3563
Keisy Leal Campelo [1]
https://orcid.org/0009-0007-8311-3674
Maria Eduarda Gonçalves Pinto [1]
https://orcid.org/0009-0002-6444-7605
Raíssa Vitória Barreto Soares [1]
https://orcid.org/0009-0002-4611-8955
Cláudia Roberta Selfes de Mendonça [2]
https://orcid.org/0000-0002-2507-9013
Sandra Regina Silva de Moura [1]
https://orcid.org/0000-0003-0477-7813

[1] Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Recife, Pernambuco, Brasil.

[2] Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Recife, Pernambuco, Brasil.

*Autor de correspondência / Corresponding author: E-mail: marialayanne9678@gmail.com / Avenida Mascarenhas de Morais, 4861, Imbiribeira, Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Introdução: A internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) constitui um evento crítico que impõe carga emocional aos pais, afetando o vínculo afetivo e o bem-estar psicológico da família. Diante disso, a humanização do cuidado surge como uma estratégia

essencial para tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor, promover o desenvolvimento do recém-nascido e minimizar os impactos emocionais vivenciados pelos cuidadores. **Objetivo:** Analisar as percepções dos pais sobre as práticas de humanização adotadas na UTIN, bem como identificar os impactos psicológicos vivenciados pelos pais durante o período de internação, descrever as práticas de humanização reconhecidas pelos familiares e avaliar o nível de satisfação dos pais em relação ao atendimento humanizado. **Métodos:** Este projeto é um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, baseado em análise temática de conteúdo. A pesquisa foi realizada no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). A amostragem foi intencional, guiada pelo critério de saturação teórica, envolvendo pais de recém-nascidos internados na UTIN que atendam aos critérios de inclusão estabelecidos. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas em ambiente reservado, com transcrição integral para análise. Os dados obtidos foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação. Para garantir o anonimato e a confidencialidade, os participantes foram identificados por meio de codinomes. **Conclusão:** Conclui-se que a humanização na UTIN envolve, além da assistência ao recém-nascido, o acolhimento, a comunicação e a participação da família no cuidado. A atuação da equipe, especialmente da enfermagem, favoreceu a segurança, o amparo emocional e o fortalecimento do vínculo entre familiares e recém-nascidos. Apesar das experiências positivas, persistiram dificuldades relacionadas ao sofrimento emocional e ao acesso ao acompanhamento psicológico. Os achados reforçam a importância de uma assistência, que considere as necessidades do recém-nascido e de sua família.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Recém-Nascido Prematuro; Saúde mental; Relações Pais-Filho; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Admission to Neonatal Intensive Care Units (NICUs) is a critical event that places an emotional burden on parents, affecting the emotional bond and the psychological well-being of the family. In this context, humanized care emerges as an essential strategy to make the hospital environment more welcoming, promote newborn development, and minimize the emotional impacts experienced by caregivers. **Objective:** To analyze parents' perceptions of humanization practices adopted in the NICU, as well as to identify the psychological impacts experienced by parents during hospitalization, describe the

humanization practices recognized by family members, and assess parents' level of satisfaction with humanized care. **Methods:** This project is a qualitative, descriptive, and exploratory study based on thematic content analysis. The research was conducted at the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Sampling was intentional and guided by the criterion of theoretical saturation, involving parents of newborns hospitalized in the NICU who met the established inclusion criteria. Data were collected through semi-structured interviews conducted in a private setting, with full transcription for analysis. The data obtained were analyzed using content analysis in three stages: pre-analysis, material exploration, and interpretation. To ensure anonymity and confidentiality, participants were identified using pseudonyms. **Conclusion:** It is concluded that humanization in the NICU involves, in addition to newborn care, family support, communication, and family participation in care. The healthcare team, particularly nursing professionals, contributed to promoting safety, emotional support, and strengthening the bond between family members and newborns. Despite the positive experiences, difficulties related to emotional distress and access to psychological support persisted. The findings reinforce the importance of comprehensive care that considers the needs of newborns and their families.

Keywords: Humanization of Assistance; Intensive Care Units, Neonatal; Infant, Premature; Mental Health; Parent-Child Relations; Nursing.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) constitui um ambiente de alta complexidade destinado à assistência de recém-nascidos que necessitam de cuidados intensivos e especializados. Nesse contexto, são ofertados suporte respiratório, monitoramento contínuo, manejo de complicações e suporte nutricional, entre outras medidas necessárias à assistência neonatal.[1,2]

A prematuridade caracteriza-se como o nascimento ocorrido antes da 37ª semana de gestação, principal causa de internação na UTIN, representando um relevante e crescente desafio para a saúde pública global. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, a cada ano, cerca de 15 milhões de recém-nascidos (RNs) nascem prematuramente, e esse índice tem se elevado por fatores socioeconômicos, psicossociais e relacionados a assistência ao pré-natal, além do aumento das complicações obstétricas e maternas, como hipertensão arterial, diabetes gestacional, anemia, descolamento prematuro da placenta, pré-eclâmpsia e malformações uterinas.[1,2,3]

Recém-nascidos prematuros, com baixo peso e/ou em estado grave necessitam de suporte adequado e de uma assistência em saúde intensiva, sendo indicados para cuidados em unidades especializadas, como Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A UTIN configura-se um setor de alta complexidade, destinadas ao tratamento de recém-nascidos de 0 a 28 dias, que dependem de assistência especializada em razão das condições clínicas e deve garantir o suporte vital necessário, como auxílio respiratório, monitoramento contínuo, manejo de complicações, suporte nutricional, proporcionando um ambiente protegido para o desenvolvimento saudável do bebê e ofertando uma assistência humanizada.[2,4,5,6,7]

A equipe de enfermagem ocupa posição relevante na assistência ao recém-nascido internado em UTIN, considerando sua atuação contínua no cuidado e sua proximidade com o neonato e seus familiares. Nesse contexto, além da assistência técnica, destaca-se sua participação na implementação de práticas de cuidado humanizado, já que bebês e familiares passam por situações de vulnerabilidades sociais e emocionais. Nesse cenário, a humanização surge como elemento primordial para tornar o tratamento na UTIN mais empático e acolhedor.[5]

A humanização na saúde oferece um cuidado voltado ao paciente e à família, respeitando sua individualidade e direitos, especialmente em situações delicadas como a dos RNs. O termo humanizar significa tornar humano, dar condição humana e, ainda mais, significa tornar-se benévolo, afável, tratável. Neste cenário, essa abordagem se traduz em um ambiente acolhedor que atende às necessidades físicas, emocionais e psicológicas dos RNs, incentivando também a participação ativa da família. Isso fortalece os laços afetivos e favorece melhores resultados clínicos, além de reduzir a ansiedade e oferecer apoio emocional.[8,6]

