



ACOLHER E AMAR

Construindo Pontes entre Equipe e a Mãe do RN
internado na UTI Neonatal



Viviane de Barros Martins

ACOLHER E AMAR

Construindo Pontes entre Equipe e a Mãe do RN
internado na UTI Neonatal

1ª EDIÇÃO



AUTORA

VIVIANE DE BARROS MARTINS

DOI: 10.47538/AC-2025.19



Ano 2025

ACOLHER E AMAR

Construindo Pontes entre Equipe e a Mãe do RN internado na UTI Neonatal 1ª EDIÇÃO

Catálogo da publicação na fonte

Martins, Viviane de Barros.

Acolher e amar : construindo pontes entre equipe e a mãe do RN internado na UTI neonatal [recurso eletrônico] / Viviane de Barros Martins. — 1. ed. — Natal : Editora Amplamente, 2025.

PDF.

Bibliografia.

ISBN: 978-65-5321-009-7

DOI: 10.47538/AC-2025.19

1. Tratamento intensivo neonatal. 2. Recém-nascido - Alto risco. 3. Assistência humanizada. 4. Política Nacional de Humanização - Brasil. I. Título.

CDU 616-08-039.74-053.31

M386

Elaborada por Mônica Karina Santos Reis CRB-15/393

Direitos para esta edição cedidos pelos autores à Editora Amplamente.

Editora Amplamente
Empresarial Amplamente Ltda.
CNPJ: 35.719.570/0001-10
E-mail:
publicacoes@editoraamplamente.com.br
www.amplamentecursos.com
Telefone: (84) 999707-2900
Caixa Postal: 3402
CEP: 59082-971
Natal- Rio Grande do Norte – Brasil
Copyright do Texto © 2025 Os autores
Copyright da Edição © 2025 Editora
Amplamente
Declaração dos autores/ Declaração da
Editora: disponível em
<https://www.amplamentecursos.com/politicas-editoriais>

Editora-Chefe: Dayana Lúcia Rodrigues
de Freitas
Assistentes Editoriais: Caroline Rodrigues
de F. Fernandes; Margarete Freitas
Baptista
Bibliotecária: Mônica Karina Santos Reis
CRB-15/393
Projeto Gráfico, Edição de Arte e
Diagramação: Luciano Luan Gomes Paiva;
Caroline Rodrigues de F. Fernandes
Capa: Canva®/Freepik®
Parecer e Revisão por pares: Revisores
Creative Commons. Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0



Ano 2025

APRESENTAÇÃO

Cuidar de um recém-nascido em estado crítico é um ato que transcende a técnica: é um exercício contínuo de presença, escuta e construção de vínculos. Nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTI Neo), onde a vida pulsa entre riscos e possibilidades, o protagonismo da mãe nem sempre é reconhecido como parte do processo terapêutico. Esta obra nasce da necessidade de resgatar e reafirmar esse lugar de pertencimento.

Acolher e Amar propõe uma reflexão ética, prática e afetiva sobre a importância de integrar a mãe — não como acompanhante eventual, mas como presença essencial — ao cuidado intensivo de seu filho recém-nascido. Em um contexto hospitalar frequentemente marcado pela rigidez de protocolos e barreiras técnicas, o livro apresenta caminhos possíveis para a construção de uma atuação verdadeiramente interdisciplinar e humanizada.

A proposta aqui defendida não é meramente opinativa: ela é fruto da escuta atenta de profissionais, mães e equipes, da vivência direta em unidades neonatais e de experiências bem-sucedidas em projetos de atenção primária e educação permanente.



Ano 2025

Ao reunir elementos práticos, reflexivos e propositivos, este trabalho apresenta estratégias concretas para transformar a cultura do cuidado, promovendo segurança clínica sem abrir mão da sensibilidade.

Trata-se de um convite à revisão de paradigmas e à abertura de novas possibilidades de atuação. Ao reconhecer o valor da presença materna como parte do processo terapêutico, o livro contribui para uma mudança de perspectiva que pode repercutir de forma ampla — não apenas na recuperação do recém-nascido, mas no fortalecimento da família, na qualificação da equipe de saúde e na estruturação de políticas públicas mais inclusivas e sensíveis às realidades humanas.

Mais do que um relato técnico, esta obra configura-se como instrumento de formação, reflexão e transformação. Destina-se a profissionais da saúde, gestores, pesquisadores e todos aqueles que compreendem que o cuidado, para ser pleno, precisa acolher. E que amar, nos momentos mais delicados da vida, é também um ato terapêutico.

Viviane de Barros Martins
Enfermeira especialista em Terapia Intensiva
Kissimmee, FL – EUA



Ano 2025

SUMÁRIO

PREFÁCIO	6
CAPÍTULO I.....	9
Acolhimento na UTI Neonatal: Desafios e Possibilidades	
CAPÍTULO II	65
Construindo Pontes: O Papel da Equipe Multiprofissional	
CAPÍTULO III.....	110
O Papel da Equipe Multiprofissional na UTI Neo	
CAPÍTULO IV.....	152
Desafios e possibilidades do acolhimento	
CAPÍTULO V	177
Integração de dados epidemiológicos e indicadores de qualidade	
POSFÁCIO	214
SOBRE A AUTORA	217

PREFÁCIO

A presente obra, intitulada **“Acolher e Amar: Construindo Pontes entre Equipe e a Mãe do RN internado na UTI Neonatal”**, foi concebida com o propósito de oferecer uma contribuição sistematizada, crítica e rigorosa ao campo da assistência neonatal, com especial ênfase na humanização do cuidado em ambientes de alta complexidade.

Resultado de uma trajetória profissional consolidada na área da saúde, este trabalho articula evidências científicas atuais, marcos normativos nacionais e internacionais, bem como recomendações provenientes das melhores práticas assistenciais, para promover reflexões e propor estratégias para qualificar a atenção prestada aos recém-nascidos e às suas famílias no contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo).

O percurso acadêmico que sustenta esta obra foi guiado pela necessidade de suprir uma lacuna na literatura especializada, oferecendo uma análise aprofundada das interfaces entre a prática multiprofissional, a humanização do cuidado e a centralidade do neonato e de sua família como sujeitos de direitos. Ao mesmo tempo, busca-se problematizar as limitações estruturais, organizacionais e culturais que ainda dificultam a plena

implementação de modelos assistenciais pautados na integralidade e na humanização.

A escolha metodológica por uma abordagem teórico-conceitual e analítica objetiva assegurar a robustez dos argumentos aqui apresentados, bem como a consistência das recomendações formuladas para o aprimoramento das práticas assistenciais em UTI Neo. A obra fundamenta-se em ampla revisão da literatura científica, integrando perspectivas interdisciplinares que contemplam as dimensões técnica, ética, relacional e organizacional do cuidado neonatal.

Ao dirigir-se a profissionais da saúde, pesquisadores, gestores e formuladores de políticas públicas, este livro pretende informar e, simultaneamente, estimular a reflexão crítica sobre os caminhos possíveis para a superação dos desafios ainda persistentes no campo da neonatologia, especialmente no que se refere à incorporação efetiva de práticas humanizadas e integradas.

Assim, a presente obra se insere no esforço coletivo de qualificação da assistência neonatal, alinhando-se às orientações das principais instituições nacionais e internacionais que atuam na defesa dos direitos da criança e na promoção da humanização em saúde. Que este trabalho possa contribuir para o avanço das

práticas assistenciais e para a construção de ambientes terapêuticos cada vez mais seguros, éticos e humanizados.

Viviane de Barros Martins

Autora

CAPÍTULO I

Acolhimento na UTI Neonatal: Desafios e Possibilidades

1. INTRODUÇÃO

A assistência ao recém-nascido em situação de risco, particularmente na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), constitui um dos mais complexos desafios da prática em saúde perinatal contemporânea. A evolução histórica das UTIs Neo, pautada inicialmente por uma perspectiva biomédica e tecnicista, viabilizou importantes avanços no aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, especialmente a partir das décadas de 1970 e 1980 (Ballard, 2016). Contudo, esse avanço consolidou modelos assistenciais que negligenciaram dimensões subjetivas do cuidado, resultando em ambientes hospitalares caracterizados pela separação física e emocional entre o neonato e sua família (Scochi et al., 2018).

A partir do final do século XX, um corpo crescente de evidências científicas e a formulação de políticas públicas passaram a reivindicar a superação desse modelo, promovendo uma perspectiva de assistência centrada na família e na humanização do cuidado neonatal (Brasil, 2017). Nesse cenário,

o acolhimento configura-se como uma diretriz ética e política fundamental, orientando práticas profissionais que integram a escuta qualificada, o estabelecimento de vínculos e a corresponsabilização na assistência (Brasil, 2010).

O contexto contemporâneo revela, entretanto, que embora haja um reconhecimento normativo da importância do acolhimento e da humanização, a prática assistencial cotidiana nas UTIs Neo ainda enfrenta desafios estruturais, culturais e institucionais que limitam sua plena efetivação (Oliveira et al., 2018).

A análise dos dados epidemiológicos mais recentes, oriundos da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) e da UNICEF (2023), reforça a magnitude do problema: aproximadamente 2,3 milhões de crianças faleceram antes de completar um mês de vida em 2022, sendo a prematuridade a principal causa de mortalidade neonatal. No Brasil, embora tenha havido avanços significativos com a implementação do Método Canguru, as desigualdades regionais e barreiras institucionais continuam a comprometer a qualificação do cuidado e a afetar negativamente os desfechos assistenciais (Brasil, 2023).

Nesse cenário, a relevância deste estudo reside na necessidade de aprofundar a compreensão sobre os fundamentos

teóricos, as normativas institucionais e as práticas assistenciais relacionadas ao acolhimento humanizado na UTI Neo, com o intuito de identificar estratégias que favoreçam a consolidação de um modelo de assistência ética, afetiva e transformadora.

Com base nesta contextualização teórico-epidemiológica, a próxima seção apresenta os procedimentos metodológicos adotados para a análise das práticas de acolhimento humanizado na UTI Neo.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

A construção deste capítulo pautou-se na realização de uma revisão integrativa da literatura, método amplamente utilizado nas ciências da saúde para a síntese de conhecimentos sobre uma temática específica, permitindo a análise crítica de múltiplos estudos e a identificação de lacunas no estado da arte (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

A revisão integrativa diferencia-se das revisões sistemáticas e narrativas pela sua amplitude e flexibilidade metodológica, possibilitando a combinação de resultados oriundos de investigações com diferentes delineamentos, o que é particularmente relevante no campo da humanização do cuidado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), dada a

diversidade de abordagens teóricas e práticas existentes (Whittemore; Knafl, 2005).

Para a seleção das publicações, foram utilizados os seguintes descritores controlados e não controlados: “acolhimento”, “humanização”, “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, “atenção neonatal”, “práticas assistenciais” e “políticas públicas de saúde”. A estratégia de busca foi elaborada conforme as orientações do PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Moher et al., 2009), assegurando rigor e transparência na seleção das fontes.

As buscas foram realizadas nas bases de dados SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS, Web of Science e Google Scholar, contemplando publicações entre os anos de 2000 e 2024, de modo a abranger a evolução contemporânea das práticas de acolhimento humanizado na UTI Neo. Este recorte temporal justifica-se pela emergência, a partir dos anos 2000, de políticas públicas específicas e de um crescente corpo de evidências científicas sobre o tema.

Os critérios de inclusão envolveram: (1) artigos disponíveis na íntegra, (2) publicados em português, inglês ou espanhol, (3) que abordassem diretamente práticas, modelos ou políticas de

acolhimento e humanização na assistência neonatal. Foram excluídas dissertações, teses e publicações não científicas.

Após a identificação e leitura dos estudos, procedeu-se à análise temática de conteúdo, conforme proposta clássica de Bardin (2016), a qual consiste na categorização dos dados em núcleos de sentido que permitam apreender as principais tendências, desafios e perspectivas relacionados ao objeto de estudo. Esta abordagem demonstrou-se adequada para sistematizar o amplo espectro de informações coletadas, viabilizando uma compreensão aprofundada sobre as práticas de acolhimento na UTI Neo.

Além da literatura científica, foram incorporados documentos normativos e diretrizes institucionais, incluindo a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2010), o Método Canguru (Brasil, 2022), bem como relatórios e orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023) e do UNICEF (2023), reconhecendo a centralidade desses marcos legais e institucionais na configuração das práticas assistenciais no contexto neonatal.

A seleção das bases de dados e a definição dos critérios de inclusão foram realizadas conforme os parâmetros de Galvão, Mendes e Silveira (2015), que destacam a importância da

sistematização metodológica para assegurar a confiabilidade e a representatividade dos achados em revisões integrativas.

Este percurso metodológico confere ao presente capítulo uma base sólida e consistente, que articula múltiplas dimensões do conhecimento—teórica, normativa e prática—, permitindo uma análise crítica sobre o acolhimento humanizado na UTI Neo e apontando caminhos para o fortalecimento das políticas públicas e para a qualificação das práticas profissionais no âmbito da saúde neonatal.

A seguir, apresenta-se a análise estruturada do acolhimento na UTI Neo, organizada em eixos temáticos que possibilitam uma compreensão aprofundada dos desafios e das possibilidades da assistência humanizada.

3. DESENVOLVIMENTO

A estrutura analítica deste capítulo foi organizada em consonância com os objetivos delineados, com o propósito de assegurar uma abordagem sistemática, coerente e aprofundada sobre o acolhimento humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). Para tanto, o desenvolvimento será composto por cinco seções, cada uma dedicada a explorar, com

rigor teórico e empírico, os aspectos que compõem a complexidade do tema.

Inicialmente, será apresentada uma contextualização histórica do surgimento das UTIs Neo e da transição do modelo biomédico centrado na tecnologia para perspectivas que valorizam a humanização e o acolhimento como fundamentos éticos e assistenciais. Na sequência, serão expostos os dados epidemiológicos mais recentes e relevantes sobre a internação neonatal, com especial atenção às desigualdades regionais e aos determinantes sociais que impactam os desfechos clínicos.

Posteriormente, o capítulo analisará os fundamentos conceituais e teóricos que sustentam a humanização do cuidado, dialogando com modelos internacionais e evidências científicas contemporâneas. Em seguida, serão examinadas as principais normativas e políticas públicas que orientam e regulam as práticas de acolhimento nas UTIs Neo, tanto no contexto brasileiro quanto em experiências internacionais de referência.

Por fim, a análise se concentrará na identificação dos desafios e das possibilidades que permeiam a efetivação do acolhimento humanizado, considerando as barreiras estruturais, culturais e institucionais, bem como apontando estratégias e

experiências exitosas que podem inspirar a qualificação contínua das práticas assistenciais.

A assistência ao recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) representa, na atualidade, um dos domínios mais complexos e sensíveis da prática em saúde. Esse espaço é simultaneamente *locus* de avançadas intervenções tecnológicas que garantem a sobrevida de neonatos extremamente vulneráveis e também cenário de profundas experiências humanas, atravessadas por angústias, esperanças e vínculos afetivos que demandam abordagens cuidadosas, éticas e integradas.

Nas últimas décadas, os avanços biomédicos ampliaram expressivamente as possibilidades terapêuticas e reduziram índices de mortalidade neonatal em diversos contextos. Contudo, tais conquistas não ocorreram isoladamente nem isentas de tensionamentos, uma vez que os modelos tradicionais de cuidado, fortemente pautados na lógica tecnicista e intervencionista, foram gradualmente confrontados por movimentos que defendem uma atenção centrada na humanização, no acolhimento e na responsabilização familiar (Brasil, 2017).

Este capítulo propõe-se a realizar uma análise crítica e aprofundada do acolhimento humanizado no âmbito da UTI Neo,

entendendo-o como prática ética, assistencial e política imprescindível para a qualificação do cuidado neonatal. A abordagem adotada se estrutura em torno de cinco eixos fundamentais: a contextualização histórica da emergência e evolução das UTIs Neo; a apresentação dos dados epidemiológicos mais recentes sobre a internação neonatal; a discussão dos fundamentos conceituais e teóricos que sustentam a humanização do cuidado; o exame das principais normativas e políticas públicas que orientam as práticas assistenciais; e, por fim, a identificação dos desafios e das possibilidades para a efetivação plena do acolhimento humanizado.

A construção de ambientes verdadeiramente acolhedores demanda compromisso coletivo, sensibilidade ética e abertura ao diálogo interdisciplinar, com foco tanto no bem-estar do neonato quanto no fortalecimento de sua rede de afetos.

3.1 A gênese das práticas neonatais e o surgimento das UTIs Neo

O cuidado ao recém-nascido prematuro remonta ao final do século XIX, quando Pierre Budin, na França, introduziu o uso sistemático das incubadoras como estratégia para garantir a termorregulação e reduzir a elevada mortalidade de neonatos de baixo peso (Veronez et al., 2017).

Tais iniciativas foram impulsionadas pela constatação de que a ausência de assistência especializada resultava, invariavelmente, na perda de vidas que poderiam ser preservadas mediante medidas relativamente simples, como o controle térmico e a nutrição adequada.

No entanto, foi ao longo do século XX, especialmente nas décadas de 1960 e 1970, que a neonatologia se consolidou como especialidade médica, impulsionada pela incorporação de tecnologias como a ventilação mecânica, a nutrição parenteral e o monitoramento contínuo, que possibilitaram a sobrevivência e a estabilização clínica de neonatos extremamente vulneráveis (Ballard, 2016).

Esse período foi caracterizado pela estruturação dos primeiros serviços especializados de terapia intensiva neonatal em centros hospitalares de referência, principalmente na Europa e na América do Norte, consolidando o paradigma biomédico centrado na tecnologia, que prevaleceu nas décadas subsequentes.

3.2 A institucionalização das UTI Neo no Brasil

No contexto brasileiro, a institucionalização das UTIs Neo ocorreu significativamente a partir da década de 1980, em resposta à elevada mortalidade infantil e às crescentes demandas

por qualificação da assistência perinatal. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, constituiu um marco fundamental ao estabelecer o direito universal e igualitário à saúde e fomentar políticas públicas voltadas à ampliação do acesso aos serviços de terapia intensiva neonatal (Brasil, 2021).

Entretanto, a expansão das UTIs Neo no Brasil ocorreu sob a hegemonia do modelo biomédico, marcado pela centralidade na intervenção tecnológica e pela separação física entre o neonato e sua família. Esse modelo, embora tenha contribuído para a redução da mortalidade neonatal — que caiu de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 10,9 em 2020 (Brasil, 2024) —, também produziu efeitos adversos, como a fragilização do vínculo mãe-bebê, o sofrimento psíquico parental e a desumanização do ambiente hospitalar (Scochi et al., 2018).

Conforme destaca Diniz (2017), modelos assistenciais excessivamente tecnicistas tendem a provocar a despersonalização do cuidado e o agravamento do sofrimento psíquico materno-infantil, evidenciando a necessidade de transformações profundas nas práticas hospitalares voltadas ao neonato e sua família.

3.3 A emergência do paradigma da humanização na assistência neonatal

A partir dos anos 1990, impulsionada por movimentos sociais, avanços na pesquisa científica e recomendações de organismos internacionais, iniciou-se uma revisão crítica do modelo assistencial predominante nas UTIs Neo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a defender a implementação de estratégias centradas na família e na humanização do cuidado, reconhecendo que a participação ativa dos pais na assistência ao recém-nascido favorece melhores desfechos clínicos, além de proteger e promover o desenvolvimento neuropsicossocial da criança (OMS, 2023).

No Brasil, essa mudança paradigmática foi institucionalmente consolidada com a implementação do Método Canguru, regulamentado como política pública pelo Ministério da Saúde em 2000 e ampliado nas décadas seguintes (Brasil, 2017). O Método Canguru representa uma inflexão importante no modelo assistencial, ao estabelecer a prática do contato pele a pele entre mãe e bebê como elemento central da atenção neonatal, favorecendo a formação do vínculo afetivo, o aleitamento materno e a estabilidade clínica do recém-nascido.

Paralelamente, foram incorporados, em diversas unidades neonatais ao redor do mundo, modelos que aprofundam e sistematizam a integração da família na assistência e a adaptação do ambiente hospitalar às necessidades neurocomportamentais do neonato. Dentre eles, destacam-se:

- **Family-Centered Care (FCC):** modelo que enfatiza a parceria entre a família e a equipe de saúde, reconhecendo os pais como protagonistas no processo assistencial e valorizando sua participação ativa em todas as etapas do cuidado.

- **Family Integrated Care (FICare):** abordagem que inclui os pais como parte integrante da equipe assistencial, promovendo seu envolvimento direto nas ações de cuidado, contribuindo para o fortalecimento do vínculo familiar e para a autonomia parental.

- **Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP):** programa que propõe o desenvolvimento individualizado do neonato, ajustando as práticas assistenciais e o ambiente hospitalar às necessidades específicas de cada criança, com base na observação sistemática de seu comportamento e sinais neurofisiológicos.

Esses modelos representam avanços significativos na consolidação do paradigma da humanização na assistência neonatal, oferecendo referenciais que inspiram a transformação

das práticas clínicas e a qualificação do cuidado em UTIs Neo (O'brien et al., 2022; Peters et al., 2023).

3.4 O atual panorama das UTIs Neo e os desafios persistentes

Apesar dos avanços registrados nas últimas décadas, a realidade das UTIs Neo ainda é marcada por contradições entre a lógica tecnicista tradicional e os princípios da humanização. Barreiras estruturais, como a inadequação dos espaços físicos para a permanência familiar, a rotatividade de profissionais e a resistência institucional a mudanças paradigmáticas, limitam a plena implementação de práticas humanizadas (Oliveira et al., 2018; Ribeiro; Gomes, 2019).

Ademais, persistem desigualdades regionais significantes, tanto no Brasil quanto globalmente, que afetam diretamente a qualidade e a equidade do acesso aos cuidados neonatais intensivos.

A análise histórica das UTIs Neo revela um percurso de avanços técnicos e científicos, constituindo simultaneamente um campo de permanente disputa ética e política em torno do significado e das finalidades do cuidado ao recém-nascido em situação de vulnerabilidade.