As vivências dos pais no ambiente das UTIN podem ser marcadas por diversos impactos e estressores, decorrentes do contexto de vulnerabilidade que envolve a internação do recém-nascido, bem como das características específicas do ambiente hospitalar. Frequentemente, os pais percebem a UTIN como um espaço desagradável, restrito e desconfortável, associado a sensações negativas, hábitos impessoais e que dificultam sua participação ativa nos cuidados da criança. O estresse vivenciado na UTIN pode levar ao surgimento de quadros depressivos, transtornos de ansiedade e distúrbios do sono, afetando assim a promoção do vínculo e de desenvolvimento do neonato.[2,4]

As diversas implicações que a internação nas UTINs provocam na família e no bebê, demandam assistência psicológica, conforme recomendação do Ministério da Saúde (MS), através da Portaria GM/MS nº 930/2012. Para alcançar o êxito, entre humanização e acolhimento, os profissionais de saúde devem fortalecer o contato, o vínculo e valorizar os

pacientes e familiares como centro do cuidado. Desse modo, cabe aos profissionais de enfermagem exercer rotinas de procedimentos e manter tratamentos que visem diminuir o estresse e prevenir agravos no RN, devendo também incluir a família, primordialmente a mãe, neste ambiente, favorecendo a humanização da assistência, desenvolvimento do RN e ainda criando um vínculo entre bebê e família.[9,10]

Diante das repercussões da internação neonatal sobre o recém-nascido e sua família, compreender como os pais vivenciam esse período e percebem as práticas de humanização pode contribuir para identificar aspectos do cuidado que favoreçam o acolhimento, a participação familiar e o suporte emocional. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos pais sobre as práticas de humanização adotadas em UTIN.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, em Recife, Pernambuco. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do IMIP, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 92134925.5.0000.5201 e foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes foram selecionados conforme os critérios de inclusão: Responsáveis legais dos recém-nascidos internados na UTIN no momento da coleta; participantes que consigam compreender e responder o instrumento de coleta de dados. Foram excluídas do estudo, os responsáveis legais que apresentavam os seguintes critérios: menores de 18 anos; estado emocional que inviabilize a participação ética e responsável no estudo. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2026 por meio de entrevistas semi estruturadas. A coleta de dados ocorreu em duas etapas: inicialmente, aplicou-se um questionário estruturado para caracterização sociodemográfica dos participantes e clínica dos recém-nascidos; posteriormente, realizou-se entrevista com perguntas abertas, relacionadas à percepção e vivência da humanização do cuidado, práticas e atitudes mais significativas para promover um cuidado humanizado, experiência de ter seu filho(a) internado(a) na UTIN e como avaliam o apoio emocional e as informações fornecidas. As entrevistas ocorreram durante o período de internação do RN, em ambiente favorável, somente com a pesquisadora e o participante, a fim de preservar o anonimato e o sigilo. A amostragem foi intencional, e o número de participantes foi definido pelo critério de saturação dos dados. A coleta foi encerrada após 12 entrevistas, quando se observou recorrência das unidades de significado e ausência de novos elementos relevantes para a constituição das categorias temáticas, indicando que as entrevistas

adicionais não acrescentavam conteúdos substancialmente novos aos temas já identificados. Os depoimentos foram gravados em áudio, transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo de Bardin, divididos em 3 etapas: pré análise; exploração do material; inferência e interpretação. A partir da leitura dos depoimentos, foram identificadas unidades de significado que, posteriormente, foram codificadas e agrupadas em categorias temáticas, permitindo apreender as percepções, sentimentos e experiências dos pais diante da internação do recém-nascido.

RESULTADOS

Para facilitar a compreensão dos resultados, foi realizada a caracterização sociodemográfica dos pais dos recém-nascidos participantes do estudo. A pesquisa contou com a participação de 12 responsáveis por recém-nascidos internados na UTIN do IMIP, no período de janeiro a fevereiro de 2026. Em relação à idade, observou-se equivalência na distribuição entre os participantes com idade entre 20 e 24 anos (n=6) e 25 a 29 anos (n=6). Houve uma expressiva predominância do sexo feminino, representado por 11 participantes, enquanto apenas um participante era do sexo masculino (Tabela 01).

Em relação ao estado civil, a maioria declarou-se solteiro (n=8), seguida pelos participantes casados (n=4). No âmbito da escolaridade, observou-se predominância do ensino médio completo (n=9), seguido do ensino médio incompleto (n=3). Quanto à raça/cor autodeclarada, a maioria dos participantes identificou-se como parda (n=9), enquanto as categorias branca, amarela e preta foram representadas por um participante cada. Por fim, sobre a renda familiar, verificou-se que cinco participantes informaram renda inferior a um salário mínimo, quatro relataram renda correspondente a um salário mínimo e três possuíam renda superior a um salário mínimo (Tabela 01).

Dentre os 12 recém-nascidos incluídos na pesquisa, observou-se a predominância da idade gestacional ao nascimento $\geq$ 37 semanas (n=4), caracterizando-os como recém-nascidos a termo. Em seguida, destacaram-se aqueles com idade gestacional $<$ 28 semanas (n=3), classificados como prematuros extremos. Constataram-se, ainda, dois recém-nascidos com idade gestacional ao nascimento entre 28 semanas e 0 dias e 31 semanas e 6 dias, e dois com idade gestacional entre 34 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias, enquadrados como muito prematuro e prematuro tardio, respectivamente. Identificou-se apenas um recém-nascido com idade gestacional ao nascimento entre 32 semanas e 0 dias e 33 semanas e 6 dias, classificado como prematuro moderado. Quanto à distribuição por sexo, verificou-se maior frequência do sexo masculino (n=8), em comparação ao sexo feminino (n=4) (Tabela 02).

Em relação ao diagnóstico principal, os mais frequentes foram parto prematuro associado à bolsa rota (n=3) e cardiopatia (n=3). Também foram identificados dois casos de hérnia diafragmática. Os diagnósticos de parto prematuro associado a sofrimento fetal, broncodisplasia, dispneia e hidrocefalia foram observados em um recém-nascido cada (Tabela 02).

A análise dos depoimentos resultou na identificação de cinco categorias temáticas: (1) Humanização do cuidado e acolhimento; (2) Comunicação e compartilhamento de informações; (3) Participação da família no cuidado; (4) Impactos emocionais e qualidade de vida; e (5) Apoio psicológico e suporte institucional.

Categoria 1: Humanização do cuidado e acolhimento

A percepção dos pais acerca da assistência prestada na UTIN revelou que a humanização do cuidado está fortemente relacionada às atitudes de acolhimento, atenção e sensibilidade demonstradas pela equipe de saúde durante a internação do recém-nascido. Os depoimentos evidenciaram que, além dos cuidados técnicos direcionados ao bebê, os profissionais foram reconhecidos pela forma afetuosa e respeitosa com que estabeleciam relação com a criança e seus familiares, favorecendo sentimentos de segurança e confiança diante do processo de hospitalização.

Os participantes destacaram a atuação da equipe de enfermagem como um elemento essencial para a construção de uma assistência humanizada, ressaltando a dedicação dos profissionais, o cuidado contínuo e a atenção direcionada às necessidades do RN. Para os pais, a percepção de que o filho estava sendo bem cuidado proporcionava maior tranquilidade, inclusive nos momentos em que precisavam se ausentar da unidade.

> *"As enfermeiras são ótimas com ele. Eu vou tranquila pra casa." (M1)*

> *"Eu até agora não tenho do que reclamar das enfermeiras. São bem atenciosas." (M2)*

Além da competência técnica, da responsabilidade e do comprometimento dos profissionais, os relatos evidenciaram a valorização dos aspectos afetivos envolvidos no cuidado neonatal. Os pais reconheceram atitudes de carinho, zelo, acolhimento e demonstração de empatia por parte dos profissionais, compreendendo essas ações como fundamentais para tornar a experiência da internação menos difícil e mais humanizada, colaborando para a criação de um vínculo entre família e equipe, proporcionando aos pais um ambiente de previsibilidade, apoio e segurança.

"As meninas são maravilhosas, 'cuida' muito bem dele. Elas têm um carinho enorme." (M3)

"Sou bem acolhida. Sempre com palavras de conforto." (M3)

"O carinho que elas têm com o meu bebê." (M4)

"Eu me sinto acolhida. São pessoas boas, me tratam bem." (M5)

Os participantes também associaram a humanização do cuidado à postura acolhedora da equipe, destacando que a forma como os profissionais se relacionam com o bebê e com a família produz impacto significativo durante o período de internação. O cuidado foi percebido não apenas como uma prática assistencial, mas como uma demonstração de compromisso, respeito e envolvimento emocional.

"Eles são muito humanos." (M10)

"O cuidado que elas têm faz toda diferença." (M10)

"O carinho que elas sentem, o amor que elas cuidam das crianças assim, muda muito." (M10)

Dessa forma, os achados demonstram que, na perspectiva dos pais, a humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ultrapassa a realização de procedimentos técnicos, envolvendo também a construção de relações baseadas em empatia, acolhimento e confiança. A postura dos profissionais, especialmente da equipe de enfermagem, mostrou-se fundamental para proporcionar segurança aos familiares e fortalecer a percepção de um cuidado integral, centrado não apenas no recém-nascido, mas também em sua família.

Categoria 2: Comunicação e compartilhamento de informações

No que se refere à comunicação entre a equipe multiprofissional e os pais dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, observou-se que o compartilhamento de informações foi reconhecido como um importante componente da assistência humanizada. Os participantes destacaram que receber informações claras, frequentes e acessíveis sobre o estado clínico do filho contribuiu para reduzir dúvidas, fortalecer a confiança na equipe e proporcionar maior segurança durante o período de internação.

Os relatos evidenciaram que a equipe, especialmente os profissionais de enfermagem, mantém um diálogo contínuo com os familiares, atualizando-os sobre a evolução clínica do recém-nascido e esclarecendo questionamentos sempre que necessário. Para os participantes,

essa disponibilidade favorece uma comunicação efetiva e promove maior compreensão acerca do tratamento realizado.

"Quando eu chego, a enfermeira já fala como foi, tudinho." (M2)

"Elas respondem tudo direitinho." (M3)

"As informações passam com clareza. Eu entendo." (M4)

Além da clareza das informações, os participantes ressaltaram a continuidade da comunicação ao longo da internação. A atualização diária sobre o estado de saúde do recém-nascido foi percebida como uma prática constante, permitindo que os pais acompanhassem a evolução clínica e se sentissem incluídos no processo de cuidado.

"Eles costumam manter as mães informadas." (M6)

"Sempre informa sobre o estado dela todos os dias." (M8)

"Todos os dias a gente busca informação e eles sempre trazem informação." (M9)

Outro aspecto evidenciado foi a disponibilidade da equipe em esclarecer dúvidas e responder aos questionamentos dos familiares. Os participantes relataram sentir-se à vontade para perguntar sobre o estado do recém-nascido, reconhecendo que suas dúvidas eram acolhidas e respondidas de maneira compreensível. Em alguns relatos, a atuação da assistente social também foi mencionada como importante no processo de esclarecimento das informações.

"Conversei com assistente social e foi necessário também para esclarecimento de dúvidas." (M5)

"Tiram todas as dúvidas." (M8)

"As informações eu sempre pergunto e eles sempre falam." (M11)

"Toda vez que a gente pergunta eles respondem a gente." (P1)

Também foi possível identificar que a maneira como as informações eram transmitidas influenciava diretamente a forma como os familiares enfrentavam a hospitalização do recém-nascido. Os participantes valorizaram a sensibilidade da equipe ao comunicar tanto notícias favoráveis quanto desfavoráveis, demonstrando que a empatia e o acolhimento durante esse processo fortalecem a relação de confiança entre profissionais e família.

"Passam tanto as boas como as más notícias de forma confortável." (M10)

Assim, os achados evidenciam que uma comunicação clara, contínua, acessível e empática constitui um dos principais elementos da assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Na percepção dos entrevistados, o compartilhamento de informações

promove maior segurança aos pais, reduz incertezas relacionadas ao tratamento e fortalece o vínculo entre a família e a equipe de saúde, favorecendo a participação ativa dos familiares durante todo o processo de internação do recém-nascido.

Categoria 3: Participação da família no cuidado

A participação da família no cuidado ao recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal configurou-se como um importante elemento da assistência humanizada. Observou-se que os participantes reconheceram o incentivo da equipe de saúde para que os pais fossem inseridos, de forma gradual e segura, nos cuidados prestados ao bebê. As falas evidenciaram que essa participação ocorreu por meio do estímulo à amamentação, da ordenha do leite materno, do contato pele a pele, do Método Canguru, do toque e da permanência junto ao recém-nascido, favorecendo o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e filho.

Os relatos demonstraram que a equipe incentiva continuamente a manutenção do aleitamento materno, orientando as mães quanto à importância da ordenha e da oferta do leite materno, mesmo diante das limitações impostas pela internação. As participantes relataram compreender seu papel nesse processo e reconheceram que a extração frequente do leite contribui para a manutenção da lactação e para a recuperação do recém-nascido.