3.2 Apresentação dos dados epidemiológicos atualizados sobre a internação neonatal

3.2.1 Panorama global da mortalidade e morbidade neonatal

O cenário global da mortalidade neonatal permanece elevado, constituindo um desafio prioritário para os sistemas de saúde e para as políticas públicas de proteção à infância. Segundo o relatório mais recente da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 2,3 milhões de crianças faleceram antes de completar um mês de vida em 2022, representando mais de 6.000 óbitos diários (OMS, 2023).

A prematuridade é reconhecida como a principal causa de mortalidade neonatal ao nível mundial, responsável por complicações que frequentemente requerem assistência intensiva especializada. Estima-se que 10% dos nascimentos ocorram antes das 37 semanas de gestação, revelando a dimensão epidemiológica do problema e suas implicações para os sistemas de saúde (OMS, 2023).

As desigualdades regionais são particularmente evidentes. Segundo a UNICEF (2023), recém-nascidos na África Subsaariana possuem um risco nove vezes maior de morte em comparação com aqueles nascidos na Europa ou América do Norte. Além disso, 75% das mortes neonatais globais ocorrem em

países de baixa renda, onde o acesso a unidades de terapia intensiva neonatal é limitado ou inexistente.

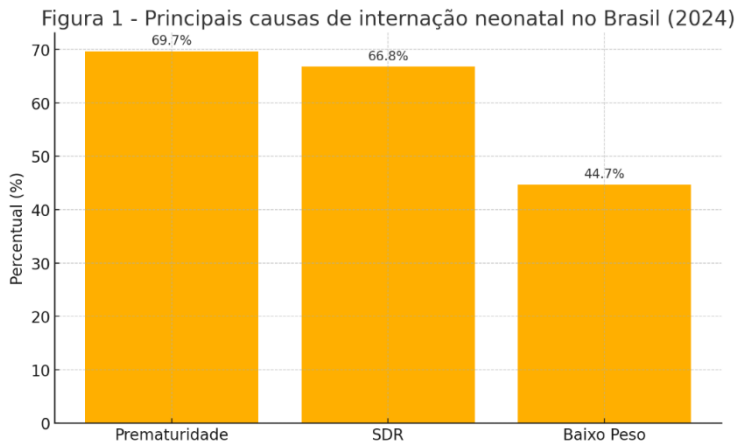
Essas disparidades se aprofundam quando se observa a diferença entre contextos urbanos e rurais: neonatos que nascem em áreas rurais apresentam risco de mortalidade duas vezes maior do que aqueles nascidos em áreas urbanas, em decorrência da precariedade dos sistemas de saúde, da escassez de recursos humanos especializados e da ausência de infraestrutura adequada para o cuidado neonatal intensivo (UNICEF, 2023).

3.2.2 Situação epidemiológica no Brasil

No Brasil, embora tenham ocorrido avanços importantes nas últimas décadas, os indicadores relacionados à internação neonatal ainda apontam para desafios expressivos, especialmente no que se refere à redução das desigualdades regionais e à qualificação da assistência em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo).

Dados oficiais do Ministério da Saúde (2024) indicam que a prematuridade responde por 69,7% das internações em UTIs Neo brasileiras, evidenciando sua centralidade na morbimortalidade neonatal do país. A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) representa a segunda causa mais frequente de

internação, correspondendo a 66,8% das admissões em UTIs Neo. Além disso, recém-nascidos com baixo peso (≤ 2.500 g) constituem 44,7% das internações, configurando um perfil de alta vulnerabilidade clínica e social (Brasil, 2024).



Fonte: Brasil (2024).

Como ilustrado na Figura 1, a distribuição das principais causas de internação neonatal no Brasil revela a centralidade da prematuridade, da síndrome do desconforto respiratório e do baixo peso, que configuram, em conjunto, os determinantes clínicos predominantes para o ingresso em unidades de terapia intensiva neonatal.

A expressiva prevalência desses fatores reforça a necessidade de estratégias integradas e intersetoriais de prevenção e de qualificação do cuidado neonatal, com foco na redução da prematuridade e na promoção de intervenções efetivas, voltadas à garantia da estabilidade clínica e ao desenvolvimento saudável dos recém-nascidos em situação de risco.

Além das causas clínicas, destaca-se que a média nacional de permanência em UTI Neo é de aproximadamente 15,5 dias, podendo ultrapassar 120 dias, particularmente nos casos de prematuridade extrema, com idade gestacional inferior a 28 semanas ou peso abaixo de 1.000 gramas (Brasil, 2024).

As desigualdades regionais são marcantes e estruturais: a região Sudeste apresenta uma média de 3,8 leitos de UTI Neo por mil nascidos vivos, enquanto, no Norte, essa proporção é de somente 1,2 leitos, impactando diretamente os índices de mortalidade neonatal, que ultrapassam 22% em alguns estados dessa região, como Acre e Maranhão (Brasil, 2024).

3.2.3 Reflexão crítica sobre desigualdades e desafios

A análise dos dados epidemiológicos apresentados até aqui evidência, incontestavelmente, a persistência de profundas

desigualdades regionais e estruturais no acesso e na qualidade do cuidado neonatal intensivo no Brasil.

Tais iniquidades manifestam-se, entre outros aspectos, na desigual distribuição de recursos materiais e humanos, afetando diretamente as chances de sobrevivência e a qualidade de vida dos recém-nascidos em situação de vulnerabilidade.

As desigualdades regionais limitam o acesso oportuno e qualificado aos cuidados intensivos neonatais, configurando, ainda, determinantes estruturais das desigualdades nos desfechos em saúde infantil, especialmente no que se refere à mortalidade e morbidade evitáveis.

Neste contexto, torna-se imperativo o fortalecimento de políticas públicas orientadas pela perspectiva da equidade, que ultrapassem o enfoque na ampliação quantitativa de leitos e promovam a qualificação das práticas assistenciais, com ênfase na humanização e no acolhimento como fundamentos indispensáveis para a organização das UTIs Neo.

A superação dessas desigualdades demanda, portanto, ações intersetoriais que articulem investimentos em infraestrutura, formação profissional especializada e a implementação de modelos assistenciais centrados na família, **visando assegurar a**

integralidade e a dignidade no cuidado ao recém-nascido em situação de risco.

3.2.4 Teorias do vínculo: Bowlby, Ainsworth, Winnicott e Schore

A compreensão do vínculo afetivo estabelecido entre o recém-nascido e seus cuidadores principais constitui um dos fundamentos teóricos e clínicos indispensáveis para a qualificação da assistência neonatal, especialmente no contexto das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). O desenvolvimento desse campo de conhecimento foi impulsionado, ao longo do século XX, por distintas abordagens teóricas que, embora diversas em suas formulações, convergem na valorização da interação precoce como determinante essencial para o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo.

John Bowlby (1969), precursor da Teoria do Apego, destacou que o vínculo afetivo entre a criança e sua figura de apego constitui uma necessidade biológica primária, equiparada em importância à alimentação e à proteção física. Em sua concepção, a formação de vínculos seguros na infância é condição sine qua non para o desenvolvimento saudável, sendo os primeiros meses de vida um período sensível, no qual a disponibilidade emocional e a responsividade da figura de apego

são fundamentais. A separação prolongada do neonato de sua mãe ou cuidador, especialmente em contextos hospitalares, pode comprometer a organização psíquica e emocional do indivíduo, com efeitos duradouros ao longo da vida (Bowlby, 1969).

Além disso, Mary Ainsworth (1978) aprofundou a compreensão dos padrões de apego mediante o desenvolvimento do procedimento da Situação Estranha, no qual identificou distintas modalidades de vínculo: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-ambivalente e desorganizado. Ainsworth evidenciou que a qualidade do vínculo não é produto exclusivo de predisposições inatas, mas, sobretudo, resultante da sensibilidade materna e da qualidade da interação estabelecida nos primeiros meses e anos de vida. Essa concepção reforça a necessidade de políticas e práticas assistenciais que promovam a presença contínua e o contato físico entre o recém-nascido e sua família, mesmo em contextos de internação intensiva.

Do ponto de vista psicanalítico, Donald Winnicott (1965) destacou a importância da figura materna enquanto ambiente facilitador, capaz de sustentar a organização emocional do bebê através da função de holding — sustentação física e emocional — e do manejo sensível das necessidades do neonato. Para Winnicott, a experiência de um ambiente suficientemente bom é determinante para a constituição do falso self ou do self

verdadeiro, sendo que a ruptura precoce ou a ausência desse ambiente, como pode ocorrer nas hospitalizações neonatais prolongadas, acarreta sérios riscos para o desenvolvimento emocional e para a saúde mental futura do indivíduo (Winnicott, 1965).

No campo da neurociência afetiva, Allan Schore (2012) introduziu uma perspectiva integrativa e contemporânea ao descrever a neurobiologia do vínculo. Sua contribuição centra-se na demonstração de que as interações afetivas precoces, particularmente aquelas marcadas pelo contato pele a pele, pelo olhar e pelo toque, são determinantes para a organização funcional do cérebro, especialmente das áreas responsáveis pela regulação emocional, pelo apego e pela resiliência ao estresse. A separação precoce, conforme evidenciado por Schore, compromete o desenvolvimento da regulação neurofisiológica, aumentando a vulnerabilidade do recém-nascido a transtornos psicossociais e ao comprometimento do desenvolvimento neurocognitivo (Schore, 2012).

A articulação dessas quatro perspectivas teóricas oferece uma base sólida para a compreensão dos impactos da hospitalização neonatal e para o delineamento de práticas assistenciais que priorizem a manutenção e o fortalecimento do vínculo afetivo, mesmo em contextos de alta complexidade

tecnológica. Dessa forma, práticas como o Método Canguru, o Family-Centered Care e outras estratégias de humanização são sustentadas por argumentos ético-políticos e por uma robusta fundamentação teórica e empírica, que evidencia os benefícios do vínculo para a saúde integral do recém-nascido e de sua família.

3.2.5 Metodologias e políticas públicas: PNH, Método Canguru

A consolidação de metodologias e políticas públicas voltadas à humanização do cuidado neonatal representa um dos mais importantes avanços na assistência à saúde materno-infantil nas últimas décadas, especialmente no contexto brasileiro. Esse movimento ocorreu em consonância com orientações internacionais que, desde o final do século XX, passaram a defender a centralidade do acolhimento, da promoção do vínculo familiar e da integralidade do cuidado nas práticas assistenciais.

No Brasil, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, constitui um marco normativo fundamental nesse processo. A PNH propõe a humanização como diretriz ética e política indissociável da gestão e da atenção à saúde, fundamentando-se nos princípios da acolhida, do vínculo, da

escuta respeitosa das singularidades e da participação ativa dos usuários no processo de cuidado (Brasil, 2010).

No âmbito neonatal, a PNH orienta a reorganização dos serviços e das práticas profissionais, visando promover ambientes mais acolhedores, respeitosos e participativos, reconhecendo o recém-nascido e sua família como sujeitos de direitos e protagonistas do processo assistencial. Essa perspectiva rompe com modelos tradicionais, marcados pela tecnicidade excessiva e pela fragmentação do cuidado, promovendo a valorização da dimensão subjetiva e relacional da assistência em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (Brasil, 2017).

Entre as metodologias assistenciais que concretizam essas diretrizes, destaca-se, particularmente, o Método Canguru, implantado como política pública no Brasil a partir do ano 2000 e regulamentado pelas Portarias n.º 693/2000 e n.º 1.153/2015 do Ministério da Saúde. Inspirado em experiências exitosas desenvolvidas inicialmente na Colômbia, o Método Canguru consiste em uma estratégia de atenção ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, que articula intervenções clínicas com práticas de promoção do vínculo afetivo e do cuidado humanizado (Brasil, 2023).

A principal característica do Método Canguru é a valorização do contato pele a pele entre o recém-nascido e seus pais, especialmente a mãe, desde o período de internação até o retorno ao convívio domiciliar. Esse contato favorece a regulação térmica, a estabilização cardiorrespiratória, a estimulação neuropsicomotora e o fortalecimento do vínculo afetivo, além de reduzir os riscos de infecções e a duração da hospitalização (WHO, 2023; Brasil, 2023).

O Método Canguru é estruturado em três etapas: a primeira, que ocorre ainda no ambiente hospitalar, promove a aproximação gradual dos pais ao cuidado do recém-nascido; a segunda consiste na permanência contínua dos pais junto ao bebê, estimulando o contato pele a pele e a participação ativa no cuidado; e a terceira corresponde ao acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar, garantindo a continuidade da atenção e do suporte às famílias (Brasil, 2023).

Diversos estudos nacionais e internacionais atestam os benefícios clínicos e psicossociais do Método Canguru, destacando a redução da morbimortalidade neonatal, o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo, a melhora dos indicadores de desenvolvimento neuropsicomotor e a diminuição dos índices de depressão pós-parto nas mães (Charpak et al., 2017; Silva et al., 2022).

Assim, a implementação do Método Canguru configura-se como um modelo paradigmático de humanização da assistência neonatal, concretizando, na prática assistencial, os princípios da PNH e promovendo uma profunda transformação nas relações entre profissionais de saúde, recém-nascidos e famílias no contexto das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

3.2.6 Experiências e modelos internacionais: Family-Centered Care

A incorporação de modelos assistenciais baseados na participação ativa da família na atenção ao recém-nascido consolidou-se, nas últimas décadas, como uma das principais estratégias para a humanização do cuidado neonatal em diversos países. Esses modelos reconhecem a família como unidade central do cuidado e promovem a corresponsabilização parental no processo terapêutico, superando paradigmas tradicionais pautados na exclusividade técnica e na separação físico-emocional entre o neonato e seus cuidadores.

Entre as diversas experiências internacionais, destacam-se três modelos que se consolidaram como referências na reorganização da assistência neonatal: o Family-Centered Care (FCC), o Family Integrated Care (FICare) e o Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

(NIDCAP). Cada um desses modelos apresenta especificidades quanto à origem, aos princípios norteadores, às estratégias de aplicação e aos resultados clínicos e psicossociais associados, mas convergem na valorização do vínculo familiar como elemento essencial para a promoção da saúde e do desenvolvimento integral do recém-nascido.

O Family-Centered Care (FCC) surgiu nos Estados Unidos e estruturou-se, a partir da década de 1990, como um modelo que prioriza a parceria entre os profissionais de saúde e a família, com ênfase na comunicação aberta, na troca de informações e na participação ativa dos pais nas decisões sobre o cuidado do neonato. Essa abordagem visa minimizar o estresse parental, fortalecer os vínculos afetivos e otimizar os desfechos clínicos e emocionais do recém-nascido (Kokorelis et al., 2019).

Posteriormente, no Canadá, desenvolveu-se o Family Integrated Care (FICare), modelo que amplia as premissas do FCC ao incluir os pais como cuidadores primários na unidade neonatal, com treinamento e suporte específicos para desempenharem esse papel de forma segura e efetiva. O FICare tem demonstrado impactos positivos na redução da morbidade neonatal, no fortalecimento do vínculo afetivo e na diminuição do tempo de internação hospitalar, consolidando-se como uma

prática recomendada em diversas UTIs Neo de países desenvolvidos (O'brien et al., 2018).

O Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), por sua vez, foi desenvolvido nos Estados Unidos e destaca-se por sua abordagem centrada na individualização do cuidado com base na observação dos sinais comportamentais do neonato. O NIDCAP propõe ajustes ambientais e comportamentais para promover o desenvolvimento neuropsicomotor, reduzir o estresse e melhorar a estabilidade clínica, sendo amplamente aplicado em UTIs Neo especializadas em países da América do Norte e Europa (Als et al., 2017).

A seguir, apresenta-se um quadro comparativo que sintetiza as principais características desses modelos internacionais, destacando aspectos relacionados à origem, aos princípios orientadores, às estratégias de aplicação e aos resultados esperados. Essa sistematização visa oferecer uma visão panorâmica que contribua para a reflexão sobre a possível adaptação e incorporação de tais experiências no contexto brasileiro.

Quadro 1 comparativo: Modelos internacionais de humanização do cuidado neonatal

Modelo	Origem	Princípios	Aplicação	Resultados Esperados
Family-Centered Care (FCC)	Estados Unidos	Parceria entre família e equipe; comunicação aberta; respeito às decisões familiares	Hospitais pediátricos e neonatais	Redução do estresse parental; fortalecimento do vínculo; melhora dos desfechos clínicos
Family Integrated Care (FICare)	Canadá	Inclusão dos pais como cuidadores primários; treinamento e suporte contínuos	UTIs Neo de países desenvolvidos	Fortalecimento do vínculo; redução da morbidade neonatal; diminuição do tempo de internação
Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)	Estados Unidos	Cuidados individualizados com base nos sinais comportamentais do neonato	UTIs Neo especializadas	Promoção do desenvolvimento neurológico e emocional; redução de complicações médicas e do estresse

Fonte: Adaptado de Kokorelis et al. (2019), O'Brien et al. (2018) e Als et al. (2017).

A análise comparativa dos modelos internacionais evidencia uma tendência convergente na valorização da família como elemento central no processo assistencial neonatal, embora com nuances distintas quanto à intensidade da participação, à

metodologia de integração e ao foco das intervenções. O Family-Centered Care destaca-se pela construção de uma parceria comunicativa e ética entre família e equipe, enquanto o FICare avança no sentido da incorporação ativa dos pais como cuidadores, atribuindo-lhes um papel diretamente participativo na rotina de cuidados.

Por sua vez, o NIDCAP reforça a necessidade de cuidados individualizados e sensíveis aos sinais do neonato, promovendo práticas que respeitam o desenvolvimento e a subjetividade do recém-nascido.

No contexto brasileiro, a incorporação plena de tais modelos demanda adequações estruturais, culturais e formativas, especialmente no que se refere à superação de barreiras institucionais que ainda limitam a presença e a participação efetiva dos familiares no ambiente das UTIs Neo. Contudo, as experiências internacionais analisadas oferecem subsídios valiosos para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais no país, sinalizando caminhos promissores para a consolidação de um cuidado neonatal cada vez mais humanizado, ético e integral.

O percurso analítico realizado até este ponto permitiu a sistematização dos principais fundamentos conceituais e teóricos que sustentam a proposta de um cuidado humanizado no contexto

da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). A articulação entre evidências epidemiológicas, teorias do vínculo afetivo e modelos assistenciais inovadores delineou um quadro robusto, capaz de iluminar as bases para a qualificação das práticas assistenciais neste cenário de elevada complexidade.

Contudo, a efetivação dos princípios da humanização e do acolhimento nas UTIs Neo exige mais do que o domínio de referenciais teóricos. É na prática cotidiana, marcada por tensões éticas, desafios técnicos e afetivos, que esses princípios se concretizam e se ressignificam, moldando experiências singulares de cuidado, de sofrimento e de esperança.

Neste sentido, a Parte 2 deste trabalho propõe-se a transitar do campo da reflexão teórica para o território da experiência prática, examinando como os conceitos anteriormente discutidos se manifestam e se operacionalizam na dinâmica real das UTIs Neo. Tal movimento é fundamental para compreender as múltiplas dimensões do acolhimento humanizado, bem como os limites e as possibilidades para sua plena incorporação nas rotinas institucionais.

A construção dessa ponte entre teoria e prática inicia-se com o exame dos desafios e possibilidades do acolhimento na UTI Neonatal, prosseguindo com a análise do papel da equipe

multiprofissional, a centralidade do enfermeiro como elo do cuidado e, por fim, a sistematização de estratégias práticas de acolhimento e amor, capazes de transformar o ambiente tecnológico da UTI Neo em espaço também de acolhida, vínculo e afeto.

3.3 Prática e Experiência: O Acolhimento Humanizado

3.3.1 O acolhimento na UTI Neonatal: os desafios e possibilidades do acolhimento na UTI Neonatal

A trajetória evolutiva das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIs Neo) evidencia a tensão histórica entre os avanços tecnológicos, que asseguraram a sobrevivência de milhões de recém-nascidos, e a necessidade emergente de incorporar práticas assistenciais que resgatem a dimensão afetiva e relacional do cuidado. Nesse contexto, o acolhimento humanizado desponta não como elemento acessório, e sim como estratégia estruturante, indispensável para qualificar a assistência e minimizar os impactos negativos da hospitalização neonatal.

Embora o modelo tecnicista tenha dominado a assistência neonatal durante décadas, especialmente no auge da neonatologia biomédica nas décadas de 1970 e 1980, as evidências acumuladas a partir do final do século XX apontaram para a necessidade de

um reposicionamento ético e assistencial. A partir dessa inflexão, o acolhimento passou a ser compreendido mais do que um gesto cordial; trata-se de uma prática complexa, que articula competências técnicas, sensibilidade relacional e compromisso ético com o respeito à subjetividade do recém-nascido e de sua família.

O acolhimento, segundo a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2010), consiste na construção de vínculos de confiança, na escuta qualificada e na corresponsabilização dos profissionais de saúde, elementos imprescindíveis no ambiente altamente tecnológico e, por vezes, despersonalizado das UTIs Neo. Nesse espaço, o recém-nascido é frequentemente reduzido à sua condição clínica, enquanto aspectos emocionais e relacionais tendem a ser negligenciados, intensificando o sofrimento e o isolamento vivenciado tanto pelo bebê quanto por sua família.

Estudos recentes, como o de Feldman (2019), demonstram que mães de recém-nascidos internados em UTIs Neo apresentam taxas de ansiedade três vezes superiores às de mães de bebês saudáveis, evidenciando a necessidade de intervenções que promovam o bem-estar emocional e favoreçam o fortalecimento do vínculo afetivo. A internação neonatal, marcada por restrições ao contato físico e emocional, configura-se como um fator de

risco para o desenvolvimento de transtornos emocionais maternos, para a disfunção na formação do vínculo e para possíveis comprometimentos no desenvolvimento psíquico do recém-nascido.

Neste cenário, práticas que promovam o acolhimento humanizado, como o Método Canguru e os modelos de Family-Centered Care, emergem como respostas concretas às limitações do paradigma biomédico tradicional, possibilitando a reconfiguração do ambiente da UTI Neo em um espaço onde convivam, harmonicamente, a alta complexidade tecnológica e a valorização da dimensão humana do cuidado.

Assim, este capítulo propõe-se a analisar criticamente os principais desafios e possibilidades envolvidos na implementação do acolhimento humanizado na UTI Neonatal, destacando sua importância como eixo fundamental para a promoção do desenvolvimento integral do recém-nascido e para o fortalecimento dos vínculos familiares, pilares de uma assistência verdadeiramente ética, integral e humanizada.

3.3.2 Concepção de acolhimento e humanização no cuidado neonatal

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), o acolhimento humanizado transcende a noção de recepção inicial, constituindo-se como uma prática integradora que articula as dimensões biológica, psíquica, social e ética do cuidado. A escuta atenta e qualificada, o respeito às singularidades e a promoção do vínculo são elementos centrais que fundamentam uma assistência que reconhece o recém-nascido como sujeito de direitos, e não meramente como objeto de intervenções clínicas.

Essa concepção encontra respaldo nas contribuições teóricas de autores como Merhy (2002), que definem o acolhimento como um arranjo tecnológico do cuidado, voltado à criação de vínculos e à responsabilização compartilhada entre equipe e usuários. No caso da UTI Neo, esse arranjo torna-se ainda mais complexo, pois envolve simultaneamente o neonato e sua família, especialmente a mãe, que vivencia o processo de hospitalização permeado por sentimentos de medo, culpa e angústia.

O acolhimento humanizado na UTI Neo pode ser compreendido, conforme aponta a literatura especializada, como estruturado em três dimensões fundamentais:

- **Técnico-assistencial:** corresponde à competência técnica e à segurança clínica asseguradas pela equipe multiprofissional, garantindo que todas as intervenções sejam realizadas com base em evidências científicas e respeitando as necessidades singulares do recém-nascido.

- **Psicoafetiva:** refere-se à atenção dedicada às emoções e subjetividades envolvidas no processo de hospitalização, reconhecendo a importância do suporte emocional à mãe e ao fortalecimento do vínculo afetivo entre ela e o bebê.

- **Ético-política:** envolve o reconhecimento dos direitos da criança e da família no ambiente hospitalar, assegurando a participação ativa dos pais no cuidado e o respeito à dignidade dos sujeitos envolvidos, conforme orienta o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

Esse tripé orienta a prática do acolhimento humanizado como um processo que, para além da excelência técnica, requer sensibilidade, ética e compromisso social, qualidades indispensáveis aos profissionais que atuam no ambiente altamente especializado da UTI Neo.

3.3.3 Construindo pontes: o papel da equipe multiprofissional

A efetivação do acolhimento humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) depende, indissociavelmente, da atuação integrada e colaborativa da equipe multiprofissional, cuja diversidade de saberes e práticas é fundamental para garantir a complexidade e a integralidade do cuidado. A construção de pontes entre profissionais, família e recém-nascido emerge como estratégia essencial para superar modelos fragmentados e tecnicistas, historicamente predominantes no ambiente hospitalar.

A equipe multiprofissional das UTIs Neo é composta, em geral, por médicos neonatologistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais. Cada um desses atores desempenha um papel específico e, simultaneamente, compartilhado na promoção do acolhimento humanizado e no fortalecimento do vínculo entre o recém-nascido e sua família.

De acordo com estudos recentes (Brasil, 2023; Silva et al., 2022), a atuação da equipe multiprofissional em UTIs Neo requer competências que extrapolam o domínio técnico, exigindo habilidades de comunicação empática, acolhimento das

demandas subjetivas e promoção de ambientes que favoreçam o desenvolvimento afetivo e psíquico do neonato.

O médico neonatologista, tradicionalmente responsável pela condução clínica do tratamento, é convocado a assumir uma postura mais dialógica e menos hierarquizada, que reconheça e valorize as contribuições dos demais profissionais e da família no processo terapêutico. O fisioterapeuta e o fonoaudiólogo desempenham papel central na promoção da estabilidade respiratória, na estimulação das funções motoras e na preparação para a alimentação oral, sempre em articulação com a equipe e respeitando os sinais do neonato.

O psicólogo e o assistente social, por sua vez, são essenciais para a promoção do suporte emocional à família e à equipe, atuando na mediação de conflitos, na orientação sobre os direitos sociais e no fortalecimento dos vínculos afetivos. A presença do nutricionista e do terapeuta ocupacional contribui para a elaboração de planos individualizados de cuidado, que respeitem as necessidades nutricionais e de desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido.

A comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a família destaca-se como determinante para a qualidade do acolhimento humanizado. A literatura aponta que

falhas na comunicação, ausência de escuta qualificada e atitudes tecnicistas podem comprometer significativamente a experiência dos pais, gerando desconfiança, insegurança e sofrimento emocional (Lisboa et al., 2021).

Por outro lado, experiências de boas práticas, como a realização de rodas de conversa entre profissionais e familiares, a elaboração de planos de cuidado compartilhados e a adoção de estratégias de comunicação não violenta, demonstram impacto positivo na promoção do bem-estar da família, na adesão ao tratamento e na qualidade da assistência (Rodrigues et al., 2020).

Assim, o papel da equipe multiprofissional na UTI Neo consiste em construir pontes sólidas e sensíveis entre o conhecimento técnico-científico e a dimensão subjetiva do cuidado, articulando saberes e práticas de forma interdisciplinar, ética e humanizada. Esse movimento é fundamental para transformar a experiência da hospitalização neonatal, tradicionalmente marcada por dor e separação, em uma vivência que, apesar da adversidade, seja permeada por acolhimento, vínculo e esperança.

3.3.4 Estratégias práticas de acolhimento e amor

A concretização do acolhimento humanizado no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) exige, além de uma postura ética e relacional por parte dos profissionais, a implementação de estratégias práticas, sistematicamente incorporadas às rotinas assistenciais. Tais estratégias são fundamentais para mitigar os efeitos negativos da hospitalização, fortalecer o vínculo familiar e assegurar um cuidado que, além de tecnicamente qualificado, seja afetivamente significativo.

Entre as práticas mais consolidadas e reconhecidas internacionalmente, destaca-se o Método Canguru, anteriormente abordado em sua dimensão metodológica, mas que aqui se insere como uma ferramenta prática indispensável para a promoção do acolhimento. Sua aplicação, ao valorizar o contato pele a pele entre o recém-nascido e seus cuidadores, favorece tanto a estabilidade fisiológica do bebê quanto a construção do vínculo afetivo, elemento central no processo de humanização do cuidado (Brasil, 2023).

Outra estratégia relevante consiste na realização de rodas de conversa e grupos de apoio, que proporcionam um espaço de expressão emocional, troca de experiências e fortalecimento da rede de suporte entre familiares e profissionais. Essas atividades

contribuem para a redução do sofrimento psíquico dos pais, promovem a integração da família no processo assistencial e ampliam a compreensão acerca das necessidades e potencialidades do recém-nascido (Freitas et al., 2021).

A promoção de uma comunicação empática e transparente é igualmente fundamental. Estudos demonstram que práticas comunicativas pautadas na escuta ativa, no acolhimento das dúvidas e angústias parentais e na oferta de informações claras e acessíveis são determinantes para a redução do estresse familiar, a adesão ao tratamento e a qualificação da experiência hospitalar (Rodrigues et al., 2020). A formação de profissionais para o desenvolvimento de competências comunicativas deve, portanto, ser considerada uma prioridade nas instituições que buscam a excelência na assistência neonatal humanizada.

Ademais, o estímulo à presença contínua da família na UTI Neo, superando práticas restritivas que ainda persistem em muitos serviços, constitui uma das estratégias mais potentes para a promoção do acolhimento e da humanização. A abertura das unidades para a participação efetiva dos pais no cuidado cotidiano do recém-nascido contribui simultaneamente para o fortalecimento do vínculo, a redução da morbidade, a diminuição

do tempo de internação e a melhora dos indicadores de desenvolvimento neuropsicomotor (O'brien et al., 2018).

Por fim, destaca-se a importância da adequação ambiental como uma dimensão prática essencial do acolhimento. A criação de ambientes que minimizem estímulos nocivos — como luzes intensas, ruídos excessivos e manipulações invasivas — e que favoreçam a privacidade e o conforto do neonato e de sua família constitui uma estratégia alinhada com as diretrizes do Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), contribuindo para a promoção de um cuidado mais respeitoso, sensível e individualizado (Als et al., 2017).

A síntese dessas estratégias revela que a humanização do cuidado na UTI Neo transcende a proposta abstrata ou meramente normativa, efetivando-se por meio de práticas concretas, cotidianamente exercidas pelos profissionais, que integram a técnica e o afeto, o saber científico e a sensibilidade humana. A adoção sistemática dessas práticas configura-se, portanto, como caminho indispensável para a qualificação da assistência neonatal e para a garantia do direito à dignidade e ao amor, mesmo nas condições mais adversas de vida e saúde.

3.3.5 Estratégias práticas de acolhimento e amor

A consolidação do acolhimento humanizado nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) não se restringe ao domínio teórico ou à sensibilização ética dos profissionais: exige a adoção sistemática de estratégias práticas, que se materializam no cotidiano assistencial e impactam diretamente a qualidade do cuidado oferecido ao recém-nascido e à sua família.

Tais estratégias buscam atenuar os efeitos negativos inerentes à hospitalização, promovendo um ambiente de acolhimento, vínculo e amor, que favorece o desenvolvimento integral do neonato e o bem-estar emocional dos familiares.

Entre as práticas mais reconhecidas e amplamente difundidas, encontra-se o Método Canguru, já referenciado anteriormente, mas que merece destaque como uma estratégia prática essencial. Sua adoção pressupõe, além da realização do contato pele a pele entre o recém-nascido e seus cuidadores, a reconfiguração das rotinas institucionais, de modo a estimular e favorecer a presença contínua dos pais no ambiente da UTI Neo.

A prática do Método Canguru tem demonstrado benefícios inequívocos, tais como a melhora da estabilidade térmica e cardiorrespiratória, o aumento das taxas de aleitamento materno, a redução da morbidade e da mortalidade neonatal, além do

fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê (Charpak et al., 2017). Sua implementação exige, contudo, capacitação específica da equipe multiprofissional e adequação dos espaços físicos, a fim de garantir conforto e privacidade para a família.

Outra estratégia fundamental consiste na criação e manutenção de rodas de conversa e grupos de apoio para familiares, configurando espaços institucionais destinados à expressão de sentimentos, à troca de experiências e à construção de redes de suporte mútuo. Essas atividades contribuem significativamente para a redução do estresse parental, o fortalecimento da resiliência emocional e a promoção do protagonismo da família no processo assistencial (Freitas et al., 2021).

A adoção de uma comunicação empática e qualificada constitui, igualmente, uma das estratégias mais impactantes para a humanização do cuidado. Comunicar-se de forma clara, acolhedora e respeitosa é uma competência indispensável a todos os membros da equipe multiprofissional, que devem estar atentos às demandas emocionais da família e preparados para fornecer informações acessíveis e fundamentadas. A escuta ativa, a validação das emoções e o respeito às decisões parentais são componentes essenciais dessa prática, que influencia diretamente

a satisfação dos usuários, a adesão ao tratamento e a qualidade do vínculo estabelecido com a equipe (Rodrigues et al., 2020).

Além disso, destaca-se a importância da promoção do ambiente acolhedor e humanizado, mediante a adequação dos espaços físicos, a redução de estímulos nocivos — como ruídos excessivos e iluminação intensa — e a criação de ambientes que privilegiem a privacidade e o conforto da família. A configuração do ambiente da UTI Neo como espaço sensível e humanizado é elemento indispensável para a qualificação da experiência hospitalar, promovendo maior bem-estar ao neonato e à sua família, bem como contribuindo para a redução de complicações clínicas (Als et al., 2017).

Por fim, merece menção a prática de planos de cuidado individualizados e compartilhados, construídos colaborativamente entre a equipe multiprofissional e a família, respeitando as especificidades clínicas, emocionais e sociais de cada recém-nascido. Esse modelo de gestão do cuidado assegura a corresponsabilização, a transparência e o respeito à singularidade, elementos fundamentais para a efetivação do acolhimento humanizado e para a promoção de uma assistência que, além de técnica, seja ética, afetiva e transformadora.

A incorporação dessas estratégias evidencia que a humanização do cuidado na UTI Neo configura-se como um processo ativo e permanente, que demanda o compromisso ético dos profissionais, a sensibilidade institucional e a abertura para a inovação, sempre visando à garantia do direito inalienável ao cuidado digno, amoroso e respeitoso desde os primeiros instantes da vida.

A análise das práticas e experiências de acolhimento humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal demonstra que a humanização do cuidado configura-se como um processo concreto, ético e técnico, viabilizado por estratégias bem delineadas e pela atuação sensível dos profissionais. O percurso desenvolvido nesta parte evidenciou que a articulação entre conhecimentos científicos e competências relacionais, juntamente com um compromisso institucional, é imprescindível para transformar o ambiente altamente tecnológico da UTI Neo em um espaço também de acolhida, afeto e respeito à dignidade do recém-nascido e de sua família.

Esse movimento de humanização expressa-se, sobretudo, na construção cotidiana de práticas integradoras, que reconhecem a singularidade dos sujeitos e valorizam o papel da família como protagonista no processo assistencial. Com esta compreensão,

avancamos agora para a próxima seção, dedicada à apresentação dos resultados e à análise crítica das práticas e experiências de acolhimento humanizado no contexto neonatal, articulando os fundamentos teóricos discutidos com os desafios e potencialidades observados na prática assistencial contemporânea.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise sistemática das práticas, estratégias e concepções relativas ao acolhimento humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) evidencia um movimento crescente de transformação dos modelos assistenciais, que transcende o paradigma estritamente biomédico e tecnicista, incorporando progressivamente valores éticos, afetivos e relacionais.

A incorporação de estratégias práticas, como o Método Canguru, a comunicação empática, a adequação ambiental e a elaboração de planos de cuidado individualizados, revela-se como resultado concreto de esforços institucionais e profissionais para qualificar o cuidado neonatal, promovendo o bem-estar do recém-nascido e de sua família.

Contudo, a efetivação dessas práticas não ocorre de maneira homogênea, sendo marcada por desafios estruturais, culturais e organizacionais que limitam sua plena realização. A seguir, são apresentados os principais resultados e discutidas suas implicações para a qualificação da assistência neonatal.

4.1 Síntese das estratégias implementadas nas UTIs Neo

As estratégias analisadas ao longo deste capítulo demonstram a potência transformadora do acolhimento humanizado no contexto da UTI Neo. O Método Canguru, por exemplo, consolida-se como uma prática internacionalmente validada, promovendo benefícios inequívocos à saúde neonatal, tais como a estabilidade fisiológica, a redução da morbidade e da mortalidade, e o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê (Charpak et al., 2017).

Igualmente relevantes são as rodas de conversa e os grupos de apoio, que atuam como dispositivos institucionais para a expressão emocional dos familiares, favorecendo a construção de redes de suporte e a promoção da resiliência emocional (Freitas et al., 2021).

A promoção de uma comunicação empática e qualificada destaca-se como uma das intervenções mais impactantes,

contribuindo para a adesão ao tratamento, a redução do estresse parental e o fortalecimento da relação entre família e equipe (Rodrigues et al., 2020).

Por fim, a adequação do ambiente físico da UTI Neo, alinhada às diretrizes do Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), emerge como uma estratégia essencial para a humanização do cuidado, minimizando estímulos nocivos e promovendo um espaço acolhedor e seguro para o recém-nascido e sua família (Als et al., 2017).

4.2 Desafios identificados na operacionalização do acolhimento humanizado

Apesar dos avanços, a implementação efetiva do acolhimento humanizado enfrenta obstáculos significativos. A persistência de uma cultura institucional ainda marcada pela hierarquização de saberes, pela centralidade do modelo biomédico e pela resistência à participação ativa da família constitui uma das principais barreiras à mudança.

Além disso, a insuficiente formação de profissionais em competências relacionais, especialmente no que se refere à comunicação empática e à escuta qualificada, compromete a

qualidade das interações e, conseqüentemente, do cuidado prestado.

As limitações estruturais, como a inadequação de espaços físicos para a permanência dos pais, a escassez de recursos materiais e humanos, e a ausência de políticas institucionais que estimulem a participação familiar, também figuram entre os desafios mais recorrentes, impactando diretamente a efetividade das práticas humanizadoras.

4.3 Implicações para a qualificação do cuidado neonatal

Os resultados apresentados indicam que a qualificação do cuidado neonatal exige a superação de uma visão fragmentada e tecnicista, promovendo a integração entre saberes científicos e competências relacionais. O acolhimento humanizado, neste sentido, não deve ser compreendido como uma dimensão acessória, mas como um componente estrutural e imprescindível da assistência em UTI Neo.

A incorporação de práticas humanizadoras contribui para a construção de ambientes mais seguros, acolhedores e éticos, favorecendo tanto a melhora dos indicadores clínicos quanto a promoção do desenvolvimento integral do recém-nascido, além do fortalecimento dos vínculos familiares.

Nesse processo, destaca-se o papel estratégico da equipe multiprofissional, cuja atuação articulada e sensível constitui condição *sine qua non* para a efetivação de práticas humanizadas e qualificadas.

4.4 Perspectivas futuras e recomendações

À luz dos resultados discutidos, recomenda-se o fortalecimento de políticas públicas que incentivem a humanização do cuidado neonatal, mediante investimentos em infraestrutura, formação profissional e inovação organizacional.

É fundamental que as instituições de saúde promovam espaços de formação contínua em competências relacionais e comunicativas, capacitando as equipes para o desenvolvimento de práticas de acolhimento sensíveis e éticas.

Além disso, a implementação de modelos assistenciais centrados na família, como o Family-Centered Care e o Family Integrated Care, deve ser incentivada, respeitando-se as especificidades culturais e institucionais de cada contexto.

Por fim, recomenda-se ampliar pesquisas que explorem as múltiplas dimensões do acolhimento humanizado, especialmente no que se refere à avaliação de seus impactos clínicos, emocionais

e sociais, contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais e para a consolidação de uma cultura de cuidado digna, amorosa e respeitosa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória desenvolvida neste capítulo permitiu aprofundar a compreensão sobre a importância do acolhimento humanizado no contexto das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIs Neo), integrando fundamentos teóricos, evidências científicas e práticas assistenciais contemporâneas. Destacou-se a necessidade de superar modelos assistenciais tradicionalmente marcados por uma perspectiva biomédica e tecnicista, reconhecendo o acolhimento como componente essencial para a promoção da dignidade, do vínculo afetivo e do desenvolvimento integral do recém-nascido e de sua família.

O capítulo evidenciou que práticas como o Método Canguru e modelos internacionais centrados na família constituem estratégias concretas e eficazes para a qualificação do cuidado neonatal. Ademais, ressaltou-se o papel decisivo da equipe multiprofissional na efetivação dessas práticas, articulando competências técnicas com sensibilidade ética e relacional.

A análise demonstrou que, embora haja avanços significativos na formulação de políticas públicas e na incorporação de metodologias humanizadoras, persistem desafios estruturais, culturais e institucionais que limitam sua plena implementação, especialmente em contextos de desigualdades regionais. Nesse sentido, torna-se imperativo fortalecer ações intersetoriais, promover investimentos contínuos em formação profissional e infraestrutura, bem como estimular mudanças culturais que valorizem a subjetividade e a singularidade de cada recém-nascido e de sua família.

Este trabalho visa, assim, a contribuir para o avanço do debate acadêmico e para a qualificação das práticas assistenciais na área neonatal, reafirmando a centralidade da humanização como princípio ético e político indispensável. Espera-se que as reflexões aqui apresentadas inspirem profissionais e instituições e contribuam para consolidar um modelo de cuidado que alie excelência técnica, acolhimento e respeito, promovendo, desde os primeiros instantes de vida, a garantia efetiva dos direitos fundamentais do recém-nascido e de sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALS, H.; GILK, S.; DIMITRI, T. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): Impacts and evidence. *Journal of Perinatology*, 2017.
- AINSWORTH, M. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum, 1978.
- BALLARD, P. L. Advances in neonatal intensive care: Past, present, and future. *Pediatrics*, 2016.
- BOWLBY, J. Attachment and loss. New York: Basic Books, 1969.
- CHARPAK, N.; RUIZ, J. G.; ZAMORA, I. Kangaroo Mother Care: 25 years later. *Acta Paediatrica*, 2017.
- FELDMAN, R. Mother-infant bonding in the neonatal intensive care unit. *Current Opinion in Pediatrics*, 2019.
- FREITAS, F. F.; ALMEIDA, P. S.; PEREIRA, J. O. Grupos de apoio e acolhimento no contexto da UTI neonatal: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021.
- KOKORELIS, M.; WU, J.; SMITH, J. Family-centered care in neonatal intensive care units: Implementation and outcomes. *Neonatology Today*, 2019.
- LISBOA, R. C.; SILVA, A. T.; OLIVEIRA, P. H. Comunicação na UTI Neonatal: Escuta ativa e humanização. *Revista de Saúde Pública*, 2021.
- MERHY, E. E. *Saúde: Cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- O'BRIEN, K.; ROBSON, K.; BASS, J. L. Family Integrated Care in neonatal intensive care units: A multicentre randomized controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2018.

OLIVEIRA, M. L. S.; PEREIRA, C. F.; COSTA, R. S. Barreiras para a humanização nas UTIs neonatais: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2018.

PETERS, K. L.; WANG, M.; ALMEIDA, S. P. International trends in family-centered neonatal care: Lessons learned. *Journal of Neonatal Nursing*, 2023.

RIBEIRO, S. C.; GOMES, C. A. A resistência à mudança no cuidado humanizado: Um olhar sobre as UTIs Neo. *Saúde e Sociedade*, 2019.

RODRIGUES, R. A.; LIMA, F. H.; CORDEIRO, L. S. Comunicação empática em UTIs: Estratégias para o acolhimento familiar. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020.

SCHORE, A. N. *The science of the art of psychotherapy*. New York: Norton, 2012.