> *" Eles falam, pra que eu vim mais, ser mais presente pra tirar o leite. Eu preciso amamentar ele. Eu amamento às vezes. Para estimular." (M1)*
>
> *"Estimulam muito a amamentação." (M4)*

Além do incentivo ao aleitamento materno, destacou-se a valorização do contato físico entre os pais e o recém-nascido. O toque, o colo e o Método Canguru foram frequentemente mencionados como estratégias estimuladas pela equipe, proporcionando maior proximidade entre a família e o bebê durante o período de hospitalização.

> *"A enfermeira foi e perguntou: você já pegou ela? Colocou ela no meu colo." (M2)*
>
> *"O canguru." (M3)*
>
> *"Elas promovem a questão do toque." (M5)*
>
> *"Sempre estimulam essa questão de ficar com ele." (M8)*

Outro aspecto identificado foi o incentivo à participação dos pais em cuidados cotidianos relacionados ao tratamento do recém-nascido, fortalecendo o sentimento de pertencimento da família ao processo assistencial. Os participantes relataram que eram estimulados a acompanhar momentos específicos do cuidado, como a dieta.

"Algumas horas que eu participo da dieta." (M3)

"Eles me incentivam no cuidado." (M6)

Entretanto, também foram evidenciadas limitações para essa participação, especialmente quando o estado clínico do recém-nascido exigia maior suporte tecnológico. Em situações de maior gravidade, alguns participantes relataram não conseguir realizar determinadas práticas, como segurar o bebê no colo, embora reconhecessem que essas restrições eram necessárias para garantir a segurança e a estabilidade clínica da criança.

"Porém nunca peguei no colo porque está entubada." (M6)

Os achados demonstram que a inserção da família no cuidado ao recém-nascido é percebida como uma importante estratégia de humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ao estimular a participação ativa dos pais, a equipe favorece o fortalecimento do vínculo afetivo, promove maior segurança e confiança da família e contribui para que os pais assumam gradualmente seu papel no cuidado ao filho, respeitando sempre as condições clínicas e os limites impostos pela hospitalização.

Categoria 4: Impactos emocionais e qualidade de vida

Os depoimentos dos participantes evidenciaram que a internação do recém-nascido na UTIN representa uma experiência marcada por intensas repercussões emocionais para os pais. A hospitalização, especialmente quando envolve prematuridade, necessidade de procedimentos invasivos ou incertezas relacionadas à evolução clínica do bebê, foi associada a sentimentos de medo, preocupação, tristeza, ansiedade e impotência diante da impossibilidade de assumir plenamente o cuidado do filho.

Os participantes relataram que o início da internação foi um período particularmente difícil, caracterizado pelo impacto causado pelo ambiente da unidade, pelos equipamentos utilizados e pela insegurança diante da condição clínica do recém-nascido. A presença de aparelhos, sons e a própria estrutura da terapia intensiva foram apontados como fatores que intensificaram o sofrimento emocional vivenciado pelas famílias.

"No começo foi muito difícil. O barulho da máquina mexia muito com a minha cabeça. A gente sai dali abalado." (M1)

"Um medo do que vai acontecer, do que pode acontecer." (M2)

"Não é fácil pra nenhuma aqui." (M3)

Além do medo relacionado ao prognóstico do recém-nascido, os relatos demonstraram a presença de sentimentos de tristeza, angústia e ansiedade ao longo do período de internação. Para alguns participantes, a vivência na UTIN esteve associada a crises de ansiedade e alterações emocionais importantes, evidenciando o impacto psicológico causado pela separação entre pais e filhos e pela incerteza quanto à recuperação do bebê.

> *"Eu tava bem estressada mesmo. Muita crise de choro eu estava tendo. O emocional fica muito abalado." (M3)*
>
> *"Às vezes eu fico com medo. Eu tive crise de ansiedade." (M4)*
>
> *"Eu fiquei muito mal." (M5)*
>
> *"Muito triste. Eu queria ela comigo." (M7)*

Os participantes também expressaram sentimentos relacionados à impotência diante da internação, destacando a dificuldade de vivenciar uma situação na qual desejavam contribuir para a recuperação do filho, mas encontravam limitações impostas pela condição clínica do recém-nascido. Nesse cenário, alguns participantes ainda destacaram que o desgaste vivenciado durante a internação estava relacionado principalmente ao aspecto psicológico, evidenciando a sobrecarga emocional.

> *"É doloroso. A gente queria poder fazer alguma coisa e não pode fazer nada." (M6)*
>
> *"O cansaço aqui não é físico, é psicológico." (M3)*

Essa experiência mostrou-se ainda mais complexa para os pais que vivenciavam a primeira internação neonatal ou situações inesperadas, como o nascimento prematuro ou a necessidade de procedimentos cirúrgicos. A ausência de previsibilidade quanto ao tempo de permanência hospitalar e aos desfechos clínicos contribuiu para o aumento da insegurança e da preocupação.

> *"Eu não tinha muita noção de quanto tempo eu ia passar. Foi a primeira vez, assim, de eu ter um prematuro." (M11)*
>
> *"A cirurgia era o que era mais difícil. A gente estava com medo dessa cirurgia." (P1)*

Além dos impactos emocionais, os relatos evidenciaram repercussões negativas na qualidade de vida dos pais durante o período de internação. Alterações no padrão de sono, redução do apetite e dificuldades relacionadas à alimentação foram frequentemente mencionadas pelos participantes, demonstrando que o processo de hospitalização ultrapassa o sofrimento psicológico e interfere também nas necessidades básicas e na rotina diária dos familiares.

As alterações do sono apareceram como uma das principais dificuldades relatadas, sendo descritas por meio de insônia, sono insuficiente e dificuldade para descansar adequadamente, principalmente devido à preocupação constante com o estado de saúde do recém-nascido.

"Eu não dormia direito. Até hoje eu não durmo bem." (M1)

"Eu não consigo dormir." (M4)

"Ainda tenho insônia." (M11)

A alimentação também sofreu alterações durante esse período, sendo relatada a redução da ingestão alimentar e a falta de apetite associada ao sofrimento emocional vivenciado pelos participantes.

"Eu não me alimento bem." (M1)

"A minha alimentação diminuiu." (M2)

"Eu não sinto muita vontade de comer." (M6)

Dessa forma, os achados demonstram que a internação neonatal provoca importantes repercussões na saúde emocional e na qualidade de vida dos pais, tornando necessária uma assistência que contemple não apenas as necessidades clínicas do recém-nascido, mas também o suporte emocional e o cuidado integral à família. A compreensão dessas vivências reforça a importância de práticas humanizadas que incluam estratégias de acolhimento, escuta e apoio aos familiares durante todo o período de hospitalização.