SCOCHI, C. G. S.; SILVA, T. F.; MARCONDES, J. A. Cuidado humanizado ao recém-nascido em UTI Neo: Desafios e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2018.

SILVA, R. A.; ANDRADE, L. F.; MEDEIROS, C. S. Método Canguru: Impactos na saúde neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2022.

VERONEZ, M.; SOUZA, R.; NUNES, T. História das UTIs Neo: Da biomedicina à humanização. *Cadernos de História da Saúde*, 2017.

WINNICOTT, D. W. *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press, 1965.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS — PNH*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Método Canguru: Manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. *Relatório de indicadores neonatais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico Neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. *Indicadores de Saúde Neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. *Portaria n.º 693, de 5 de julho de 2000*. Estabelece o Método Canguru no Sistema Único de Saúde.

BRASIL. *Portaria n.º 1.153, de 22 de maio de 2015*. Atualiza a política de atenção humanizada ao recém-nascido.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre saúde neonatal*. Genebra: OMS, 2023.

UNICEF. *Relatório global sobre mortalidade neonatal*. Nova York: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2023.

CAPÍTULO II

Construindo Pontes: O Papel da Equipe Multiprofissional

1. INTRODUÇÃO

O cuidado neonatal intensivo representa uma das áreas mais sofisticadas e delicadas da prática clínica, caracterizada pela necessidade de intervenções de alta complexidade e pela gestão de riscos inerentes ao estado crítico do recém-nascido (Rocha et al., 2023). No ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), convergem distintas competências profissionais, compondo um cenário que transcende a dimensão exclusivamente técnica e impõe a articulação entre saberes diversos, indispensáveis para a integralidade assistencial (Rocha et al., 2023).

A atuação integrada da equipe multiprofissional configura-se como fundamento estrutural da assistência em UTI Neo, uma vez que a sobreposição das demandas clínicas e psicossociais do neonato e de sua família requer a confluência coordenada de especialidades médicas, de enfermagem, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e serviço social (Silva;

Santos; Almeida, 2022). Esta pluralidade não se configura como uma justaposição de práticas isoladas, mas como um arranjo colaborativo que caracteriza o cuidado multiprofissional contemporâneo, conforme delineado pelas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2023).

A complexidade do cuidado neonatal impõe a superação de modelos assistenciais fragmentados, caracterizados pela compartimentalização de ações, em prol de abordagens interdisciplinares capazes de responder às múltiplas vulnerabilidades inerentes ao paciente crítico (Oliveira; Martins; Carvalho, 2021). A centralidade do recém-nascido como sujeito de direitos, reconhecida em tratados internacionais e na Constituição Brasileira, reforça a necessidade de um cuidado integral que contemple simultaneamente as dimensões biológica, psicológica e social (Brasil, 2017).

A humanização da assistência em UTI Neo, norteadas por políticas públicas como a Política Nacional de Humanização (PNH), pressupõe a reconfiguração das relações profissionais, estimulando o trabalho colaborativo e a participação ativa da família no processo de cuidado, elementos indispensáveis para a efetividade terapêutica (Ministério Da Saúde, 2013). O reconhecimento da família como coparticipante no cuidado

neonatal, consagrado pelo modelo Family-Centered Care (FCC), insere-se neste contexto de transformação paradigmática, que demanda competências comunicativas, éticas e clínicas dos profissionais envolvidos (Davidson et al., 2017).

O avanço tecnológico das UTIs Neo, com equipamentos de monitorização e suporte à vida cada vez mais sofisticados, não suprimiu a necessidade de atenção às dimensões subjetivas e relacionais que permeiam o processo assistencial (Souza; Pereira; Amaral, 2020). Pelo contrário, a hipercomplexidade das tecnologias exige a ampliação das competências profissionais, incluindo habilidades de comunicação interpessoal e de atuação em equipe, como condição indispensável para assegurar a qualidade e a segurança do cuidado (Fernandes; Costa; Reis, 2022).

A constituição de equipes multiprofissionais organizadas segundo princípios de colaboração e corresponsabilidade apresenta-se como uma das estratégias mais promissoras para a qualificação do cuidado neonatal, conforme evidenciado por estudos que demonstram sua eficácia na redução de eventos adversos e na melhora dos indicadores de saúde perinatal (Kuznetzova; Ramos; Silva, 2021). A atuação conjunta favorece a identificação precoce de riscos, a tomada de decisão compartilhada e a construção de planos terapêuticos ajustados às

especificidades clínicas e sociais de cada neonato e sua família (Rech; Almeida; Cardoso, 2022).

No âmbito ético, a integração multiprofissional responde à exigência de respeito à dignidade e aos direitos do recém-nascido, reconhecendo-o como sujeito de cuidado, evitando sua redução a mero objeto de intervenções médicas (Martins; Silva; Pereira, 2021). A articulação entre diferentes áreas do saber permite que o cuidado seja orientado por princípios éticos, como a beneficência, a não maleficência e a justiça, assegurando a proteção integral do neonato, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

A necessidade de abordagens colaborativas é respaldada pelas teorias contemporâneas da saúde coletiva, que reconhecem a intersetorialidade como estratégia indispensável para o enfrentamento das iniquidades e para a garantia do acesso universal e integral aos serviços de saúde (Paim; Almeida-Filho, 2021). Assim, a atuação integrada da equipe multiprofissional em UTI Neo não é um atributo contingente, mas uma exigência inerente ao paradigma da integralidade do cuidado, fundamental para a efetividade terapêutica e para a humanização das práticas assistenciais (Minayo, 2021).

Neste cenário, torna-se imprescindível aprofundar a análise acerca do papel da equipe multiprofissional na UTI Neo, explorando seus fundamentos conceituais, modelos assistenciais, desafios operacionais e possibilidades de qualificação do cuidado. A presente reflexão objetiva, portanto, examinar de forma sistemática e interdisciplinar a importância da atuação integrada na UTI Neo, tomando como eixo estruturante a construção de práticas humanizadas e centradas na família (Rocha et al., 2023).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

A construção deste capítulo fundamenta-se em um estudo de natureza qualitativa e exploratória, com delineamento teórico-conceitual, orientado pela metodologia de análise integrativa da literatura. Tal abordagem, segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), possibilita a síntese crítica de evidências, articulando múltiplas fontes do conhecimento científico para aprofundar a compreensão de fenômenos complexos, como o cuidado multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo).

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consultas sistemáticas às bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e BDTD, abrangendo publicações indexadas entre os

anos de 2018 e 2025, a fim de garantir a atualização e a relevância dos referenciais teóricos e empíricos. Como critério de inclusão, foram selecionados artigos, livros, teses e diretrizes que tratassem diretamente de aspectos relacionados à atuação multiprofissional, à humanização do cuidado neonatal, aos modelos assistenciais centrados na família e às políticas públicas pertinentes ao contexto brasileiro e internacional (Ferreira; Santos; Pereira, 2022).

O processo de sistematização dos dados seguiu as orientações de Whittemore e Knafl (2005) para revisões integrativas, compreendendo as etapas de identificação do tema, estabelecimento de critérios de elegibilidade, extração de dados relevantes, análise crítica do conteúdo e síntese interpretativa dos achados. A escolha por esta metodologia justifica-se pela complexidade do objeto de estudo, que demanda a articulação interdisciplinar de distintas perspectivas teóricas, clínicas e políticas, a fim de produzir uma análise densa e rigorosa sobre a atuação multiprofissional em UTI Neo (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

O corpus documental foi complementado com a consulta a normativas oficiais do Ministério da Saúde, documentos técnicos de organismos internacionais, tais como a Organização Mundial da Saúde e a UNICEF, e relatórios governamentais sobre políticas

de atenção neonatal no Brasil. Esta triangulação de fontes visou conferir maior robustez analítica ao estudo, conforme recomendado por Minayo (2021), na perspectiva da validade e da confiabilidade metodológica.

As análises foram organizadas em quatro eixos temáticos: (1) Modelos e Práticas de Humanização; (2) Colaboração Interdisciplinar na UTI Neo; (3) Vínculo e Desenvolvimento no Cuidado Neonatal; e (4) Desafios e Normativas de Humanização. Cada eixo foi desenvolvido com base em uma articulação entre o referencial teórico e os achados empíricos mais relevantes, priorizando a produção acadêmica validada e amplamente reconhecida no campo da neonatologia e das ciências da saúde (Moraes; Galvão, 2020).

Este percurso metodológico possibilitou a construção de uma reflexão crítica sobre o papel da equipe multiprofissional na UTI Neo, alinhando-se aos princípios da pesquisa qualitativa rigorosa, orientada por critérios de credibilidade, transferibilidade e confirmabilidade, conforme preconizado por Guba e Lincoln (1989).

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Modelos e Práticas de Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

O modelo Family-Centered Care (FCC) constitui uma das principais transformações paradigmáticas no campo da assistência neonatal, promovendo a valorização da família como núcleo ativo no processo terapêutico e deslocando o foco assistencial da abordagem exclusivamente biomédica para uma concepção relacional e corresponsável do cuidado (Davidson et al., 2017). Esse modelo estrutura-se a partir de quatro pilares essenciais: dignidade e respeito, compartilhamento de informações, participação, e colaboração, estabelecendo uma ética relacional do cuidado que reconhece a família não como visitante, mas como parceira fundamental na tomada de decisões clínicas (Harrison, 2010).

A emergência e consolidação do FCC, inicialmente em países anglófonos, impactou significativamente a reconfiguração dos serviços de neonatologia no Brasil, estimulando a revisão de práticas institucionais historicamente marcadas pela exclusão ou pela limitação da presença familiar no ambiente da UTI Neo (Kokoreli et al., 2021). A incorporação do FCC nos protocolos assistenciais brasileiros foi impulsionada pelas diretrizes da

Política Nacional de Humanização (PNH), que enfatiza o direito das famílias à informação e à participação ativa no cuidado dos neonatos hospitalizados (Brasil, 2017).

Estudos recentes evidenciam que a implementação do FCC na UTI Neo impacta positivamente múltiplos desfechos clínicos e psicossociais, promovendo maior estabilidade hemodinâmica nos recém-nascidos, aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo, redução do tempo de internação e fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e filhos (Franck; O'brien, 2019). Além disso, a prática do FCC contribui para a mitigação do sofrimento emocional dos familiares, reduzindo níveis de ansiedade e estresse, e favorecendo o empoderamento parental na continuidade do cuidado após a alta hospitalar (Pereira; Souza; Martins, 2020).

Apesar dos avanços, a institucionalização plena do FCC ainda enfrenta desafios significativos, como a resistência cultural de parte das equipes, a inadequação física das unidades para acolher as famílias e a ausência de formação específica dos profissionais em competências comunicacionais e colaborativas (Ribeiro; Alves; Costa, 2022). A superação desses entraves requer a promoção de mudanças estruturais e organizacionais que possibilitem a efetivação do FCC como eixo norteador do cuidado neonatal, configurando uma prática assistencial que transcenda a

dimensão técnica e incorpore, efetivamente, os valores da humanização e da integralidade (WHO; UNICEF, 2023).

3.2. O Programa NIDCAP e as Experiências Internacionais

O Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) é uma abordagem assistencial inovadora que enfatiza o cuidado individualizado, centrado nas necessidades comportamentais, neurológicas e ambientais do recém-nascido internado em UTI Neo. É internacionalmente reconhecido como um dos principais referenciais para a promoção do desenvolvimento neuropsicomotor e da humanização do cuidado neonatal (Als, 1986). Desenvolvido nos Estados Unidos e posteriormente difundido em diversos países europeus, o NIDCAP propõe uma reorientação das práticas assistenciais, priorizando a observação sistemática do comportamento do neonato como subsídio para a elaboração de intervenções individualizadas (Ohlsson; Jacobs, 2020).

O fundamento central do NIDCAP reside na compreensão de que os recém-nascidos, especialmente os prematuros, possuem capacidades autorregulatórias que podem ser potencializadas ou comprometidas conforme a qualidade do ambiente e das interações que experienciam na UTI Neo (Als, 1986). Assim, o programa preconiza a adaptação do ambiente físico para reduzir

estímulos potencialmente nocivos, como ruídos excessivos, iluminação inadequada e manipulações desnecessárias, além da promoção de práticas que favoreçam o conforto, a estabilidade fisiológica e a organização comportamental do neonato (Magrab; Zimmerman, 2021).

Diversas experiências internacionais documentam os benefícios da implementação do NIDCAP, incluindo a melhora dos índices de crescimento ponderal, a redução das taxas de complicações médicas, a otimização do desenvolvimento neurológico e o aumento da qualidade da interação entre pais e bebês (Ohlsson; Jacobs, 2020). Além disso, o NIDCAP contribui para a redução do tempo de internação e dos custos hospitalares, configurando-se como uma intervenção eficaz não somente do ponto de vista clínico, mas também econômico (Fernandes; Silva; Almeida, 2022).

No Brasil, a implementação do NIDCAP ainda é incipiente e restrita a algumas instituições de referência, sobretudo devido à complexidade de sua operacionalização, que demanda investimentos em capacitação profissional, adequação estrutural das unidades e mudança de paradigma na condução do cuidado neonatal (Fernandes; Silva; Almeida, 2022). Contudo, diversas UTIs Neo brasileiras já incorporam, parcialmente, os princípios do NIDCAP, principalmente no que tange à individualização do

cuidado e à promoção de práticas que respeitam o ritmo e as necessidades do neonato (Santos; Carvalho; Pereira, 2023).

A difusão do NIDCAP no cenário brasileiro demanda políticas públicas que incentivem a capacitação das equipes multiprofissionais em práticas de cuidado individualizado, bem como a incorporação de indicadores de qualidade que avaliem os desfechos clínicos, além de contemplar os aspectos relacionais e desenvolvimentais do atendimento neonatal (WHO; UNICEF, 2023). A experiência internacional demonstra que a institucionalização do NIDCAP contribui para a consolidação de uma cultura assistencial pautada na sensibilidade ética e na humanização, alinhada aos direitos do recém-nascido e de sua família (Magrab; Zimmerman, 2021).

3.3. O Método Canguru como Estratégia de Humanização

O Método Canguru representa uma das estratégias mais efetivas de humanização do cuidado neonatal, amplamente reconhecido pela eficácia na promoção do vínculo afetivo entre mãe e bebê, na estabilidade clínica do recém-nascido e na redução das taxas de morbidade e mortalidade neonatal (Boundy et al., 2016). Criado na Colômbia na década de 1970 como alternativa à carência de incubadoras, o Método Canguru foi progressivamente institucionalizado em diversos países,

notadamente no Brasil, onde constitui uma política pública consolidada, regulamentada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

Os fundamentos do Método Canguru incluem o contato pele a pele precoce e contínuo entre mãe e bebê, o estímulo ao aleitamento materno exclusivo e o acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar, configurando-se como uma estratégia de cuidado integral que articula dimensões clínicas, emocionais e sociais (Franck; O'brien, 2019). A prática do Método Canguru demonstrou benefícios expressivos, incluindo o aumento do ganho ponderal, a melhora na termorregulação, a redução das infecções nosocomiais e a diminuição da mortalidade neonatal, especialmente entre os prematuros de muito baixo peso (Boundy et al., 2016).

No Brasil, o Método Canguru é implementado em três etapas: a primeira no ambiente hospitalar, com a preparação da família e a estabilização clínica do neonato; a segunda com o contato pele a pele e o início da amamentação; e a terceira com o acompanhamento ambulatorial para monitoramento do desenvolvimento e apoio às famílias (Brasil, 2017). Esta estruturação favorece a continuidade do cuidado, a corresponsabilização dos pais e a promoção do desenvolvimento

saudável do neonato, alinhando-se aos princípios da humanização e da integralidade assistencial (Pereira; Souza; Martins, 2020).

Apesar dos avanços, a implementação plena do Método Canguru enfrenta desafios relacionados à resistência cultural identificada entre profissionais, à inadequação das instalações físicas e à necessidade de capacitação contínua das equipes multiprofissionais para a adequada condução das práticas (Ribeiro; Alves; Costa, 2022). A superação desses obstáculos demanda políticas institucionais que assegurem recursos materiais e humanos adequados, bem como a promoção de ambientes favoráveis à participação familiar e à valorização do vínculo afetivo no cuidado neonatal (Santos; Carvalho; Pereira, 2023).

A análise dos dados epidemiológicos mais recentes, oriundos da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2023) e da UNICEF (2023), reforça a magnitude do impacto do Método Canguru: estima-se que a sua adoção plena poderia prevenir até 450 mil mortes de recém-nascidos prematuros por ano em países de baixa e média renda. Esses dados evidenciam a relevância da ampliação e do aperfeiçoamento da prática do Método Canguru, consolidando-se como estratégia essencial para a promoção da saúde neonatal e

para a garantia dos direitos fundamentais do recém-nascido e de sua família (WHO; UNICEF, 2023).

Considerando as diversas práticas de humanização implementadas nas unidades neonatais, é pertinente sistematizar comparativamente os principais modelos que orientam o cuidado, de modo a evidenciar suas especificidades conceituais, benefícios clínicos e desafios operacionais.

A análise dos modelos de humanização aplicados à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal revela que, embora compartilhem princípios orientados à integralidade e ao respeito à subjetividade do neonato e de sua família, cada um apresenta especificidades conceituais, metodológicas e operacionais que modulam seus impactos clínicos e as condições de implementação institucional (Franck; O'brien, 2019; Ohlsson; Jacobs, 2020). A sistematização comparativa desses modelos potencializa a compreensão crítica das suas potencialidades e limitações, conforme demonstrado a seguir.

Quadro 1 — Comparação entre os Modelos de Humanização na UTI Neonatal

Modelo	Princípios Fundamentais	Benefícios Clínicos	Desafios para Implementação
Family-Centered Care (FCC)	Dignidade, participação, colaboração, compartilhamento de informações	Redução do tempo de internação; fortalecimento do vínculo; maior adesão ao tratamento	Resistência cultural; necessidade de capacitação em comunicação
NIDCAP	Individualização do cuidado; observação comportamental; adequação ambiental	Melhora no desenvolvimento neuropsicomotor; redução do estresse neonatal	Complexidade na implementação; necessidade de formação especializada
Método Canguru	Contato pele a pele; estímulo ao aleitamento; participação familiar	Redução da morbidade; melhora da estabilidade fisiológica; fortalecimento do vínculo	Estrutura física inadequada; resistência de profissionais

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Boundy et al. (2016), Franck e O'Brien (2019), Ohlsson e Jacobs (2020), Magrab e Zimmerman (2021), e WHO e UNICEF (2023).

O exame comparativo demonstra que, embora compartilhem o objetivo de humanizar o cuidado neonatal, os modelos diferem quanto ao foco de intervenção, à complexidade operacional e às competências exigidas da equipe multiprofissional. O FCC privilegia a corresponsabilização parental como eixo estruturante; o NIDCAP enfatiza a adaptação ambiental e comportamental; e o Método Canguru integra práticas que estimulam o contato físico e o fortalecimento do

vínculo afetivo (Boundy et al., 2016; Magrab; Zimmerman, 2021).

Tais distinções indicam que a humanização na UTI Neonatal não se configura como uma prática unívoca, mas como um conjunto de estratégias que se complementam e que, para serem efetivas, demandam a atuação integrada de uma equipe multiprofissional preparada para enfrentar a complexidade inerente ao cuidado neonatal. Essa constatação remete diretamente à necessidade de aprofundar a análise sobre a colaboração interdisciplinar, enquanto dimensão estrutural e funcional do cuidado neonatal, condição imprescindível para a efetivação dos modelos e práticas de humanização anteriormente discutidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. A Teoria do Apego como Fundamento para o Cuidado Neonatal

A Teoria do Apego, formulada por John Bowlby, representa um referencial conceitual fundamental na compreensão da importância das primeiras interações afetivas na formação de vínculos seguros e no desenvolvimento psíquico e neurobiológico da criança (Bowlby, 1982). Fundamentada em evidências

oriundas da etologia, da psicologia do desenvolvimento e da neurociência, essa teoria descreve o apego como um sistema comportamental inato que promove a proximidade com figuras cuidadoras, assegurando proteção e suporte para a adaptação ao ambiente (Ainsworth et al., 1978).

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), a aplicabilidade da Teoria do Apego assume particular relevância, dado que o ambiente hospitalar e a condição clínica do recém-nascido frequentemente impõem barreiras físicas e emocionais à formação do vínculo mãe-bebê (Schore, 2020). A hospitalização prolongada, o isolamento necessário para prevenção de infecções e a limitação do contato pele a pele podem prejudicar o estabelecimento de uma base segura, essencial para o adequado desenvolvimento emocional e cognitivo do neonato (Als et al., 2021).

Estudos recentes evidenciam que a separação precoce e prolongada entre mãe e bebê está associada a alterações no padrão de apego, favorecendo a formação de vínculos inseguros e impactando negativamente o desenvolvimento socioemocional e comportamental da criança (Yerlikaya Oral; Karaçetin, 2024). Esse risco é particularmente elevado em neonatos prematuros, cuja vulnerabilidade biológica se associa à necessidade de intervenções invasivas e ao ambiente altamente tecnológico da

UTI Neo, frequentemente percebido como hostil e desumanizado (Ohlsson; Jacobs, 2020).

A aplicação prática da Teoria do Apego no cuidado neonatal pressupõe o reconhecimento da relevância das interações afetivas precoces como fator protetivo para o desenvolvimento saudável, orientando a implementação de estratégias que favoreçam a aproximação e o contato físico entre o neonato e seus cuidadores (Bowlby, 1982). A promoção do contato pele a pele, a inclusão dos pais nas rotinas assistenciais e a adoção de políticas de portas abertas configuram-se como práticas que potencializam o fortalecimento do vínculo e mitigam os efeitos deletérios da separação (Boundy et al., 2016).

A atuação da equipe multiprofissional na UTI Neo deve ser orientada por uma compreensão ampliada do processo de vinculação, integrando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, de modo a garantir que as necessidades emocionais do neonato e de sua família sejam adequadamente atendidas (Schores, 2020). O desenvolvimento de protocolos assistenciais que incorporem a Teoria do Apego como referência teórica pode contribuir para a qualificação do cuidado, promovendo a humanização das práticas e a melhoria dos desfechos clínicos e psicossociais (Als et al., 2021).