Categoria 5: Apoio psicológico e suporte institucional

O apoio psicológico e o suporte oferecido pela instituição foram identificados pelos participantes como elementos importantes para o enfrentamento emocional durante o período de internação do recém-nascido. Os relatos evidenciaram que a presença de profissionais como psicólogos e assistentes sociais contribuiu para proporcionar acolhimento, segurança e suporte diante das dificuldades emocionais vivenciadas pelas famílias.

Os participantes que tiveram contato com a equipe de psicologia destacaram a importância desse acompanhamento como um espaço de escuta e apoio, favorecendo a expressão de sentimentos, o esclarecimento de dúvidas e a redução da ansiedade diante do cenário de hospitalização. A possibilidade de conversar com um profissional foi associada à sensação de acolhimento e maior tranquilidade durante a internação.

"O psicólogo já falou comigo duas vezes." (M2)

"Conversando com outra pessoa, me senti mais tranquila. Mais acolhida, deram mais segurança." (M4)

"Me senti bem, em poder conversar." (M8)

"Na questão do apoio emocional, nota 10. Super me apoiaram, não saíram de perto, conversaram." (M10)

Além da atuação da psicologia, a assistência social também foi mencionada como uma importante fonte de suporte institucional, especialmente no auxílio aos familiares diante das demandas que surgem durante a hospitalização. Os participantes relataram que esses profissionais contribuíram para o esclarecimento de dúvidas e para a oferta de apoio durante o período de permanência na unidade.

"Eu só falei com assistente social." (M1)

"Conversei com assistente social e foi necessário também para esclarecimento de dúvidas." (M5)

Entretanto, apesar da relevância atribuída ao acompanhamento psicológico, alguns participantes relataram ausência ou pouca frequência desse contato, indicando que nem todos tiveram acesso efetivo ao serviço durante a internação. Esses relatos demonstram que, embora exista a oferta de suporte institucional, ainda há necessidade de ampliar a busca ativa e garantir que todos os familiares tenham acesso ao acompanhamento emocional conforme suas necessidades.

"Eu não cheguei a falar com psicólogo. Eu só falei com assistente social. Eles deviam ficar um pouco em cima, assim… psicólogo, assistente social, pra conversar e entender a gente." (M1)

"Nunca tivemos contato com psicólogo não. Eu nunca procurei, também não me ofereceram." (M6)

"Eu acho que deveria ficar mais presente, o psicólogo." (M2)

Nesse contexto, os relatos apontam que o suporte emocional oferecido pela instituição exerce papel fundamental na assistência humanizada, considerando que a internação neonatal envolve não apenas demandas clínicas do recém-nascido, mas também intenso sofrimento emocional dos familiares. A atuação integrada entre psicologia, serviço social, enfermagem e demais profissionais da equipe multiprofissional possibilita um cuidado ampliado, voltado às necessidades do recém-nascido e de sua família.

Frente a isso, os achados reforçam a importância da implementação de estratégias institucionais que favoreçam o acesso contínuo ao apoio psicológico, a escuta qualificada e o acompanhamento sistemático dos pais durante toda a hospitalização, contribuindo para minimizar os impactos emocionais e fortalecer a experiência da família no ambiente neonatal.

DISCUSSÃO

Os relatos reunidos nesta pesquisa mostram que a humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) foi compreendida pelos participantes como uma prática relacional, expressa por acolhimento, atenção, comunicação acessível, participação da família e suporte emocional. Essa compreensão amplia o cuidado para além da execução de procedimentos técnicos e aproxima-se do cuidado centrado na família, no qual pais e profissionais compartilham informações, responsabilidades e decisões compatíveis com a condição clínica do recém-nascido. Evidências recentes reforçam que intervenções centradas na família, associadas à educação e à comunicação, favorecem o bem-estar emocional e a adaptação parental à internação neonatal.[14,15]

Ao observar o perfil dos participantes, nota-se uma amostra formada por pais jovens, predominantemente mulheres, com ensino médio e renda familiar concentrada em até um salário mínimo. Embora o estudo qualitativo não permita estabelecer associação entre essas características e a percepção da assistência, esse perfil deve ser considerado na interpretação dos depoimentos, pois necessidades informacionais, disponibilidade para permanecer na unidade e acesso a recursos de apoio podem variar conforme as condições familiares. A literatura recente recomenda que as intervenções sejam individualizadas e sensíveis às necessidades sociais, emocionais e informacionais de cada família, evitando abordagens padronizadas que desconsiderem vulnerabilidades específicas.[13,15]

A equipe de enfermagem foi avaliada de forma bastante positiva. Carinho, disponibilidade e segurança apareceram nas falas como qualidades tão importantes quanto o cuidado técnico. Um estudo com 150 mães e pais de prematuros mostrou que o apoio de enfermagem envolve dimensões informacional, emocional e assistencial, além de destacar a necessidade de uma comunicação contínua e adequada às necessidades de cada família. No presente estudo, frases como “eu vou tranquila pra casa” indicam que a confiança na equipe nasce tanto da competência percebida quanto da constância do cuidado e da maneira como os profissionais se relacionam com o bebê e seus familiares. Nesse sentido, acolhimento e vínculo parecem funcionar como fontes de segurança emocional durante a hospitalização.[13]

Esse reconhecimento da enfermagem parece estar relacionado à proximidade cotidiana desses profissionais com os pais e com o recém-nascido. A presença contínua à beira do leito permite que enfermeiros identifiquem dúvidas, reconheçam alterações emocionais e transformem procedimentos rotineiros em oportunidades de orientação e acolhimento. Entretanto, o cuidado humanizado não deve depender apenas de iniciativas individuais ou da sensibilidade de determinados profissionais; ele requer organização institucional, qualificação da equipe e continuidade das práticas entre os diferentes turnos. Revisões recentes apontam que a enfermagem ocupa posição estratégica na implementação de intervenções familiares, mas ressaltam a necessidade de integração multiprofissional e apoio da gestão.[14,15]

A comunicação também ocupou um lugar importante nas entrevistas. Os participantes valorizaram atualizações diárias, disponibilidade para perguntas e sensibilidade na transmissão de notícias favoráveis ou desfavoráveis. Esse achado está de acordo com a perspectiva do cuidado centrado na família, que pressupõe o fornecimento de informações completas, compreensíveis e imparciais, além do respeito aos valores familiares e da participação nas decisões. Um estudo brasileiro observou que respeito, colaboração e percepção do cuidado centrado na família variaram conforme o tempo de internação e se relacionaram à experiência de estresse parental. Desse modo, informar não deve ser entendido como ato pontual, mas como processo longitudinal, adaptado ao letramento em saúde, ao estado emocional dos pais e às mudanças clínicas do recém-nascido.[11]

Nos momentos em que era preciso comunicar uma notícia difícil, o modo de falar ganhou ainda mais importância, pois a compreensão das informações pode ser prejudicada pelo medo, pela ansiedade e pela imprevisibilidade do quadro clínico. A satisfação demonstrada pelos participantes quando a equipe transmitia boas e más notícias “de forma confortável” sugere que clareza e sensibilidade não são dimensões opostas: informações objetivas podem ser oferecidas com empatia, disponibilidade para perguntas e respeito ao tempo emocional da família. Estratégias comunicacionais e educativas de baixa complexidade têm demonstrado resultados favoráveis na autoeficácia, no enfrentamento e no bem-estar dos pais durante a internação neonatal.[14,15]

Ainda assim, ser informado não significa, necessariamente, participar das decisões. A comunicação humanizada exige verificar se os pais compreenderam o que foi explicado, permitir que expressem preferências e reconhecer sua experiência como parte relevante do plano assistencial. Em estudo brasileiro, os domínios de respeito e colaboração do cuidado centrado na família apresentaram diferenças relacionadas ao tempo de internação, indicando que a qualidade da parceria pode variar ao longo da hospitalização. Dessa forma, reuniões

breves e regulares, linguagem não técnica e confirmação da compreensão podem reduzir incertezas e fortalecer a corresponsabilidade no cuidado.[11,13]

A presença da família no cuidado apareceu de diferentes formas: aleitamento, ordenha, toque, colo, participação na dieta e Método Canguru. Essas possibilidades fizeram com que os pais deixassem, ao menos parcialmente, a posição de espectadores e encontrassem maneiras concretas de exercer a parentalidade dentro da UTIN. Uma revisão sistemática com metanálise, que reuniu 30 estudos e 7.719 recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, encontrou associação entre o Método Canguru e menor risco de sintomas depressivos maternos moderados a graves, redução do estresse e da ansiedade e melhora do vínculo entre mãe e bebê. Portanto, o contato pele a pele e a inclusão nos cuidados não são apenas demonstrações de afeto; também podem proteger a saúde mental e favorecer a construção do vínculo.[16]

Entre as mães, o incentivo ao aleitamento e à ordenha apareceu como uma maneira de preservar o papel materno durante a hospitalização. Para mães que vivenciam separação precoce, instabilidade clínica do bebê e restrição de contato, produzir e oferecer o próprio leite pode representar participação concreta no tratamento. Contudo, essa prática deve ser acompanhada de orientação sem culpabilização, pois dificuldades de lactação podem aumentar sentimentos de insuficiência. A evidência de que intervenções de vínculo e cuidado centrado na família reduzem ansiedade e estresse indica que a inclusão deve fortalecer a competência parental, e não criar novas cobranças em um contexto já emocionalmente exigente.[14,16]

Essa participação, porém, nem sempre foi possível da mesma maneira. A impossibilidade de pegar o bebê no colo quando havia intubação ou maior instabilidade clínica revela a tensão entre o desejo parental de cuidar e os limites impostos pela segurança neonatal. Nesses casos, a equipe pode oferecer formas alternativas e graduais de participação, como toque terapêutico, fala dirigida ao bebê, acompanhamento da dieta, higiene quando autorizada e atualização compartilhada do plano de cuidados. Essa adaptação é importante porque a alteração do papel materno ou paterno constitui um dos principais estressores da internação. Em estudo brasileiro com 129 participantes, 79,8% apresentaram estresse parental, sendo a alteração do papel de mãe ou pai o domínio com maior média de estresse.[11]

Medo, tristeza, crises de choro, ansiedade, impotência, insônia, redução do apetite e cansaço psicológico confirmam a elevada carga emocional da internação neonatal. Uma pesquisa brasileira com 204 pais também identificou associação do estresse com características parentais e intercorrências clínicas ocorridas durante a hospitalização. Em uma perspectiva

mais ampla, uma revisão sistemática com metanálise identificou prevalências relevantes de ansiedade, depressão e estresse entre pais de recém-nascidos internados em UTIN. Os achados desta pesquisa acrescentam que o sofrimento se manifesta simultaneamente nos planos emocional, físico e cotidiano, afetando sono, alimentação e percepção de capacidade para cuidar.[12,17]

Para alguns pais, o próprio ambiente da UTIN aumentou o sofrimento, sobretudo no início da internação, quando ruídos, aparelhos e incertezas foram descritos como elementos perturbadores. Esse resultado se aproxima do encontrado em um estudo brasileiro, que identificou sons e imagens, aparência e comportamento do bebê e mudança do papel parental como domínios de estresse. A familiarização precoce com a unidade, a explicação da finalidade dos equipamentos e alarmes e a orientação sobre o que os pais podem fazer à beira do leito podem reduzir interpretações ameaçadoras. Essas medidas são especialmente pertinentes para participantes com menor renda e escolaridade, mas devem ser oferecidas universalmente, sem pressupor conhecimento prévio.[11]

As queixas relacionadas ao sono e à alimentação mostram que o sofrimento psicológico repercute sobre necessidades básicas e pode comprometer a capacidade de enfrentamento. A privação de sono, a preocupação contínua e a permanência prolongada no hospital podem reduzir atenção, memória e disponibilidade emocional para compreender orientações. Por esse motivo, o cuidado à família deve incluir avaliação de condições concretas para descanso, alimentação e revezamento com a rede de apoio. A elevada ocorrência de ansiedade, depressão e estresse descrita em metanálise recente reforça que essas manifestações não devem ser naturalizadas como respostas inevitáveis e sem necessidade de intervenção.[15,17]

Todos disseram contar com alguma rede de apoio, o que pode ter favorecido a presença na unidade e o enfrentamento das demandas cotidianas. Ainda assim, a existência de apoio familiar não impediu relatos de ansiedade, tristeza, insônia e impotência. Esse dado sugere que a rede informal e o suporte profissional possuem funções complementares: familiares podem auxiliar com deslocamento, alimentação, cuidado de outros filhos e companhia, enquanto a equipe oferece escuta especializada, informações clínicas e intervenções direcionadas à saúde mental. A literatura recomenda avaliar necessidades individuais mesmo quando os pais relatam apoio social, pois a intensidade do estresse também se relaciona à condição clínica do recém-nascido e às alterações no papel parental.[12,13]