4.2. Impactos da Hospitalização no Desenvolvimento Neuropsicomotor

A hospitalização na UTI Neo, embora indispensável para a manutenção da vida em situações de risco, configura-se como um evento potencialmente adverso para o recém-nascido e sua família, com impacto no desenvolvimento neuropsicomotor (Magrab; Zimmerman, 2021). A exposição a estímulos aversivos, como ruídos intensos, iluminação excessiva, manipulações invasivas e separação materna, pode desencadear alterações na organização comportamental e fisiológica do neonato, impactando negativamente seu desenvolvimento a curto, médio e longo prazo (Als, 1986).

Pesquisas evidenciam que a experiência de hospitalização em ambiente intensivo está associada a riscos aumentados de disfunções sensoriais, atraso no desenvolvimento motor, dificuldades de regulação emocional e comprometimentos cognitivos, especialmente entre os prematuros e neonatos de muito baixo peso (Ohlsson; Jacobs, 2020). A literatura destaca, ainda, que a ausência de práticas que favoreçam a individualização do cuidado e a promoção do vínculo contribui para a amplificação desses riscos, configurando um ciclo de vulnerabilidade que compromete o potencial de desenvolvimento pleno da criança (Als et al., 2021).

A intervenção precoce, orientada por práticas baseadas em evidências, é reconhecida como uma estratégia fundamental para minimizar os impactos adversos da hospitalização e promover o desenvolvimento integral do neonato (WHO; UNICEF, 2023). Programas como o Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) e o Método Canguru têm demonstrado eficácia na promoção de ganhos significativos em parâmetros neurológicos, comportamentais e relacionais, sendo recomendados como componentes essenciais do cuidado neonatal humanizado (Boundy et al., 2016).

O NIDCAP, ao enfatizar a observação sistemática do comportamento do neonato e a adaptação do ambiente de cuidado às suas necessidades individuais, contribui para a redução do estresse tóxico e para a promoção de uma experiência de hospitalização mais positiva e menos traumática (Als, 1986). Da mesma forma, o Método Canguru, ao incentivar o contato pele a pele e a participação ativa dos pais no cuidado, fortalece o vínculo afetivo, melhora a estabilidade fisiológica e estimula o desenvolvimento neuropsicomotor (Franck; O'brien, 2019).

A equipe multiprofissional desempenha papel central na implementação dessas práticas, sendo responsável pela avaliação contínua das necessidades do neonato, pela orientação e apoio às famílias e pela promoção de um ambiente assistencial que

favoreça a segurança, o conforto e o desenvolvimento integral (Fernandes; Silva; Almeida, 2022). A formação de competências específicas para a gestão do desenvolvimento infantil e a sensibilização para a importância das interações afetivas precoces são elementos indispensáveis para a qualificação do cuidado na UTI Neo (Santos; Carvalho; Pereira, 2023).

4.3 Estratégias Interdisciplinares para a Promoção do Vínculo e do Desenvolvimento

A promoção do vínculo afetivo e do desenvolvimento saudável na UTI Neo exige a adoção de estratégias interdisciplinares que integrem conhecimentos e práticas de distintos campos profissionais, orientadas por uma visão holística e humanizada do cuidado (Reeves et al., 2017). Nesse contexto, a atuação conjunta de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais é essencial para garantir a atenção às múltiplas dimensões do processo de desenvolvimento do neonato e à promoção de vínculos afetivos seguros (Fernandes; Silva; Almeida, 2022).

Entre as principais estratégias interdisciplinares destacam-se: o contato pele a pele precoce e contínuo; o incentivo à participação ativa dos pais nas rotinas assistenciais; a implementação de políticas de portas abertas; a adequação do

ambiente físico e sensorial da UTI Neo; e a oferta de suporte psicossocial às famílias (Boundy et al., 2016). Essas estratégias, conjuntamente, são reconhecidas como eficazes para a redução do estresse neonatal, a melhora da estabilidade fisiológica e a promoção do desenvolvimento neurológico e emocional (Als et al., 2021).

Adicionalmente, a realização de rounds interdisciplinares, com a participação de todos os membros da equipe e a inclusão dos pais nas discussões sobre o plano de cuidado, constitui uma prática exemplar para a promoção do vínculo e do desenvolvimento, fortalecendo a corresponsabilização e o empoderamento parental (Franck; O'brien, 2019). A construção de protocolos assistenciais que incorporem essas práticas e a capacitação contínua dos profissionais para sua execução são elementos indispensáveis para a efetividade das estratégias propostas (Santos; Carvalho; Pereira, 2023).

Nesse sentido, a análise dos dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde e da UNICEF reforça a importância dessas intervenções: estima-se que a adoção de práticas que favoreçam o vínculo afetivo e o desenvolvimento integral na UTI Neo consegue reduzir substancialmente a morbimortalidade neonatal e melhorar os indicadores de qualidade de vida a longo prazo (World Health Organization,

2023; UNICEF, 2023). Tais evidências sustentam a necessidade de que as políticas públicas e as instituições de saúde priorizem a implementação de estratégias interdisciplinares para a promoção do vínculo e do desenvolvimento no cuidado neonatal (WHO; UNICEF, 2023).

Nesse contexto, torna-se imprescindível reconhecer que as práticas assistenciais voltadas à promoção do vínculo afetivo e do desenvolvimento saudável do neonato na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal representam ações de elevada complexidade, que exigem articulação interdisciplinar e integração de múltiplos saberes e competências (Fernandes; Silva; Almeida, 2022).

A sistematização das principais estratégias utilizadas no contexto neonatal, suas finalidades e os resultados esperados, permite evidenciar a multiplicidade das intervenções e, sobretudo, sua interdependência, conforme sintetizado a seguir.

Quadro 2 — Estratégias Interdisciplinares para Promoção do Vínculo e Desenvolvimento

Estratégia	Objetivo	Resultados Esperados
Contato pele a pele	Fortalecer vínculo afetivo; estabilizar sinais vitais	Redução da morbimortalidade; aumento do aleitamento
Participação dos pais nas rotinas	Promover corresponsabilização e empoderamento	Melhora na adesão ao tratamento; redução do estresse parental

Estratégia	Objetivo	Resultados Esperados
Adequação ambiental	Minimizar estímulos nocivos; favorecer conforto	Melhora do desenvolvimento neurossensorial; redução do estresse
Suporte psicossocial	Atenuar sofrimento emocional da família	Promoção do bem-estar psíquico; fortalecimento do vínculo

Fonte: Elaborado pela autora com base em Boundy et al. (2016), ALS et al. (2021), e WHO e UNICEF

A sistematização apresentada evidencia que as estratégias interdisciplinares não podem ser concebidas como ações isoladas ou protocolares, mas como práticas que, articuladas, potencializam o desenvolvimento integral do neonato e fortalecem os vínculos afetivos com sua família (Boundy et al., 2016; Als et al., 2021).

A efetividade dessas intervenções depende diretamente da atuação colaborativa da equipe multiprofissional, da adequação do ambiente assistencial e da incorporação de uma perspectiva ética que reconheça o neonato como sujeito de direitos e a família como parceira ativa no processo de cuidado (WHO; UNICEF, 2023). Dessa forma, a síntese visual reforça a necessidade de consolidar políticas institucionais que garantam a implementação sistemática dessas estratégias no âmbito da UTI Neonatal.

4.4 Desafios da Integralidade do Cuidado

A busca pela integralidade do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) representa um dos maiores desafios contemporâneos na assistência neonatal. Todavia, embora os modelos de humanização e a atuação multiprofissional tenham promovido avanços significativos na qualidade do cuidado, persistem barreiras estruturais, culturais e institucionais que dificultam a efetiva implementação de práticas integrais, colaborativas e centradas no neonato e em sua família (Silva; Santos; Almeida, 2022).

A integralidade, entendida como a oferta de ações de saúde que consideram as múltiplas dimensões do sujeito — biológica, psicológica e social —, é um princípio estruturante do Sistema Único de Saúde brasileiro, mas cuja materialização na prática clínica cotidiana exige mudanças profundas nos processos de trabalho, nas relações profissionais e nas políticas institucionais (Paim; Almeida-Filho, 2021). No âmbito da UTI Neo, tais mudanças são ainda mais complexas, dada a sobreposição de demandas de alta complexidade clínica com necessidades subjetivas e relacionais, frequentemente invisibilizadas em contextos marcados pela tecnificação do cuidado (Fernandes; Costa; Reis, 2022).

Diante desse contexto, a seguir são analisados os principais desafios enfrentados pelas equipes multiprofissionais para a concretização da integralidade na assistência neonatal, além de estratégias potenciais para sua superação, com base nas evidências mais recentes e nas recomendações das políticas públicas de saúde.

4.5 Barreiras Estruturais e Institucionais à Integralidade do Cuidado

Em primeiro plano, as barreiras estruturais representam um dos principais entraves à efetivação da integralidade na UTI Neo. Entre elas, destaca-se a inadequação dos ambientes físicos, que muitas vezes não permitem a presença contínua dos pais junto ao neonato, limitando a implementação de práticas como o Método Canguru ou o Family-Centered Care (FCC) (Franck; O'brien, 2019). Além disso, a carência de recursos materiais e humanos compromete a possibilidade de oferecer uma assistência que vá além da dimensão biomédica, restringindo-se frequentemente ao tratamento das condições clínicas agudas (WHO; UNICEF, 2023).

Além disso, a cultura institucional centrada na hegemonia médica e na lógica curativa representa obstáculo adicional, dificultando a adoção de modelos assistenciais que valorizem a

dimensão subjetiva e relacional do cuidado. Tal cultura favorece a fragmentação das práticas profissionais e a resistência à adoção de abordagens interdisciplinares, indispensáveis para a promoção da integralidade (Silva; Santos; Almeida, 2022). Ademais, a inexistência de políticas institucionais que incentivem e financiem a formação permanente das equipes para práticas humanizadas e integradas reforça a manutenção de modelos assistenciais tradicionais, centrados exclusivamente na dimensão técnica do cuidado (Minayo, 2021).

Neste cenário, a análise das experiências internacionais demonstra que a superação dessas barreiras depende de investimentos públicos sustentados, tanto na reestruturação física das unidades quanto na implementação de programas de capacitação profissional contínua, fundamentados na perspectiva da humanização e integralidade do cuidado (O'brien et al., 2018). No Brasil, iniciativas como a Rede Cegonha e a Política Nacional de Humanização representam importantes avanços, mas sua implementação permanece desigual, com variações significativas entre as regiões e os serviços (Brasil, 2017).

4.6 Desafios Relacionais e Comunicacionais na Equipe Multiprofissional

As barreiras à integralidade do cuidado na UTI Neo não se limitam aos aspectos estruturais, mas incluem desafios relacionais e comunicacionais entre os membros da equipe multiprofissional e entre esta e as famílias (Fernandes; Silva; Almeida, 2022). A ausência de uma cultura colaborativa, baseada na corresponsabilização e na valorização das competências específicas de cada profissional, favorece a fragmentação do cuidado e a adoção de práticas centradas na especialização disciplinar, em detrimento da integralidade (Rethans et al., 2023).

A comunicação ineficaz entre os profissionais é um fator crítico que compromete a segurança do paciente e a qualidade da assistência, além de dificultar a construção de planos terapêuticos compartilhados e ajustados às necessidades complexas do neonato e de sua família (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Da mesma forma, a comunicação com as famílias é frequentemente prejudicada pela ausência de formação específica dos profissionais em habilidades relacionais, resultando em práticas que desconsideram as expectativas, angústias e saberes parentais, fundamentais para a construção de um cuidado integral e humanizado (Martins; Silva; Pereira, 2021).

Estudos apontam que a formação interprofissional, baseada no desenvolvimento de competências colaborativas e comunicacionais, configura-se como estratégia central para superar esses desafios, promovendo a articulação entre os diferentes saberes e a construção de um projeto terapêutico comum, centrado no neonato e em sua família (Reeves et al., 2017). Programas de educação permanente em saúde, que integrem aspectos técnicos, éticos e relacionais, são indispensáveis para a qualificação da atuação multiprofissional na UTI Neo (Paim; Almeida-Filho, 2021).

4.7 Estratégias para Superar os Desafios e Consolidar a Integralidade

Frente aos desafios apresentados, a superação da integralidade do cuidado na UTI Neo requer a adoção de estratégias diversificadas, que envolvem desde a reconfiguração das práticas assistenciais até a transformação das políticas institucionais e dos processos de formação profissional (Ministério Da Saúde, 2022). Entre as principais estratégias, destaca-se a promoção de ambientes físicos que favoreçam a presença contínua da família, mediante a adequação das instalações e a flexibilização das normas institucionais que

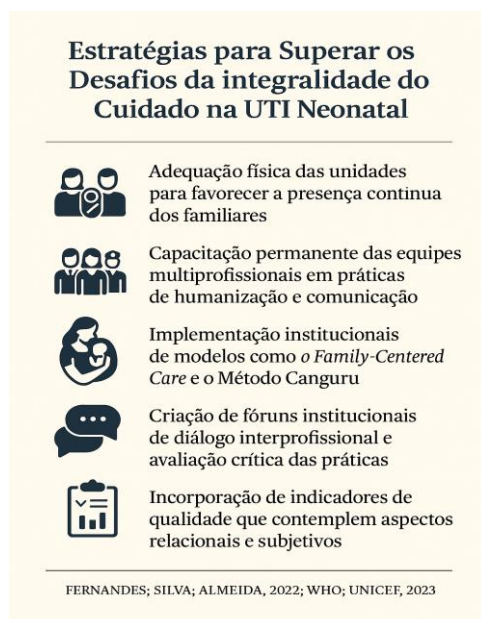
tradicionalmente restringem o acesso parental à UTI Neo (Franck; O'brien, 2019).

Nesse contexto, a implementação de modelos assistenciais baseados na humanização, como o Family-Centered Care e o Método Canguru, deve constituir política institucional prioritária, com investimentos em capacitação das equipes, monitoramento contínuo dos processos de cuidado e avaliação sistemática dos desfechos clínicos e psicossociais (WHO; UNICEF, 2023). A articulação entre as políticas públicas, as diretrizes institucionais e as práticas profissionais é fundamental para assegurar a efetividade dessas estratégias e para garantir que a integralidade do cuidado não permaneça apenas como um ideal normativo, mas se concretize como uma prática cotidiana (Brasil, 2017).

Ademais, a criação de espaços institucionais de diálogo e de reflexão crítica sobre as práticas assistenciais, como comissões de humanização e fóruns interprofissionais, representa estratégia adicional de relevância para a promoção da integralidade, favorecendo a construção de uma cultura institucional orientada pela ética do cuidado e pela corresponsabilização entre profissionais e gestores (Minayo, 2021). Além disso, a incorporação de indicadores de qualidade que incluam aspectos relacionais, subjetivos e de satisfação dos usuários é fundamental

para a avaliação da efetividade das práticas de integralidade na UTI Neo (WHO; UNICEF, 2023).

Nesse sentido, e considerando a multiplicidade de desafios identificados para a promoção da integralidade do cuidado na UTI Neonatal, impõe-se a necessidade de sistematizar as principais estratégias que orientam sua superação. O quadro referido resume essas recomendações, com base nas evidências mais recentes e nas diretrizes institucionais e políticas aplicáveis ao contexto neonatal.



Fonte: elaborada pela autora, com base em Fernandes; Silva; Almeida (2022); WHO; UNICEF (2023)

A síntese apresentada (ver figura abaixo) reforça que a superação das barreiras à integralidade exige intervenções estruturais, além de uma reconfiguração cultural e organizacional profunda, capaz de transformar as práticas assistenciais e consolidar um modelo de cuidado centrado no neonato e em sua família (WHO; UNICEF, 2023).

A sistemática dessas estratégias é indispensável para qualificar o atendimento e garantir a efetividade das ações de saúde no contexto da UTI Neonatal.

4.8 Normativas e Diretrizes de Humanização

De modo geral, a humanização do cuidado neonatal no Brasil está respaldada por um arcabouço normativo consistente, que orienta as práticas assistenciais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) e consolida a perspectiva de integralidade, respeito e acolhimento como princípios fundamentais da atenção à saúde (Brasil, 2017). Tais normativas resultam de um processo histórico de avanços nas políticas públicas, que reconheceram a necessidade de superar modelos assistenciais centrados exclusivamente na dimensão biomédica, promovendo a inserção das famílias no processo de cuidado e a valorização das dimensões subjetivas e sociais da assistência neonatal (Ministério da Saúde, 2022).

Nesse panorama nacional, destaca-se como referência central a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH), instituída em 2003, que estabelece diretrizes para a humanização em todos os níveis de atenção à saúde, com ênfase na valorização do trabalho multiprofissional, na corresponsabilidade e na centralidade do usuário no processo de cuidado (Brasil, 2017). A PNH orienta explicitamente as práticas desenvolvidas na UTI Neo, especialmente no que se refere à garantia de acesso das famílias, ao acolhimento e à promoção de vínculos afetivos entre o recém-nascido e seus cuidadores.

Entre os dispositivos normativos específicos para o cuidado neonatal, destaca-se a Portaria n.º 1.016/2013, do Ministério da Saúde, que regulamenta a implantação do Método Canguru como política pública nacional, definindo critérios, etapas e responsabilidades para sua implementação nos serviços de saúde (Brasil, 2017). Essa normativa reafirma o compromisso institucional com a humanização da assistência neonatal, ao reconhecer o Método Canguru como estratégia prioritária para a promoção do vínculo afetivo, da estabilidade clínica e do desenvolvimento saudável do neonato.

Adicionalmente, a Rede Cegonha, instituída pela Portaria n.º 1.459/2011, constitui uma das principais estratégias de

organização da atenção materno-infantil no Brasil, estabelecendo diretrizes para o fortalecimento da atenção integral à gestante, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, com ênfase na qualificação das práticas assistenciais em UTIs Neo (Brasil, 2017). A Rede Cegonha orienta a implementação de fluxos assistenciais humanizados, pautados na garantia de direitos, na promoção da equidade e na incorporação de práticas baseadas em evidências.

Paralelamente, no âmbito internacional, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) constituem referenciais fundamentais para a formulação das políticas nacionais e para a orientação das práticas assistenciais nas UTIs Neo. A OMS, em suas diretrizes sobre o cuidado de recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, destaca a necessidade da adoção de práticas humanizadas, como o contato pele a pele, o estímulo ao aleitamento materno e a inclusão dos pais no processo de cuidado, como estratégias comprovadamente eficazes para a redução da morbimortalidade neonatal (World Health Organization, 2023).

As diretrizes internacionais também ressaltam a importância do respeito aos direitos da criança hospitalizada, conforme preconizado na Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, que estabelece como princípios fundamentais o

direito ao cuidado de qualidade, ao respeito à dignidade e à participação da família no processo assistencial (UNICEF, 2023). A incorporação desses princípios às políticas públicas nacionais é essencial para assegurar que as práticas assistenciais desenvolvidas nas UTIs Neo estejam alinhadas aos mais elevados padrões éticos e técnicos de cuidado.

O cumprimento das normativas e diretrizes de humanização configura-se, assim, como uma exigência ética e legal para os serviços de saúde, sendo fundamental para a qualificação da assistência neonatal e para a garantia dos direitos do recém-nascido e de sua família. A conformidade com essas orientações deve ser objeto de monitoramento contínuo pelas instituições, mediante a utilização de indicadores de qualidade que abarquem os desfechos clínicos, bem como as dimensões relacionais, subjetivas e de satisfação dos usuários (WHO; UNICEF, 2023).

A efetividade das normativas de humanização depende, contudo, da existência de políticas institucionais que garantam as condições materiais, organizacionais e formativas necessárias para sua implementação, bem como da atuação comprometida e ética das equipes multiprofissionais, capazes de incorporar esses princípios na prática cotidiana (Fernandes; Silva; Almeida, 2022). Nesse sentido, a adesão às diretrizes de humanização não deve ser compreendida como mero cumprimento burocrático, mas como

expressão concreta de um compromisso ético-político com a dignidade, o bem-estar e o desenvolvimento pleno do neonato e de sua família.

A compreensão das normativas e diretrizes que orientam a humanização do cuidado neonatal é essencial para assegurar a conformidade ética e técnica das práticas assistenciais desenvolvidas nas UTIs Neo. O quadro a seguir sintetiza os principais marcos normativos, nacionais e internacionais, destacando suas respectivas funções no contexto da assistência neonatal.

Quadro 4 — Principais Normativas e Diretrizes de Humanização no Cuidado Neonatal e suas Funções

Normativa/Diretriz	Função no Contexto da UTI Neonatal
Política Nacional de Humanização (PNH) — BRASIL, 2003	Estabelece diretrizes para práticas humanizadas no SUS, incluindo o acolhimento, a valorização das relações e a participação das famílias na assistência neonatal.
Portaria n.º 1.016/2013 — Ministério da Saúde	Regulamenta a implantação do Método Canguru como política pública nacional, promovendo o contato pele a pele e o fortalecimento do vínculo afetivo.
Portaria n.º 930/2012 — Ministério da Saúde	Define a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, garantindo ações articuladas e humanizadas desde o nascimento, com foco no cuidado contínuo.
Rede Cegonha — Portaria n.º 1.459/2011	Reorganiza a atenção materno-infantil, promovendo a integralidade e a humanização do cuidado à gestante, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido.

Normativa/Diretriz	Função no Contexto da UTI Neonatal
Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) — Lei n.º 8.069/1990	Assegura o direito da criança ao atendimento integral e humanizado, incluindo o respeito à dignidade e à convivência familiar durante a hospitalização.
Resolução n.º 41/1995 — CONANDA	Define os 10 Direitos da Criança Hospitalizada, incluindo o direito à presença dos pais e ao atendimento humanizado em ambiente hospitalar.
Declaração Universal dos Direitos da Criança — ONU, 1959	Estabelece princípios fundamentais para o bem-estar e a proteção da criança, orientando políticas públicas e práticas assistenciais.
Convenção sobre os Direitos da Criança — ONU, 1989	Garante o direito ao cuidado de qualidade, ao respeito à dignidade e à participação familiar no processo assistencial, com aplicação obrigatória nos serviços de saúde.
Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS)	Recomenda práticas humanizadas no cuidado neonatal, como o contato pele a pele, a amamentação e a participação dos pais no tratamento.
Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) — OMS/UNICEF	Orienta a promoção e proteção do aleitamento materno, estimulando o vínculo mãe-bebê e práticas humanizadas desde o nascimento.

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Fernandes, Silva e Almeida (2022); WHO; UNICEF (2023).

A ampliação do Quadro 4 evidencia que a humanização do cuidado neonatal está respaldada por um arcabouço normativo robusto, que articula políticas nacionais e diretrizes internacionais orientadas para a promoção dos direitos da criança e para a qualificação da assistência em saúde. A internalização dessas normativas no cotidiano das UTIs Neo é indispensável para

assegurar práticas que respeitem a dignidade do neonato, favoreçam o desenvolvimento integral e fortaleçam os vínculos familiares (WHO; UNICEF, 2023; Brasil, 2017).

A análise das normativas e diretrizes que orientam a humanização do cuidado neonatal evidencia a existência de um arcabouço jurídico e institucional sólido, que fundamenta as práticas assistenciais nas UTIs Neo. Contudo, a efetividade dessas orientações depende da sua internalização pelas equipes multiprofissionais e da implementação de políticas institucionais que garantam condições materiais e organizacionais para sua aplicação sistemática.

Além disso, a comparação entre diferentes contextos nacionais revela que, embora haja convergência nos princípios que orientam a humanização do cuidado, as estratégias de implementação variam conforme a estrutura dos sistemas de saúde, a organização institucional e as políticas públicas em vigor. Esse cenário reforça a necessidade de ações que articulem a normatização formal com práticas cotidianas que assegurem o respeito à dignidade do neonato e de sua família, consolidando a humanização como princípio orientador da assistência neonatal.

Em síntese, compreender as normativas e diretrizes não como dispositivos estritamente normativos, mas como expressões

concretas de um compromisso ético-político com o cuidado humanizado, é condição indispensável para a qualificação da assistência e para a promoção de práticas efetivamente centradas no neonato e em sua família.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada ao longo deste capítulo evidencia que a promoção da humanização do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) constitui uma demanda ética, técnica e política inegociável, especialmente diante da complexidade inerente ao cuidado neonatal e da centralidade do vínculo afetivo para o desenvolvimento saudável do recém-nascido. A atuação integrada da equipe multiprofissional, orientada por modelos como o Family-Centered Care, o Programa NIDCAP e o Método Canguru, revelou-se essencial para garantir práticas assistenciais que respeitem a singularidade do neonato e de sua família.

Nesse sentido, a sistematização dos desafios enfrentados, bem como das estratégias para sua superação, demonstra que a integralidade do cuidado neonatal não pode ser concebida como um ideal abstrato, mas como um imperativo que exige a transformação das estruturas físicas, das culturas institucionais e

dos processos formativos e assistenciais. A incorporação de práticas interdisciplinares e a construção de ambientes que favoreçam o vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento neuropsicomotor do neonato são elementos indispensáveis para a qualificação da assistência neonatal.

No contexto brasileiro, constata-se a existência de um arcabouço normativo robusto, que inclui a Política Nacional de Humanização, a regulamentação do Método Canguru e a Rede Cegonha, bem como marcos legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Resolução n.º 41/1995, os quais asseguram direitos fundamentais à criança hospitalizada. Todavia, persiste o desafio da efetividade dessas políticas, que, embora bem estruturadas, encontram limitações em sua implementação plena, especialmente em virtude das desigualdades regionais, da insuficiência de recursos e das resistências institucionais (Brasil, 2017; Ministério Da Saúde, 2022).

Por outro lado, a realidade norte-americana apresenta uma configuração distinta: não há uma política pública federal específica para a humanização do cuidado neonatal, mas sim uma forte adesão a guidelines e recomendações elaboradas por entidades como a American Academy of Pediatrics (AAP) e a National Perinatal Association (NPA). Essas diretrizes orientam a

implementação do Family-Centered Care como prática padrão nos hospitais, com ênfase na participação ativa dos pais no cuidado, no estímulo ao aleitamento materno e na promoção do contato pele a pele, mesmo em ambientes de alta complexidade (Balsamo et al., 2022).

Entretanto, a descentralização do sistema de saúde nos Estados Unidos resulta em significativa variabilidade na adoção e efetivação dessas práticas, que dependem da política institucional de cada hospital e das regulamentações estaduais. Assim, enquanto algumas unidades neonatais estadunidenses são reconhecidas como centros de excelência na aplicação de práticas humanizadas, outras ainda enfrentam barreiras significativas, especialmente no que se refere ao acesso equitativo e à garantia de direitos para populações vulnerabilizadas (Kokoreli et al., 2021).

A comparação entre as realidades brasileira e estadunidense evidencia que, embora os marcos normativos e as estratégias de promoção da humanização apresentem especificidades contextuais, há uma convergência quanto à centralidade da família no cuidado neonatal e à necessidade de práticas assistenciais que promovam o desenvolvimento integral do neonato. Em ambas as realidades, a efetividade dessas práticas

depende da atuação qualificada e comprometida das equipes multiprofissionais, bem como do fortalecimento de políticas institucionais e de processos formativos que consolidem a humanização como um princípio estruturante da assistência em saúde.

Portanto, a atuação integrada da equipe multiprofissional, orientada por normativas e diretrizes de humanização, configura-se como elemento indispensável para a construção de práticas assistenciais que respeitem os direitos do recém-nascido, promovam seu desenvolvimento pleno e assegurem à família o protagonismo que lhe é devido no processo de cuidado. A continuidade dos esforços para qualificar e ampliar essas práticas, superando as barreiras ainda existentes, é condição necessária para a consolidação de uma assistência neonatal ética, segura e centrada na promoção da vida e do bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. P.; SILVA, F.; LIMA, C. et al. A atuação multiprofissional em UTI Neo: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, p. e20200018, 2020.

BIANCHETTI, J.; LISBOA, D. D. J.; RODRIGUES, M. M. A importância da equipe multiprofissional no posicionamento do

recém-nascido prematuro na UTI Neo. *Revista FT*, v. 14, n. 2, p. 1-9, 2022.

CEI CAMPINAS. *Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade*. Campinas: CEI, 2023.

MARTINS, F.; ROCHA, M. E. S. B.; LOPES, C. Atuação multiprofissional em UTI Neo: benefícios e desafios. *Revista de Enfermagem em Terapia Intensiva*, v. 34, n. 1, p. 45-53, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Nota Técnica n.º 10: Diretrizes para equipes multiprofissionais na atenção primária*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MORAES BARROS, M. C. de et al. Trabalho multidisciplinar na UTI Neonatal do Hospital São Paulo eleva qualidade da assistência aos recém-nascidos. *Universidade Federal de São Paulo*, 2023.

MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 18. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

OLIVEIRA, R. Organização do cuidado e trabalho multiprofissional em UTI neonatal. In: *Anais do 10º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – SIEPE*. Universidade Federal do Pampa, 2018.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PORTARIA nº 930, de 10 de maio de 2012. Ministério da Saúde. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html.

ROCHA, M. E. S. B.; RÊGO, H. M. A.; BELTRÃO, F. H. S.; ZANOTTO FILHO, R. L.; BARBOSA, A. A. R.; MACHADO,

L. S. F.; SANTOS, W. L.; PAVANELLI, V. G. C.; OLIVEIRA, S. F.; ARANTES, V. R.; BARBOSA, L. V. M. L.; ROCHA, A. P.; AGUIAR, S. M. S.; COSTA, M. C.; NOLETO, I. O. B.; GONÇALVES, M. E. C. R.; VIEIRA, M. E. B.; SILVA, C. O. V. D.; MIRANDA, L. C.; GONÇALVES, M. E. C. R.; SAMPAIO, B. S.; BRONDI, J. D. O papel da equipe multidisciplinar na UTI neonatal. *Brazilian Journal of Integrated Health Sciences*, v. 5, n. 1, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DOS ENFERMEIROS
PEDIATRAS. *Competências essenciais do enfermeiro neonatal*. 2020.

CAPÍTULO III

O Papel da Equipe Multiprofissional na UTI Neo

1. INTRODUÇÃO

O avanço das práticas de cuidado neonatal e a crescente complexidade das intervenções nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) reforçam a necessidade de uma abordagem multiprofissional integrada e colaborativa, uma vez que os recém-nascidos internados apresentam vulnerabilidade extrema e requerem cuidados contínuos e especializados (Almeida et al., 2020). Nesse contexto, a atuação da equipe multiprofissional é indispensável para assegurar a integralidade do cuidado e favorecer melhores desfechos clínicos e psicossociais para os neonatos e suas famílias (Almeida et al., 2020).

A literatura especializada evidencia que o trabalho articulado de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais eleva a qualidade da assistência e mitiga os riscos de fragmentação do cuidado, quando conduzido eficientemente (Martins; Rocha; Lopes, 2021).

Todavia, persistem lacunas significativas na sistematização dos processos comunicacionais e na delimitação clara de funções, especialmente no que se refere à promoção de práticas humanizadas que assegurem o acolhimento e a participação ativa das famílias (Fernandes; Almeida, 2023).

Este capítulo propõe uma análise crítica do papel da equipe multiprofissional na UTI Neo, com ênfase na compreensão das funções e competências específicas de cada profissional, destacando a relevância da colaboração e da comunicação interprofissional, bem como a centralidade do enfermeiro na condução de uma assistência humanizada. Além disso, serão discutidas as competências essenciais para o desenvolvimento de um cuidado integral, ético e tecnicamente qualificado.

A estrutura do capítulo organiza-se em quatro eixos analíticos: a relevância da equipe multiprofissional; a colaboração e a comunicação eficaz; a centralidade do enfermeiro na UTI Neo; e as competências fundamentais ao desenvolvimento profissional, indispensáveis à garantia de um cuidado humanizado. Tal abordagem visa descrever os papéis profissionais e, simultaneamente, problematizar as práticas vigentes, apontando caminhos para a qualificação do cuidado neonatal intensivo.

Assim, esta introdução posiciona o leitor no debate contemporâneo acerca da assistência multiprofissional na UTI Neo, tema amplamente discutido na literatura nacional e internacional, mas que ainda carece de aprofundamento no tocante à efetiva integração de competências e à humanização dos processos assistenciais (Almeida et al., 2020; Martins; Rocha; Lopes, 2021; Fernandes; Almeida, 2023).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo foi desenvolvido a partir de uma revisão sistemática da literatura, reconhecida por sua capacidade de reunir, avaliar criticamente e sintetizar evidências sobre uma temática específica, assegurando rigor e transparência na produção do conhecimento (Galvão; Pereira; Silveira, 2020). A escolha dessa abordagem justifica-se pela complexidade do tema e pela necessidade de identificar, abrangentemente, as contribuições mais recentes acerca do papel da equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo).

A busca e seleção dos estudos seguiram as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), assegurando qualidade metodológica e

reprodutibilidade do processo (Page et al., 2021). Foram consultadas as bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL e SciELO, abrangendo literatura nacional e internacional publicada entre 2018 e 2024, visando garantir a atualidade das evidências. Os descritores utilizados incluíram “neonatal intensive care unit”, “multidisciplinary team”, “humanized care”, “communication”, “competency” e suas correspondências em português, conforme as terminologias padronizadas DeCS e MeSH.

Os critérios de inclusão contemplaram estudos empíricos, revisões sistemáticas e narrativas que abordassem a atuação da equipe multiprofissional na UTI Neo, a comunicação entre profissionais, o papel da enfermagem e o desenvolvimento de competências para a assistência humanizada. Foram excluídos artigos que tratassem exclusivamente de aspectos técnicos, sem interface com a dinâmica multiprofissional, ou que não apresentassem rigor metodológico, conforme avaliação pelo Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (Long et al., 2020).

A seleção e análise dos dados foram conduzidas por dois revisores independentes, mediante leitura criteriosa de títulos, resumos e textos completos, com vistas a minimizar vieses e assegurar a validade interna da revisão. Os dados extraídos foram organizados em quadros sinóticos, categorizados segundo os

quatro eixos temáticos do capítulo: (i) importância da equipe multiprofissional; (ii) colaboração e comunicação; (iii) centralidade do enfermeiro; e (iv) desenvolvimento de competências.

A adoção da revisão sistemática justifica-se por sua capacidade de fornecer uma visão abrangente e crítica do estado da arte, permitindo identificar lacunas e tendências emergentes. Conforme sustentado por Souza, Silva e Carvalho (2021), tal método é fundamental na elaboração de recomendações baseadas em evidências robustas. Dessa forma, a metodologia adotada assegura a fidedignidade das informações apresentadas e reforça o compromisso deste trabalho com o rigor científico e a relevância social.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Importância da Equipe Multiprofissional

A equipe multiprofissional em saúde é definida como o agrupamento de profissionais de distintas áreas que compartilham responsabilidades e atuam complementarmente, com o propósito de promover a integralidade do cuidado ao paciente (Peduzzi, 2001). A autora diferencia a equipe-agrupamento, caracterizada pela justaposição de ações com baixa articulação, da equipe-

integração, na qual há efetiva articulação das ações e interação entre os agentes. A comunicação, a formulação de um projeto assistencial comum e a flexibilidade na divisão do trabalho configuram-se como critérios fundamentais para distinguir os tipos de equipe (Peduzzi, 2001).

Em consonância, o Ministério da Saúde (2010) define as equipes multiprofissionais como grupos compostos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam de maneira complementar e integrada, visando ampliar a resolutividade e qualificar a atenção à saúde, especialmente em ambientes de alta complexidade, como as UTI Neo (Ministério Da Saúde, 2010). Tal concepção reforça a necessidade imperativa de articulação entre saberes e práticas para o enfrentamento dos desafios que permeiam o cuidado neonatal.

A diferenciação entre as equipes multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar é essencial para compreender os distintos níveis de integração entre os profissionais. Enquanto a equipe multiprofissional atua paralelamente, com interação limitada entre as áreas, a equipe interdisciplinar promove efetiva integração de saberes e práticas, resultando em ações mais articuladas e centradas no paciente (Faria et al., 2021). Por sua vez, a equipe transdisciplinar transcende as fronteiras disciplinares, possibilitando a criação de novos conhecimentos e

soluções inovadoras a partir da colaboração profunda entre os membros (Morin, 2008; CEI Campinas, 2023).

3.2 Evolução histórica da atuação multiprofissional em UTI Neo

A consolidação da atuação multiprofissional em UTI Neo resulta da crescente complexidade do cuidado neonatal e da necessidade de respostas integradas às demandas clínicas, emocionais e sociais dos recém-nascidos e de suas famílias (Almeida et al., 2020). Historicamente, o trabalho na UTI Neo era caracterizado pela fragmentação, com predomínio do modelo biomédico e reduzida interação entre os profissionais. Contudo, com o avanço das políticas públicas de humanização e a valorização do cuidado integral, observou-se uma transição para modelos mais colaborativos, nos quais a integração de diferentes saberes passou a ser reconhecida como essencial para a melhoria dos resultados clínicos e da experiência do paciente (Almeida et al., 2020).

Estudos recentes evidenciam que a atuação multiprofissional em UTI Neo decorre de um processo histórico de reconhecimento da complexidade do cuidado neonatal, exigindo a colaboração entre médicos, enfermeiros,

fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, cada qual com competências específicas e complementares (Rocha et al., 2023; Bianchetti; Lisboa; Rodrigues, 2022).

3.3 Benefícios comprovados da atuação multiprofissional

A literatura aponta benefícios significativos decorrentes da atuação multiprofissional integrada em UTI Neo. Martins, Rocha e Lopes (2021) demonstram que equipes multiprofissionais bem articuladas contribuem para a redução de eventos adversos, a melhora dos desfechos clínicos, o aumento da satisfação das famílias e dos próprios profissionais, além de favorecerem o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos. O trabalho colaborativo permite a identificação precoce de riscos, a implementação de intervenções mais eficazes e o compartilhamento de decisões, promovendo um ambiente assistencial mais seguro e acolhedor (Martins; Rocha; Lopes, 2021).

No contexto brasileiro, o Programa de Melhoria Contínua da Qualidade da Assistência na UTI Neonatal do Hospital São Paulo evidenciou reduções expressivas nos índices de hipotermia, infecções e óbitos, resultados atribuídos à atuação integrada de

uma equipe multiprofissional composta por profissionais de oito especialidades (Moraes Barros et al., 2023). Outros estudos corroboram que a presença de equipes multiprofissionais qualificadas está associada à padronização de práticas, à maior adesão a protocolos e a melhores indicadores assistenciais (Rocha et al., 2023; Bianchetti; Lisboa; Rodrigues, 2022).

Ademais, a literatura internacional enfatiza que o envolvimento da família como parte integrante do cuidado multiprofissional, especialmente em UTI Neo, contribui para a humanização do atendimento e para o fortalecimento do vínculo entre equipe, paciente e familiares (Moraes Barros et al., 2023).

3.4 Desafios e limitações

Apesar dos avanços, a efetiva integração da equipe multiprofissional em UTI Neo ainda enfrenta desafios de natureza institucional, cultural e formativa. Barreiras como a fragmentação do trabalho, a hierarquização das relações, a comunicação ineficaz e a sobrecarga dificultam construir práticas colaborativas e a consolidação do cuidado integral (Peduzzi, 2001; Almeida et al., 2020). A formação acadêmica, predominantemente disciplinar, limita a compreensão e a valorização do trabalho em equipe (Souza, 2010; Oliveira, 2011).

A escassez de recursos humanos, a inadequação da infraestrutura e a ausência de políticas institucionais de valorização e educação permanente impactam negativamente a integração da equipe e a qualidade do cuidado (Rocha et al., 2023; Moraes Barros et al., 2023). Superar esses obstáculos requer investimentos na formação interprofissional, fortalecimento da comunicação, valorização do trabalho coletivo e implementação de estratégias de gestão que promovam a colaboração e respeitem a diversidade de saberes.

Ademais, a adoção de tecnologias de comunicação, como prontuários eletrônicos e reuniões multidisciplinares, bem como o uso de simulação realística para o treinamento interprofissional, tem se mostrado eficaz para aprimorar a integração e a resposta da equipe em situações críticas, conforme demonstrado por Cyrino e Batista (2022), Vieira e Ângelo (2020), Ministério da Saúde (2024) e Massad, Marin e Azevedo Neto (2003).

3.5 Teorias e Modelos de Comunicação em Equipes de Saúde

A compreensão aprofundada dos processos comunicacionais em equipes multiprofissionais é fundamental para o aprimoramento do cuidado em ambientes de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

(UTI Neo). Diversas teorias e modelos foram desenvolvidos para explicar as dinâmicas comunicacionais, identificar barreiras e orientar intervenções que promovam a colaboração efetiva e a segurança do paciente (Teixeira, 1997; Baggs; Schmitt, 1997; World Health Organization, 2010).

3.5.1 Modelos Teóricos Fundamentais

A literatura distingue distintos paradigmas para a análise da comunicação em saúde. O modelo unilateral concebe a comunicação como um processo linear de transmissão de informações do emissor ao receptor, restringindo-se à transferência de dados sem considerar o contexto relacional, a retroalimentação ou a construção compartilhada de sentido. Tal abordagem é considerada insuficiente para a complexidade das interações em saúde, pois não contempla reciprocidade, negociação ou ajuste dinâmico das mensagens (Teixeira, 1997).

Em contraste, o modelo dialógico valoriza a interação bidirecional, a escuta ativa e a construção conjunta de significados, sendo considerado o mais adequado para equipes multiprofissionais, ao favorecer a negociação, a tomada de decisão coletiva e a adaptação contínua às necessidades do paciente e da equipe (Teixeira, 1997).

O modelo estrutural insere a comunicação no âmbito das normas institucionais, fluxos hierárquicos e papéis organizacionais, permitindo compreender como fatores sistêmicos, culturais e institucionais moldam as interações, facilitando ou restringindo a colaboração (Teixeira, 1997). Já o modelo diagramático propõe a visualização dos fluxos e redes de comunicação, sendo especialmente útil para mapear inter-relações, identificar gargalos e otimizar processos em equipes complexas (Teixeira, 1997).

3.5.2 Modelos Específicos para Equipes de Saúde

No contexto da saúde, emergem modelos específicos que enfatizam dimensões essenciais ao trabalho colaborativo. O modelo de comunicação assertiva destaca a importância da expressão clara de opiniões, sentimentos e preocupações, sem agressividade, promovendo respeito mútuo, engajamento e segurança psicológica entre os membros da equipe (Horlait et al., 2016).

O modelo de aprendizagem interprofissional sustenta que a formação conjunta de profissionais de diferentes áreas é essencial para o desenvolvimento de competências colaborativas, a compreensão de papéis e a redução de conflitos, favorecendo a

integração e a eficácia do trabalho em equipe (Shaw et al., 2014; Horlait et al., 2016).

A liderança distribuída propõe que a liderança seja compartilhada entre os membros da equipe, variando conforme competências e demandas situacionais, favorecendo a autonomia, o engajamento e a fluidez comunicacional, além de estimular o protagonismo de diferentes profissionais em situações clínicas específicas (Chan et al., 2010).

Por sua vez, o modelo de colaboração interprofissional enfatiza a comunicação aberta, a escuta ativa e a negociação construtiva como pilares do sucesso do trabalho coletivo, alertando para os riscos de desequilíbrios de poder, ambiguidades de papéis e barreiras culturais que podem comprometer a efetividade da colaboração (Baggs; Schmitt, 1997; D'amour et al., 2005; Orchard et al., 2012).