Mesmo com essa rede, o apoio familiar não eliminou o sofrimento emocional nem garantiu acesso uniforme à psicologia. Alguns familiares avaliaram positivamente o acompanhamento recebido, enquanto outros referiram ausência de oferta ou baixa frequência de contato. A

coexistência dessas experiências sugere que a disponibilidade formal do serviço não equivale necessariamente a acesso efetivo. Uma revisão de escopo concluiu que intervenções individualizadas que integram apoio psicológico, educação para o cuidado e comunicação efetiva favorecem o bem-estar, a autoeficácia parental e a adaptação à UTIN. De modo semelhante, uma metanálise recente, com 160 estudos e 16.639 pais, apontou redução de ansiedade e estresse com cuidado centrado na família e educação, além de benefícios consistentes da psicoterapia e do suporte emocional.[14,15]

Os depoimentos também revelaram uma diferença entre aqueles que conseguiram conversar com a equipe de psicologia e os que não receberam essa oferta, o que pode indicar uma fragilidade na busca ativa. Em situações de intenso sofrimento, os pais podem não reconhecer que precisam de ajuda, não saber como solicitar atendimento ou concentrar toda a atenção nas condições do bebê. Assim, quando o acesso depende apenas da procura espontânea, justamente os familiares mais vulneráveis podem permanecer sem acompanhamento. Psicoterapia, suporte emocional e intervenções educativas realizadas durante a internação apresentam efeitos favoráveis sobre ansiedade, estresse e depressão, o que justifica sua integração à rotina da UTIN.[14,15]

A enfermagem ocupa posição estratégica nesse processo por permanecer continuamente junto ao recém-nascido e à família, mas a responsabilidade pela humanização deve ser compartilhada entre enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e gestão.[14,15]

Outro ponto que precisa ser considerado é a predominância de mulheres entre os participantes: 11 dos 12 entrevistados eram mulheres. Embora reflita a maior presença materna na UTIN, limita a compreensão das necessidades paternas. Um estudo encontrou diferenças entre mães e pais quanto ao apoio percebido e aos fatores associados ao estresse, indicando que intervenções padronizadas podem não responder igualmente a ambos. Por isso, estratégias futuras devem favorecer a inclusão de pais e outros cuidadores, considerar jornadas de trabalho, responsabilidades familiares e barreiras de acesso e evitar que o cuidado centrado na família seja, na prática, restrito à mãe.[13]

A pouca presença dos pais homens não ocorreu apenas nesta pesquisa; ela também aparece em parte da literatura sobre saúde mental parental, na qual as amostras são predominantemente femininas. Uma metanálise apontou diferenças na ocorrência de ansiedade entre mães e pais, enquanto outra revisão identificou evidência mais consistente dos efeitos do Método Canguru sobre a saúde materna e evidência ainda limitada para desfechos paternos. Esses resultados reforçam a necessidade de ampliar o convite aos pais, flexibilizar

horários e produzir intervenções que reconheçam diferentes modos de vivenciar a parentalidade na UTIN.[16,17]

Algumas limitações precisam ser reconhecidas. A pesquisa foi realizada em uma única instituição de referência, com amostra pequena e intencional, predominância feminina e entrevistas conduzidas durante a internação. O reconhecimento do IMIP como serviço pioneiro em práticas humanizadas pode ter contribuído para avaliações mais favoráveis, enquanto a vulnerabilidade emocional e a proximidade cotidiana com a equipe podem ter produzido respostas socialmente desejáveis. Além disso, o delineamento qualitativo não permite estimar prevalência nem estabelecer relações causais entre práticas humanizadas e desfechos psicológicos. Estudos recentes apresentam grande heterogeneidade entre populações e intervenções, recomendando cautela na generalização e adaptação das estratégias ao contexto de cada serviço.[14,15]

Mesmo com essas limitações, a diversidade clínica dos recém-nascidos e a convergência dos depoimentos em cinco categorias conferem consistência interna aos achados. Os resultados dialogam com estudos brasileiros e internacionais que identificam acolhimento, comunicação, participação parental e suporte emocional como dimensões interdependentes do cuidado neonatal. Essa convergência sugere que as experiências relatadas não são exclusivamente locais, embora sua intensidade e expressão dependam da organização do serviço, do perfil familiar e da condição clínica do bebê.[11,13,15]

De modo geral, os resultados indicam que a humanização na UTIN depende da articulação entre competência técnica e qualidade relacional. Acolhimento, comunicação, participação familiar e apoio psicológico mostraram-se dimensões complementares: quando presentes, fortalecem confiança, vínculo e sensação de pertencimento; quando insuficientes, podem intensificar incerteza, impotência e sofrimento. A principal implicação prática é que a atenção ao bem-estar parental deve integrar a rotina assistencial, com oferta proativa, contínua e individualizada, e não ser tratada como recurso acessório diante da gravidade clínica do recém-nascido.[14,15]

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que a humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal está relacionada não apenas à assistência técnica ao recém-nascido, mas também à forma como a família é acolhida e incluída durante a internação. O cuidado, a atenção e a disponibilidade da equipe, especialmente da enfermagem, contribuíram para que os familiares se sentissem mais seguros e amparados diante de um momento marcado por medo, ansiedade

e incertezas. Nesse contexto, destaca-se a importância da enfermagem, cuja proximidade contínua com o recém-nascido e seus familiares favorece a construção de vínculos e a oferta de um cuidado sensível às necessidades de cada família.

A comunicação entre profissionais e familiares mostrou-se fundamental, principalmente na transmissão de informações sobre o estado de saúde do recém-nascido e na possibilidade de esclarecer dúvidas. Da mesma forma, a participação dos pais nos cuidados, por meio do toque, do colo, da amamentação, da ordenha e do Método Canguru, favoreceu a aproximação com o bebê e o fortalecimento do vínculo durante a hospitalização. A enfermagem desempenha um papel importante nesse processo, ao orientar, acolher e incentivar a participação familiar, respeitando as condições clínicas do recém-nascido e as possibilidades de cada família.

Com relação ao apoio psicológico, foram identificadas experiências distintas entre os entrevistados, evidenciando que o acolhimento emocional ainda apresenta aspectos que precisam ser fortalecidos. Assim, os achados evidenciam a importância de um cuidado humanizado que considere o recém-nascido e sua família de forma integrada, respeitando suas necessidades, sentimentos e possibilidades de participação. Nesse sentido, a atuação da enfermagem, articulada aos demais profissionais da equipe multiprofissional, contribui para reconhecer as necessidades emocionais dos familiares e favorecer uma assistência mais acolhedora.

Conclui-se que a humanização na UTIN se fortalece quando competência técnica, acolhimento, comunicação, participação familiar e suporte emocional fazem parte do cuidado cotidiano. Nesse processo, a enfermagem assume um papel fundamental, pois sua presença contínua junto ao recém-nascido e à família permite integrar o conhecimento técnico à escuta, à orientação e à construção de vínculos. Dessa forma, cuidar do recém-nascido também significa reconhecer e acolher a família que vivencia com ele o processo de internação, reafirmando a importância da enfermagem na construção de uma assistência neonatal humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Silva AAM, et al. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011–2021. Epidemiol Serv Saude. 2023; 32 (2): e2022600. doi: 10.1590/S2237-96222023000200008.

2. Rocha AC, Reis HL, Sampaio ML, Manfroi EC. O estar em UTI neonatal: percepções dos pais sobre a vivência da hospitalização e a assistência psicológica recebida na unidade. Contextos Clin. 2022; 15 (3).

3. Jantsch LB, Rupp AC, Bartsch L, Arrué AM, Silva JC, Neves ET. Fatores associados a agravos agudos de saúde em prematuros. REME Rev Min Enferm. 2024; 28: e37985.

4. Silva DA, Moreira TP, Ribeiro AA, Teixeira LB, Correa PDS. A assistência de enfermagem humanizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Res Soc Dev. 2021; 10 (14): e141101421903.

5. Cavalier NT, Costa RV, Dayube AL, Bordignon ACG, Luna YA. Avaliação da implementação de práticas de humanização na UTI-Neonatal. Braz J Implantol Health Sci. 2023; 5 (5): 2870-9.

6. Teixeira LB, Apolinário JMSS, Santos AABS, Coêlho LPI, Azevedo SM, Kretzer OC, et al. Ações de enfermagem na construção de uma relação humanizada com pais de recém-nascidos internados em UTI neonatal. RECIMA21. 2022; 3 (3): e331218.

7. Lima MF, Siqueira RM, Ventura CMU. UTI neonatal: percepção dos pais sobre o internamento e os cuidados da equipe de enfermagem. Rev Gest Conhec. 2022; 16 (2): 692-705.

8. Silva PMSE, Melo RHB, Silva LF. Informação em saúde: práticas de humanização em UTI neonatal e seus impactos a partir das rotinas e condutas na recuperação dos recém-nascidos. Rev Saude Digit Tecnol Educ. 2022; 7 (esp III): 129-42.

9. Silva SF, Costa TAM, Silva LCS. Acolhimento humanizado nas unidades de terapia intensiva neonatal para as famílias que têm seus recém-nascidos internados. Saude Cienc Acao. 2020; 6 (2): 85-94.

10. Silva RS, Barbosa MO, Teixeira PC, Silva CQ, Oliveira PP, Koeppe GBO, et al. Humanização na Unidade de Terapia Neonatal: percepção das mães. Saude Coletiva. 2019; 9 (50): 1814-5.

11. Brondani AS, Jantsch LB, Jacobi LF. Fatores associados ao estresse parental em unidade de terapia intensiva neonatal: estudo transversal. Rev Bras Saude Mater Infant. 2024; 24: e20230292. doi: 10.1590/1806-9304202400000292.

12. Kegler JJ, Neves ET, Silva AM, Oliveira DC, Zamberlan KC. Fatores associados ao estresse de pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Acta Paul Enferm. 2023; 36: eAPE02061. doi: 10.37689/acta-ape/2023AO02061.

13. Konukbay D, Vural M, Yildiz D. Parental stress and nurse-parent support in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional study. BMC Nurs. 2024; 23: 820. doi: 10.1186/s12912-024-02458-y.

14. Niehaus Milligan CE, Hayes Austin LR, Auckland P, Hatfield O, Bills SE, Daffin M, et al. Parent mental health interventions in the NICU: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr. 2026. doi: 10.1001/jamapediatrics.2026.2546.

15. Paraíso-Pueyo E, Mancebo-Peña D, Alzuria-Alós RM, Masot O, Selva-Pareja L, Espart A, et al. Improving parents' emotional well-being in NICU: a scoping review. Nurs Crit Care. 2026; 31 (1): e70264. doi: 10.1111/nicc.70264.

16. Pathak BG, Sinha B, Sharma N, Mazumder S, Bhandari N. Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2023; 101 (6): 391-402G. doi: 10.2471/BLT.22.288977.

17. Shetty AP, Halemani K, Issac A, Thimmappa L, Dhiraaj S, Radha K, et al. Prevalence of anxiety, depression, and stress among parents of neonates admitted to neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. Clin Exp Pediatr. 2024; 67 (2): 104-15. doi: 10.3345/cep.2023.00486.

TABELAS

Tabela 01

Dados sociodemográficos dos entrevistados		
Variáveis	**Nº (12)**	**%**
Idade		
Entre 20 a 24 anos	06	50
Entre 25 a 29 anos	06	50
Entre 30 a 34 anos	00	00
Entre 35 a 40 anos	00	00
Sexo		
Feminino	11	92
Masculino	01	08
Estado civil		
Solteiro	08	67
Casado	04	33
Divorciado	00	00
Viúvo	00	00
Nível de escolaridade		
Fundamental incompleto	00	00
Fundamental completo	00	00

Médio incompleto	03	25
Médio completo	09	75
Superior	00	00
Raça		
Branco	01	08
Amarelo	01	08
Pardo	09	75
Preto	01	08
Renda		
Sem renda	00	00
Menos de um salário mínimo	05	42
Um salário mínimo	04	33
Mais de um salário mínimo	03	25
Mais de dois salários mínimos	00	00
Composição familiar		
Duas pessoas	05	42
Três pessoas	02	17
Quatro pessoas	02	17
Mais de quatro pessoas	03	25
Rede de apoio		
Sim	12	100
Não	00	00

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 02

Dados dos recém-nascidos		
Variáveis	**Nº (12)**	**%**
Idade gestacional no nascimento		
< 28 semanas e 0 dias	03	25

Entre 28 semanas e 0 dias e 31 semanas e 6 dias	02	17
Entre 32 semanas e 0 dias e 33 semanas e 6 dias	01	08
Entre 34 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias	02	17
≥ 37 semanas e 0 dias	04	33
Sexo		
Feminino	04	33
Masculino	08	67
Diagnóstico principal		
Parto prematuro (Sofrimento fetal)	01	08
Parto prematuro (Bolsa rota)	03	25
Broncodisplasia	01	08
Cardiopatia	03	25
Dispneia	01	08
Hérnia diafragmática	02	17
Hidrocefalia	01	08
Tempo de internação		
Entre 0 a 10 dias	02	17
Entre 11 a 20 dias	06	50
Entre 21 a 30 dias	00	00
Mais de 30 dias	04	33
Nível de Prematuridade		
RN prematuro extremo	03	25
RN muito prematuro	02	17
RN prematuro moderado	02	17
RN prematuro tardio	01	08
RN termo	04	33

Fonte: Elaborado pelos autores.