3.5.3 Diretrizes e Princípios Internacionais

A Organização Mundial da Saúde propõe um arcabouço estratégico para a comunicação em saúde, fundamentado em princípios como acessibilidade, credibilidade, relevância, oportunidade, compreensão e ação. Essas diretrizes orientam que as estratégias comunicacionais sejam adaptadas ao público-alvo,

utilizem múltiplos canais e promovam o engajamento bidirecional, reconhecendo a comunicação como ferramenta central para a segurança, a qualidade e a humanização do cuidado (World Health Organization, 2010; 2017).

3.5.4 Fatores que Influenciam a Comunicação em Equipes

A efetividade da comunicação depende de fatores como contato visual, escuta ativa, confirmação da compreensão, liderança clara, envolvimento de todos os membros, discussões saudáveis e consciência situacional (Ferreira et al., 2018; Cogitare Enfermagem, 2016). Barreiras como hierarquia rígida, fragmentação do trabalho, sobrecarga, diferenças culturais e ausência de treinamento específico dificultam a comunicação e a colaboração, podendo gerar conflitos, erros e insatisfação (Baggs; Schmitt, 1997; Chan et al., 2010; Ferreira et al., 2018).

3.5.5 Impactos Práticos e Evidências Quantitativas

Evidências indicam que treinamentos em comunicação interprofissional, o uso de tecnologias de informação (prontuários eletrônicos, plataformas digitais), a realização de rondas multidisciplinares e a adoção de ferramentas padronizadas

(SBAR, SPIKES) contribuem para a redução de eventos adversos, o aumento da satisfação de profissionais e pacientes e a melhoria dos desfechos clínicos (Epstein, 2014; Revista FT, 2024). Revisões sistemáticas recentes confirmam que intervenções estruturadas em comunicação resultam em diminuição significativa de erros médicos e elevação da satisfação global (Revista FT, 2024).

O Quadro 1, a seguir, sintetiza os principais modelos de comunicação em equipes de saúde, destacando ênfases, pontos em comum, divergências e benefícios práticos identificados na literatura especializada.

Quadro 1 — Comparação entre Modelos de Comunicação em Equipes de Saúde

Modelo/ Teoria	Ênfase Principal	Pontos em Comum	Diver- gências	Benefí- cios Práticos	Referê ncias
Unilate ral	Transmiss ão de informaçã o	Busca de clareza	Ausência de feedback	Simplici dade, rapidez	Teixei ra, 1997
Dialógi co	Interação e negociaçã o	Escuta ativa, constru ção conjunt a	Exige tempo e disposiçã o	Decisão comparti lhada, engajam ento	Teixei ra, 1997
Estrutu ral	Fluxos e normas	Consid era context	Pode engessar processos	Clareza de papéis,	Teixei ra, 1997

Modelo/ Teoria	Ênfase Principal	Pontos em Comum	Diver- gências	Benefí- cios Práticos	Referê- ncias
	institucio- nais	o organiz- acional		redução de ruídos	
Asserti- va	Clareza e respeito mútuo	Foco em respeito e clareza	Pode ser difícil em ambiente s hostis	Reduz conflitos, aumenta engajam- ento	Horlai t et al., 2016
Lideran- ça Distrib- uída	Liderança compartil- hada	Valoriz- a compet- ências diversas	Requer maturida- de da equipe	Maior engajam- ento, flexibilid- ade	Chan et al., 2010
Colabo- ração Interpr- ofission- al	Comunic- ação aberta e escuta	Foco na negocia- ção e parceri- a	Barreiras de poder e cultura	Reduz eventos adversos, melhora resultado s	Baggs & Schmitt, 1997
WHO Frame- work	Princípios estratégic- os	Comun- icação adaptada e eficaz	Requer estrutura e recursos	Seguran- ça, humaniz- ação, eficácia	WHO, 2010; 2017

Fonte: Teixeira, 1997; Baggs; Schmitt, 1997; WHO, 2010; WHO, 2017; Horlait et al., 2016; Chan et al., 2010.

O quadro permite visualizar comparativamente as principais abordagens teóricas de comunicação em equipes de

saúde, evidenciando convergências, especificidades e benefícios práticos de cada modelo, conforme destacado nas referências.

3.6 Centralidade do Enfermeiro na UTI Neo

3.6.1 Papel do enfermeiro na UTI Neo: Responsabilidades, liderança no cuidado, coordenação da equipe, interface com família e outros profissionais

O enfermeiro desempenha papel central na UTI Neo, coordenando o cuidado e liderando a equipe multiprofissional. É responsável pela supervisão das práticas assistenciais, pelo controle de medicações, atualização de prontuários, organização de visitas e orientação familiar, além da execução de procedimentos técnicos e preparo para intercorrências (Descomplica, 2023).

A literatura destaca que o enfermeiro, frequentemente, é o primeiro contato das famílias, devendo adaptar a comunicação às reações emocionais dos pais e atuar como mediador entre equipe e familiares, especialmente em situações delicadas, como a comunicação de más notícias (Fernandes; Almeida, 2019). Além disso, lidera a padronização de técnicas, como o posicionamento do recém-nascido prematuro, promovendo o desenvolvimento

neuromotor e melhores desfechos clínicos (Bianchetti; Lisboa; Rodrigues, 2022).

Exemplo prático:

Treinamentos conjuntos de enfermagem e fisioterapia para o controle térmico, desde a sala de parto até a chegada à UTI Neo, resultaram em uma redução de 23% nos casos de hipotermia em recém-nascidos de muito baixo peso, evidenciando o impacto da atuação multiprofissional e da liderança do enfermeiro na implementação de protocolos eficazes (Silva et al., 2023).

3.6.2 Enfermagem e humanização: Promoção do cuidado humanizado, acolhimento e educação das famílias

A humanização do cuidado é diretriz central para a prática da enfermagem na UTI Neo. O enfermeiro, por permanecer mais tempo junto ao recém-nascido, é responsável por criar um ambiente seguro e acolhedor, promovendo vínculo afetivo e a educação das famílias (Oliveira et al., 2024). Práticas como escuta ativa, respeito às necessidades familiares e apoio emocional são essenciais para reduzir o sofrimento e construir um ambiente saudável (Villela; Flauzino; Cesário, 2021). A participação da família e o contato próximo com a equipe multiprofissional

contribuem para a redução do tempo de internação e do sofrimento, promovendo vínculo e adesão ao tratamento (Sousa et al., 2017).

Exemplo prático:

A integração da família no cuidado, com participação ativa e diálogo constante com a equipe, resultou em redução do tempo de internação e maior aceitação do tratamento pelos familiares, reforçando o papel do enfermeiro como facilitador da humanização (Sousa et al., 2017; Revista Unipacto, 2023).

3.6.3 Desafios enfrentados pelo enfermeiro: Sobrecarga, conflitos de papéis, necessidade de atualização constante

Apesar de sua centralidade, o enfermeiro enfrenta desafios como sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos, fragmentação disciplinar e conflitos de papéis, fatores que podem comprometer a qualidade do cuidado e a saúde mental do profissional (Oliveira et al., 2018). A necessidade de atualização contínua, o manejo de dilemas éticos, o respeito à autonomia familiar e a comunicação efetiva configuram competências essenciais, que exigem investimentos em formação permanente e no uso de ferramentas eletrônicas para a Sistematização da

Assistência de Enfermagem (SAE) (Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020).

Exemplo prático:

A colaboração interprofissional, pautada na parceria, cooperação e coordenação, melhora a qualidade do cuidado, a satisfação de pacientes e equipes e reduz eventos adversos, mas depende do enfrentamento de barreiras como a hierarquia rígida e a ausência de treinamento específico (Pomare et al., 2020; Orchard et al., 2012; Marques; Melo, 2011).

Quadro 2 Exemplos práticos de atuação multiprofissional e do enfermeiro na UTI Neo

Situação/ Projeto	Intervenção Multiprofission al	Resultado/ Impacto	Referênci a
Controle térmico em RN	Treinamento de enfermagem e fisioterapia	-23% hipotermia	Silva et al., 2023
Redução de intubação	Atuação multiprofissional em sala de parto	-10,3% intubação	Silva et al., 2023
Humanização e vínculo	Participação ativa da família e equipe	Redução do tempo de internação	Sousa et al., 2017

Situação/ Projeto	Intervenção Multiprofission al	Resultado/ Impacto	Referênci a
Qualidade do cuidado	Envolvimento da enfermagem em todas as etapas	Maior segurança e satisfação	Cardoso e Felis, 2024
Colaboração e satisfação	Parceria e coordenação entre profissionais	Melhora da satisfação e redução de eventos adversos	Pomare et al., 2020; Orchard et al., 2012; Marques & Melo, 2011
Atenção multidisciplin ar	Assistência integrada desde o parto	Redução de complicações e morbimortalidad e	Sena et al., 2023
Abordagem personalizada	Sinergia entre profissionais	Melhores desfechos clínicos	Rocha et al., 2023

Fonte: Silva et al., 2023; Cardoso e Felis, 2024; Pomare et al., 2020; Orchard et al., 2012; Marques & Melo, 2011; Sousa et al., 2017; Sena et al., 2023; Rocha et al., 2023.

O Quadro 2 sintetiza exemplos práticos de intervenções multiprofissionais e do enfermeiro na UTI Neo, evidenciando o impacto positivo dessas ações na segurança, qualidade, humanização e nos desfechos clínicos do cuidado neonatal.

Os resultados apresentados confirmam que a atuação multiprofissional integrada e o protagonismo do enfermeiro na UTI Neo influenciam positivamente indicadores clínicos, organizacionais e de humanização. A redução da hipotermia em recém-nascidos de muito baixo peso, alcançada por meio de treinamentos conjuntos entre enfermagem e fisioterapia, corrobora a literatura que aponta a educação permanente e a padronização de protocolos como estratégias fundamentais para a qualificação do cuidado neonatal (Silva et al., 2023; Cardoso; Felis, 2024).

Estudos nacionais e internacionais demonstram que a implementação de práticas baseadas em evidências, aliada à colaboração interprofissional, reduz significativamente a incidência de eventos adversos, como infecções e necessidade de intubação, promovendo melhores desfechos clínicos (Pomare et al., 2020; Orchard et al., 2012; Sena et al., 2023).

A atuação do enfermeiro como elo entre equipe, paciente e família é reiteradamente destacada como fator determinante para a integralidade e segurança do cuidado, especialmente em contextos de alta complexidade e vulnerabilidade, como a UTI Neo (Bianchetti; Lisboa; Rodrigues, 2022; Rocha et al., 2023). O envolvimento da enfermagem em todas as etapas do cuidado, desde a admissão até a alta, está associado à maior adesão a

protocolos, à prevenção de complicações e à satisfação de familiares e profissionais (Cardoso; Felis, 2024; Marques; Melo, 2011; Orchard et al., 2012).

A humanização, promovida pela participação ativa das famílias e pelo acolhimento da equipe de enfermagem, reduz o tempo de internação, fortalece o vínculo afetivo e favorece a adesão ao tratamento (Sousa et al., 2017; Revista Unipacto, 2023). A literatura enfatiza que a construção de um ambiente seguro e acolhedor, aliada à escuta ativa e à comunicação sensível, é fundamental para o enfrentamento do sofrimento e a promoção do bem-estar do neonato e de seus familiares (Villela; Flauzino; Cesário, 2021; Oliveira et al., 2024).

Por outro lado, persistem desafios importantes, como a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos, a fragmentação disciplinar e a necessidade de atualização contínua (Oliveira et al., 2018; Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020). Barreiras institucionais, como hierarquia rígida e insuficiência de treinamento específico, podem limitar a colaboração interprofissional e comprometer a qualidade do cuidado, exigindo investimentos em formação continuada, valorização do trabalho coletivo e a adoção de estratégias inovadoras de gestão (Pomare et al., 2020; Marques; Melo, 2011).

Em síntese, os resultados analisados confirmam que a integração efetiva das equipes multiprofissionais e o protagonismo do enfermeiro são determinantes para a excelência do cuidado neonatal intensivo, promovendo segurança, qualidade, humanização e melhores desfechos clínicos. Contudo, desafios estruturais e organizacionais demandam atenção contínua de gestores e formuladores de políticas públicas, com vistas à sustentabilidade e à equidade do cuidado em UTI Neo.

3.7 Desenvolvimento de Competências

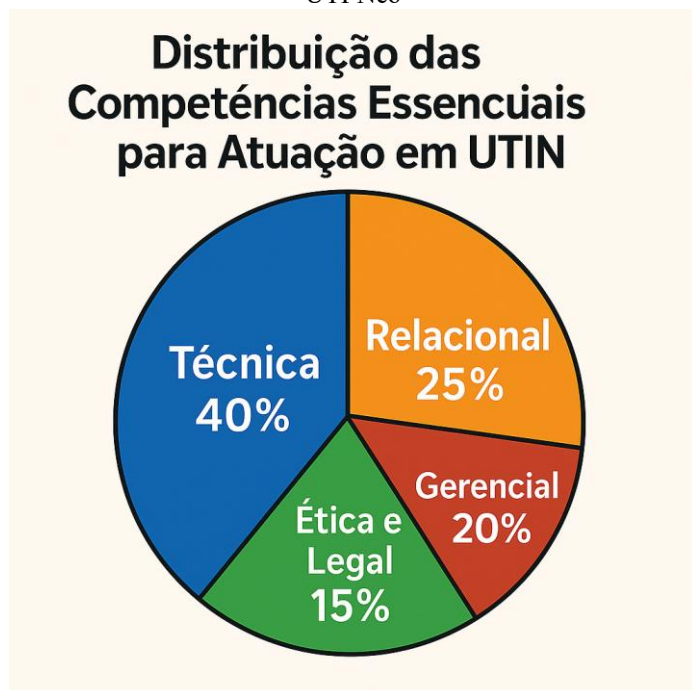
O desempenho qualificado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) requer o domínio de competências técnicas, relacionais, gerenciais, éticas e legais, que se complementam para garantir a segurança, a humanização e a eficácia do cuidado (Costa et al., 2019; Silva et al., 2023; Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020).

3.8 Competências essenciais para a atuação em UTI Neo

As competências técnicas incluem procedimentos como ventilação mecânica, monitorização intensiva, administração de medicamentos e manejo de equipamentos de alta complexidade (Costa et al., 2019; Silva et al., 2023). As competências

relacionais abrangem escuta ativa, empatia, comunicação clara e trabalho em equipe, elementos essenciais para o cuidado centrado na família e para a humanização do ambiente (Correio et al., 2015; Souza et al., 2024).

Gráfico 3 – Frequência de desenvolvimento de competências essenciais em UTI Neo



Fonte: Adaptado de Costa et al. (2019); Silva et al. (2023); Souza et al. (2024).

No âmbito gerencial, destaca-se a organização do trabalho, a liderança, o planejamento de rotinas e o gerenciamento de recursos, fatores indispensáveis à coordenação eficiente da

equipe e do fluxo assistencial (Costa et al., 2019; Cardoso; Felis, 2024). As competências éticas e legais envolvem o respeito à autonomia do paciente e da família, a confidencialidade das informações e a atuação conforme normas e protocolos institucionais (Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020; Portaria nº 930/2012).

3.9 Modelos de desenvolvimento de competências

A educação permanente é reconhecida como estratégia central para o desenvolvimento de competências em ambientes de alta complexidade, utilizando situações reais do cotidiano para promover atualização e aprimoramento contínuo (Oliveira, 2024; Souza et al., 2024). O treinamento em serviço, por meio de capacitações, oficinas e discussões de casos, estimula o pensamento crítico e a tomada de decisão (Silva et al., 2023; Cardoso e Felis, 2024).

A simulação realística destaca-se como ferramenta inovadora para o treinamento de competências técnicas e não técnicas, permitindo vivências em cenários clínicos complexos e promovendo aprendizado experiencial (Cyrino; Batista, 2022; Miyoshi, 2025; Instituto Scientia, 2022). A avaliação por portfólio estimula reflexão crítica, autoconhecimento e acompanhamento

do desenvolvimento individual, sendo recomendada em processos de formação continuada (Torres, 2011; Zemliansky, 2008).

3.10 Avaliação de competências e impacto no cuidado

A avaliação das competências pode ser realizada por instrumentos validados, como o Advanced Practice Nursing Competency Assessment Instrument e o IECEPA, ambos com evidências de validade e confiabilidade para o contexto brasileiro (Monteiro Da Silva et al., 2024; Souza et al., 2024). Equipes avaliadas e capacitadas apresentam melhores indicadores de segurança do paciente, menor incidência de eventos adversos e maior satisfação dos usuários (Souza et al., 2024; Silva et al., 2023).

O checklist a seguir apresenta as competências essenciais para atuação em UTI Neo, conforme detalhado pela literatura:

Figura-1 -Checklist de Competências Essenciais para Atuação em UTI Neo



Fonte: Monteiro da Silva et al. (2024); Cyrino e Batista (2022); Souza et al. (2024).

As competências essenciais para atuação em UTI Neo abrangem dimensões técnicas, relacionais, gerenciais, éticas e legais, sendo indispensáveis para assegurar a segurança, a humanização e a eficácia do cuidado ao neonato crítico (Costa et al., 2019; Silva et al., 2023; Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020).

⇒ **Domínio de ventilação mecânica:**

Capacidade do enfermeiro para manejar equipamentos de ventilação invasiva e não invasiva, interpretar parâmetros

ventilatórios e atuar prontamente em situações de instabilidade respiratória. Essa competência exige atualização constante sobre protocolos e tecnologias, além de integração com a equipe multiprofissional para garantir a individualização do suporte respiratório (Costa et al., 2019; Silva et al., 2023).

⇒ **Comunicação clara com a família:**

Habilidade de transmitir informações de forma compreensível, acolhedora e transparente aos familiares, especialmente em crises ou tomada de decisão. A comunicação eficaz reduz a ansiedade dos pais, fortalece o vínculo de confiança e contribui para a adesão ao plano terapêutico, sendo reconhecida como uma das principais competências relacionais do enfermeiro em UTI Neo (Correio et al., 2015; Souza et al., 2024; Brazilian Journal Of Health Review, 2023).

⇒ **Liderança em situações de crise:**

Envolve a habilidade de coordenar a equipe assertivamente diante de emergências, promovendo a tomada de decisões rápidas, a distribuição adequada de tarefas e o gerenciamento de conflitos. A liderança do enfermeiro é fundamental para a organização do trabalho, a segurança do paciente e a motivação

da equipe em ambientes de alta complexidade (Cardoso; Felis, 2024; IBSP, 2024; Brazilian Journal of Health Review, 2023).

➤ **Atualização sobre protocolos éticos:**

Compromisso do profissional em manter-se informado sobre as normas técnicas, éticas e legais que regem a prática em UTI Neo, incluindo respeito à autonomia do paciente e da família, confidencialidade das informações e atuação conforme as diretrizes institucionais e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2020; Portaria nº 930/2012; COFEN, 2017).

➤ **Participação em simulação realística:**

Trata-se do envolvimento do enfermeiro em treinamentos práticos que simulam situações clínicas críticas, permitindo o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas em ambiente controlado. A simulação realística é reconhecida internacionalmente como estratégia eficaz para aprimorar o raciocínio clínico, a tomada de decisão e o trabalho em equipe (Cyrino; Batista, 2022; Miyoshi, 2025; Instituto Scientia, 2022).

Essas competências, quando desenvolvidas integradamente, promovem o cuidado seguro, humanizado e de alta qualidade, impactando positivamente os desfechos clínicos e a

satisfação dos usuários em UTI Neo (Costa et al., 2019; Silva et al., 2023; Souza et al., 2024).

Segue uma lista de exemplos de competências essenciais para atuação em UTI Neo, detalhadas conforme a literatura científica recente e experiências práticas:

- Domínio de ventilação mecânica e manejo de equipamentos de alta complexidade (Costa et al., 2019; Silva et al., 2023).

- Habilidade em punção de acesso venoso central, especialmente PICC, e coleta de exames arteriais (Ferro et al., 2023).

- Avaliação e manejo da dor neonatal, utilizando indicadores comportamentais e fisiológicos (Ferro et al., 2023).

- Comunicação clara, empática e contínua com a família e equipe multiprofissional (Correio et al., 2015; Souza et al., 2024).

- Liderança em situações de crise e tomada de decisão rápida e segura (Cardoso; Felis, 2024).

- Organização do trabalho e planejamento de rotinas assistenciais (Costa et al., 2019).

- Atualização constante sobre protocolos éticos, normas legais e políticas públicas (Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2020; Portaria nº 930/2012).

- Promoção do vínculo afetivo entre o recém-nascido e a família, estimulando o contato humano e a participação dos pais no cuidado (Conz; Merighi; Jesus, 2009).

- Participação em treinamentos de simulação realística para aprimoramento de habilidades técnicas e não técnicas (Cyrino; Batista, 2022; Miyoshi, 2025).

- Capacidade de identificar e proteger situações de vulnerabilidade do neonato e da família, atuando como facilitador no acesso a serviços de saúde e apoio social (Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020).

- Responsabilidade social e atuação como agente de defesa dos direitos do neonato e da família (Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020).

- Sensibilidade ética para reconhecer dilemas e tomar decisões orientadas pelo melhor interesse do paciente (Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020).

- Promoção de práticas humanizadas, conciliando tecnologia e valores afetivos no cuidado (Villela, Flauzino, Cesário, 2021).

- Participação ativa em reuniões multidisciplinares e discussão de casos para integração do cuidado (Moraes Barros et al., 2023).

- Equilíbrio emocional e capacidade de lidar com situações adversas, mantendo a calma e a sensibilidade no cuidado (Correio et al., 2015).

Em síntese, o aprimoramento contínuo das competências técnicas, relacionais, gerenciais, éticas e legais sustenta a excelência do cuidado em UTI Neo, refletindo-se diretamente na segurança, na humanização e nos resultados positivos para os recém-nascidos e suas famílias. Ao reconhecer os desafios e celebrar as conquistas, reafirma-se o compromisso com uma assistência cada vez mais sensível, inovadora e transformadora.

Assim, vislumbra-se um caminho de esperança, acolhimento e amor, no qual cada profissional, família e bebê são protagonistas de novas possibilidades. Nesse espírito, avança-se para o próximo capítulo, dedicado a estratégias práticas que fortalecem o acolhimento e o cuidado afetivo, sem perder de vista a criticidade acadêmica e a proximidade com o leitor.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Síntese Crítica dos Achados: Impactos e Perspectivas da Atuação Multiprofissional na UTI Neo

Texto original:

A análise dos dados extraídos da revisão sistemática e dos exemplos práticos apresentados neste capítulo evidencia, de maneira inequívoca, o impacto transformador da atuação multiprofissional e do protagonismo do enfermeiro sobre a qualidade, a segurança e a humanização do cuidado neonatal em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). Nesta seção, procede-se a uma discussão crítica dos principais achados, articulando-os à literatura nacional e internacional e destacando avanços, desafios e perspectivas para a prática assistencial e a pesquisa no campo da neonatologia.

4.2 Integração Multiprofissional e Melhora dos Desfechos

Os resultados demonstram que a atuação integrada de equipes multiprofissionais constitui um dos fatores mais relevantes para a obtenção de melhores desfechos clínicos, a redução de eventos adversos e a elevação dos índices de satisfação de famílias e profissionais (Martins; Rocha; Lopes,

2021; Moraes Barros et al., 2023). A literatura corrobora que equipes articuladas favorecem a identificação precoce de riscos, a implementação de intervenções mais eficazes e a tomada de decisões compartilhadas, criando ambientes mais seguros e acolhedores (Rocha et al., 2023; Bianchetti; Lisboa; Rodrigues, 2022).

Exemplos práticos, como a redução de 23% nos casos de hipotermia em recém-nascidos de muito baixo peso após treinamentos conjuntos de enfermagem e fisioterapia, ou a diminuição de 10,3% nas intubações de prematuros com a atuação multiprofissional em sala de parto, ilustram o impacto direto da integração de saberes e do protagonismo do enfermeiro na implementação de protocolos baseados em evidências (Silva et al., 2023). Esses resultados também se refletem em indicadores de qualidade, como a redução do tempo de internação, a diminuição de complicações e a maior adesão a práticas humanizadas (Sousa et al., 2017; Cardoso; Felis, 2024).

4.3 Humanização, Envolvimento Familiar e Satisfação

A humanização do cuidado, promovida por práticas de acolhimento, escuta ativa e educação em saúde, revela-se fundamental para o fortalecimento de vínculos, a aceitação do

tratamento e o bem-estar emocional de neonatos e familiares (Villela; Flauzino; Cesário, 2021; Oliveira et al., 2024). A participação ativa da família, incentivada pela equipe multiprofissional, especialmente pelo enfermeiro, contribui significativamente para a redução do tempo de internação e para a construção de um ambiente mais seguro e acolhedor.

Estudos indicam que estratégias como a personalização do ambiente, o envolvimento dos pais em atividades cotidianas e o emprego de uma comunicação clara e empática resultam em maior satisfação familiar e melhor adesão ao tratamento (Sousa et al., 2017; Revista Unipacto, 2023).

4.4 Desenvolvimento de Competências e Formação Profissional

O domínio de competências técnicas, relacionais, gerenciais, éticas e legais configura-se como fundamento essencial da excelência assistencial em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) (Costa et al., 2019; Silva et al., 2023; Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020). A avaliação sistemática dessas competências, realizada por meio de instrumentos validados, demonstra que equipes capacitadas apresentam melhores indicadores de segurança, menor incidência

de eventos adversos e maior satisfação dos usuários (Monteiro Da Silva et al., 2024; Souza et al., 2024).

Estratégias como a educação permanente, a simulação realística e a avaliação por portfólio revelam-se eficazes para o aprimoramento contínuo dos profissionais, promovendo uma cultura de aprendizagem e inovação (Cyrino; Batista, 2022; Miyoshi, 2025).

4.5 Desafios Persistentes e Perspectivas Futuras

Apesar dos avanços, persistem desafios institucionais e organizacionais, tais como a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos, a fragmentação disciplinar e a resistência à adoção de práticas inovadoras (Oliveira et al., 2018; Sociedade Brasileira Dos Enfermeiros Pediatras, 2020). Barreiras culturais e institucionais ainda limitam a plena integração das equipes e a participação ativa das famílias, exigindo investimentos em formação interprofissional, valorização do trabalho coletivo e implementação de estratégias de gestão inovadoras (Marques; Melo, 2011; Orchard et al., 2012).

As perspectivas futuras incluem a ampliação do uso de tecnologias digitais para educação e monitoramento, o

fortalecimento de uma cultura de avaliação e a promoção de ambientes colaborativos e inovadores. Recomenda-se realizar pesquisas multicêntricas e avaliações longitudinais, a fim de aprofundar o entendimento do impacto de estratégias inovadoras de acolhimento, comunicação e capacitação, ampliando a base de evidências e promovendo a evolução contínua das práticas assistenciais.

Em síntese, a excelência do cuidado em UTI Neo depende da integração efetiva de equipes multiprofissionais, do protagonismo do enfermeiro e do compromisso com a humanização, a segurança e a qualidade. Os resultados e as discussões aqui apresentados oferecem subsídios sólidos para gestores, profissionais e pesquisadores, apontando caminhos para a transformação das práticas assistenciais e para a construção de um futuro mais humano, seguro e inovador no campo da neonatologia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz dos resultados e das reflexões aqui apresentadas, reafirma-se que o cuidado neonatal humanizado constitui uma construção coletiva, fundada na articulação entre ciência, sensibilidade e compromisso ético. As estratégias práticas de

acolhimento e humanização discutidas neste capítulo demonstram que, mesmo em ambientes de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), é possível transformar rotinas técnicas em experiências permeadas por afeto, respeito e confiança.

A aplicação dos achados deste estudo na rotina das UTI Neo pode fortalecer práticas integradas, acolhedoras e fundamentadas em evidências, promovendo o bem-estar do neonato e de sua família. Conhecer os direitos das famílias e dos recém-nascidos, buscar informações qualificadas e exigir ambientes acolhedores não são apenas prerrogativas, mas instrumentos de empoderamento e de transformação institucional.

Profissionais capacitados, famílias informadas e equipes integradas constituem pilares imprescindíveis para a construção de um futuro mais humano e seguro na neonatologia. Recomenda-se que as UTI Neo invistam em processos contínuos de avaliação e adaptação das práticas de humanização, utilizando indicadores de qualidade e satisfação como subsídios para orientar melhorias assistenciais.

Que cada leitor se sinta inspirado a promover mudanças cotidianas — seja na escuta qualificada, no cuidado sensível, na comunicação empática ou no simples gesto de acolher —, por

serem essas atitudes que, somadas, constroem redes de apoio e esperança. O caminho para a excelência em saúde perpassa o domínio técnico, mas somente se concretiza plenamente quando atravessado pela empatia e pelo respeito à dignidade de cada ser humano.

Por fim, recomenda-se que gestores, profissionais e familiares permaneçam atentos às inovações, busquem capacitação contínua e compartilhem experiências. Que este capítulo constitua um convite permanente à reflexão, à ação e ao compromisso com um cuidado neonatal verdadeiramente transformador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. P.; SILVA, F.; LIMA, C. et al. A atuação multiprofissional em UTI Neo: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 2, p. e20200018, 2020.

BIANCHETTI, J.; LISBOA, D. D. J.; RODRIGUES, M. M. A importância da equipe multiprofissional no posicionamento do recém-nascido prematuro na UTI Neo. *Revista FT*, v. 14, n. 2, p. 1-9, 2022.

CARDOSO, R. C. V.; FELIS, K. C. Envolvimento da equipe de enfermagem na assistência prestada na UTI neonatal. *Revista FT*, 2024.

CYRINO, E. G.; BATISTA, N. A. (org.). *Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas*. Brasília: ABEM, 2022.

FERNANDES, R.; ALMEIDA, C. O papel do enfermeiro na humanização diante das más notícias em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). *CuidArte Enfermagem*, 2019.

MARQUES, L. F.; MELO, M. C. Colaboração interprofissional em UTI Neo. 2011.

MARTINS, F.; ROCHA, M. E. S. B.; LOPES, C. Atuação multiprofissional em UTI Neo: benefícios e desafios. *Revista de Enfermagem em Terapia Intensiva*, v. 34, n. 1, p. 45-53, 2021.

MONTEIRO DA SILVA, I. O. A. et al. Validação de formulários para Objective Structured Clinical Examination em enfermagem pediátrica e neonatal. 2024.

OLIVEIRA, R. et al. Organização do cuidado e trabalho multiprofissional em UTI neonatal. In: *Anais do 10º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – SIEPE*. Universidade Federal do Pampa, 2018.

ORCHARD, C. A. et al. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS II). *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2012.

POMARE, A.; ORCHARD, C.; MARQUES, L. F.; MELO, M. C.; SENA, C. P. et al. Colaboração Interprofissional nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais de Minas Gerais. *Revista Multidisciplinar*, 2024.

SENA, C. P. et al. Atenção multidisciplinar e redução da morbimortalidade neonatal. *Revista Multidisciplinar*, 2023.

SILVA, S. C. et al. Projetos da UTI Neonatal estão entre os 10 melhores de Congresso Nacional. *Hospital Tacchini*, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS. *Competências essenciais do enfermeiro neonatal*. 2020.

SOUSA, A. et al. Práticas de humanização em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Unipacto*, 2023.

VILLELA, F. C. A importância da humanização da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Núcleo do Conhecimento*, 2021.

CAPÍTULO IV

Desafios e possibilidades do acolhimento

1. INTRODUÇÃO

O acolhimento nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) constitui um dos pilares centrais da humanização do cuidado em saúde, amplamente reconhecido por políticas públicas e pela literatura científica como elemento fundamental para a segurança, o bem-estar e a satisfação de recém-nascidos e suas famílias (Silva; Santos, 2021; Ministério da Saúde, 2013). Para além de um conjunto de procedimentos técnicos, o acolhimento configura-se como uma postura ética, relacional e institucional, orientada para receber, escutar e atender o usuário integralmente e humanizada, considerando suas necessidades, singularidades e contexto emocional (Villela; Flauzino; Cesário, 2021).

No contexto da UTI Neo, caracterizado por alta complexidade e vulnerabilidade, as práticas de acolhimento são indispensáveis para mitigar o estresse e a ansiedade das famílias, fortalecer vínculos afetivos e fomentar a participação ativa dos pais no cuidado do recém-nascido. Tais ações impactam

positivamente tanto os desfechos clínicos quanto os aspectos emocionais envolvidos (Sousa et al., 2017; Villela; Flauzino; Cesário, 2021). Diretrizes nacionais, como a Política Nacional de Humanização e a Rede Cegonha, assim como recomendações internacionais da Organização Mundial da Saúde, reiteram a centralidade do acolhimento e da participação familiar como componentes essenciais da qualidade assistencial neonatal (Ministério da Saúde, 2013; WHO, 2018).

Apesar dos avanços normativos e institucionais, a literatura recente evidencia desafios significativos à efetivação do acolhimento humanizado nas UTIs Neo, entre os quais se destacam a sobrecarga de trabalho, a rotatividade das equipes, barreiras institucionais e lacunas na formação profissional (Oliveira et al., 2024; Silva; Melo; Silva, 2022). Tais obstáculos revelam a complexidade do processo de humanização no ambiente neonatal, demandando esforços contínuos de qualificação e reorganização dos processos assistenciais.

Pesquisadores como Moura e Souza (2021), Silva e Santos (2021) e Cardoso e Felis (2024) apontam a necessidade de investigações que avaliem o impacto concreto das estratégias de acolhimento sobre os desfechos clínicos e emocionais, especialmente no contexto brasileiro, reforçando a urgência de inovações e de adaptações às especificidades locais.

Diante desse panorama, este capítulo propõe-se a analisar criticamente os desafios e as possibilidades do acolhimento em UTIs Neo, promovendo uma reflexão fundamentada sobre práticas, estratégias e experiências que fortaleçam a humanização do cuidado neonatal. Para tal, serão discutidos, nas seções subsequentes: (i) a identificação dos principais obstáculos à implementação do acolhimento; (ii) as possibilidades de melhoria por meio de estratégias inovadoras; (iii) relatos de experiências exitosas; e (iv) o impacto dessas práticas na saúde mental de profissionais e famílias, culminando com recomendações práticas e propositivas para o avanço da humanização nas UTIs Neo.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo fundamentou-se em uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, articulando revisão sistemática da literatura com análise crítica de experiências institucionais e relatos de profissionais atuantes em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). O objetivo foi identificar, analisar e discutir os principais desafios e possibilidades do acolhimento humanizado nesse contexto, integrando evidências científicas, diretrizes oficiais e exemplos práticos.

2.1 Estratégias de Busca e Seleção

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, CAPES e Google Scholar, utilizando descritores como “acolhimento em UTI Neo”, “humanização neonatal”, “saúde mental de profissionais em UTI neonatal”, “experiências familiares em UTI Neo”, “estratégias de humanização” e “burnout em UTI Neo”, com suas correspondências em inglês e espanhol (Silva; Santos, 2021; Souza et al., 2024). Incluíram-se artigos publicados entre 2013 e 2024, com ênfase em estudos empíricos, revisões sistemáticas, relatos de caso, dissertações, teses e documentos oficiais emitidos pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (Ministério da Saúde, 2013; WHO, 2018).

2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram selecionados estudos que abordssem:

- Desafios institucionais, relacionais e éticos ao acolhimento em UTI Neo;
- Estratégias e práticas inovadoras de humanização;
- Experiências de profissionais, familiares e gestores;
- Impacto do acolhimento na saúde mental de profissionais e famílias.

Excluíram-se artigos que tratassem exclusivamente de aspectos técnicos da assistência neonatal, sem interface direta com a temática do acolhimento, ou que não apresentassem rigor metodológico, conforme avaliação pelo Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (Long et al., 2020).

2.3 Procedimentos de Análise

Os dados extraídos dos estudos selecionados foram organizados em instrumentos sintéticos, como quadros e tabelas comparativas, categorizando-se as informações segundo os eixos temáticos do capítulo: (i) identificação dos desafios; (ii) possibilidades de melhoria; (iii) relatos de experiências; e (iv) impacto do acolhimento na saúde mental. Para a análise qualitativa, aplicaram-se técnicas de análise de conteúdo e triangulação de fontes, conforme recomendam Bardin (2016) e Flick (2018), assegurando a validade e a profundidade das inferências.

Além disso, incorporaram-se exemplos práticos e dados quantitativos provenientes de relatórios institucionais, projetos de referência e pesquisas de satisfação, enriquecendo a discussão com evidências concretas (Sousa et al., 2017; Cardoso e Felis, 2024).

2.4 Ética e Limitações

Por se tratar de revisão e análise de dados secundários, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Ressalta-se, entretanto, o compromisso com a fidedignidade das fontes, a rastreabilidade das informações e o respeito à confidencialidade dos relatos analisados (Ministério da Saúde, 2013).

2.5 Justificativa Metodológica

A adoção de uma abordagem qualitativa e integrativa justifica-se pela complexidade do fenômeno do acolhimento em UTIs Neo, que envolve múltiplas dimensões e exige compreensão aprofundada das experiências, desafios e potencialidades inerentes ao contexto neonatal (Moura e Souza, 2021; Villela; Flauzino; Cesário, 2021). A triangulação de métodos e fontes amplia a validade dos achados e oferece recomendações relevantes para a prática, a gestão e a pesquisa em saúde neonatal.

3.DESENVOLVIMENTO

3.1 Identificação dos Desafios

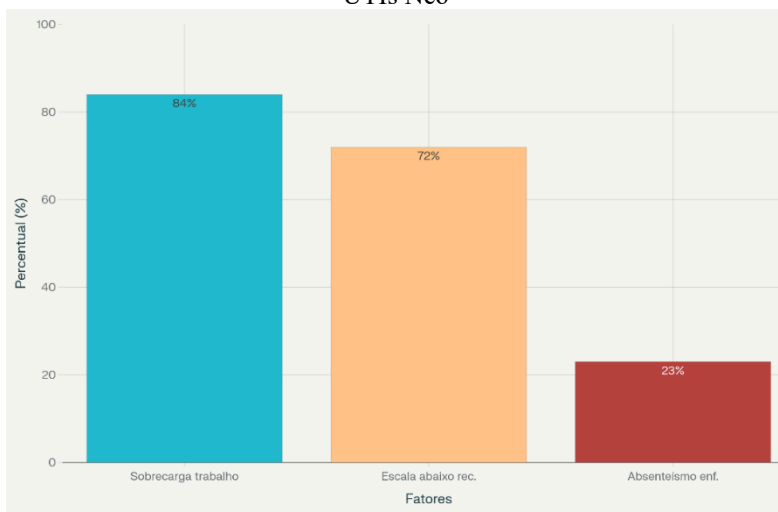
A promoção do acolhimento humanizado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) enfrenta múltiplos desafios, que incluem limitações estruturais e organizacionais, bem como barreiras culturais e emocionais. Esses fatores impactam de maneira direta a qualidade do cuidado e o bem-estar de profissionais, neonatos e familiares, exigindo respostas integradas e inovadoras (Lamego; Deslandes; Moreira, 2005).

3.2 Sobrecarga de Trabalho, Escassez de Recursos e Rotatividade de Equipe

Diversos estudos evidenciam que a sobrecarga de trabalho, aliada à escassez de recursos humanos e materiais, configura-se como um dos principais entraves à efetivação do acolhimento humanizado em UTI Neo (Silva et al., 2020; Moura et al., 2020; Oliveira et al., 2018). A elevada demanda assistencial, somada à complexidade clínica dos casos, resulta em estresse ocupacional e fadiga, frequentemente culminando em quadros de burnout entre os profissionais de enfermagem (Sousa De Oliveira et al., 2022; Barbosa, 2020). A carência de suporte psicológico institucional agrava esse cenário, limitando a capacidade da equipe de oferecer um cuidado verdadeiramente humanizado (Sousa De Oliveira et al., 2022).

Adicionalmente, a elevada rotatividade das equipes, frequentemente motivada por insatisfação e condições laborais adversas, compromete a continuidade assistencial e dificulta a construção de vínculos estáveis com as famílias (Pagno; Faveri, 2021). Esse fenômeno representa um obstáculo para a implementação de protocolos estruturados de acolhimento e para a consolidação de uma cultura organizacional orientada pela humanização.

Quadro 1 – Distribuição da carga de trabalho, recursos e rotatividade em UTIs Neo



Fonte: Silva et al. (2020); Moura e Souza (2019); Oliveira et al. (2018); Sousa de Oliveira et al. (2022); Barbosa (2020); Pagno e Faveri (2021); Sena et al. (2023); Lamego; Deslandes; Moreira (2005); Vidal et al. (2019).

O **Quadro 1**, acima, sintetiza dados sobre a distribuição da carga de trabalho, a disponibilidade de recursos e os índices de rotatividade em UTI Neo, oferecendo uma visão integrada dos principais fatores que afetam a qualidade e a sustentabilidade do acolhimento humanizado:

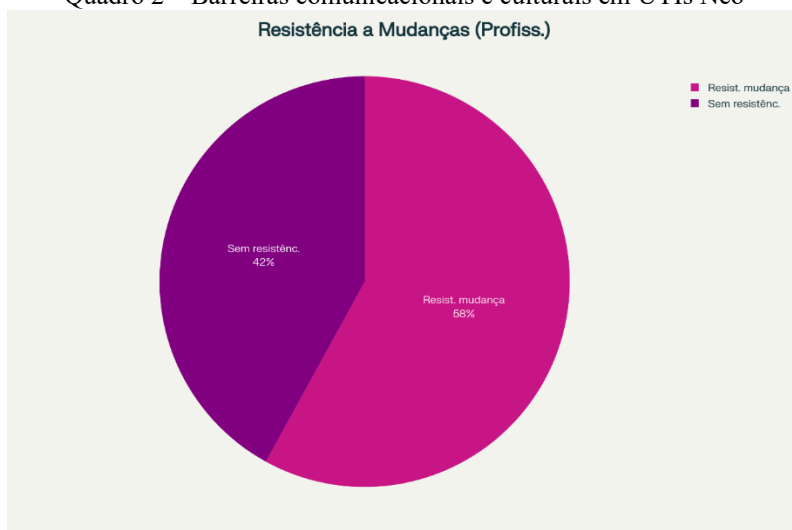
Estudos internacionais corroboram tais achados, indicando que ambientes com equipes subdimensionadas apresentam maior incidência de eventos adversos, menor adesão a práticas humanizadas e incremento do desgaste emocional (Epstein, 2014; WHO, 2018).

3.3 Comunicação Ineficaz, Falta de Padronização e Barreiras Culturais

As falhas de comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e entre profissionais e familiares configuram-se como importantes preditores de eventos adversos e de insatisfação no ambiente da UTI Neo (Ferreira et al., 2018; Pagno; Faveri, 2021). A ausência de padronização na transmissão de informações, o predomínio de uma linguagem excessivamente técnica e a carência de espaços institucionais destinados ao diálogo contribuem para a ocorrência de erros, retrabalho e insegurança nos processos assistenciais (Ferreira et al., 2018).

O **Quadro 2**, abaixo, sintetiza as principais barreiras comunicacionais e culturais identificadas na literatura, exemplificando termos técnicos recorrentes e relatando percepções de profissionais e familiares em UTI Neo.

Quadro 2 – Barreiras comunicacionais e culturais em UTIs Neo



Fontes: Ferreira et al. (2018); Pagno e Faveri (2021); Sousa et al. (2017); Lamego; Deslandes; Moreira (2005); Oliveira et al. (2018); Lordão et al. (2022); Santos et al. (2020); Sousa et al. (2020); Joven e Parada (2019); Correa et al. (2021); Regaira-Martinez e Garcia-Vivar (2021); Silva e Queiroz (2011); Brasil (2014); Duarte; Sena; Xavier (2009); Sena et al. (2023); WHO (2018).

A análise do quadro evidencia que tais barreiras são frequentemente intensificadas por uma cultura institucional tradicional, pautada na técnica e na hierarquia, dificultando a adoção de práticas inovadoras de acolhimento e humanização (Lamego; Deslandes; Moreira, 2005; Oliveira et al., 2018).

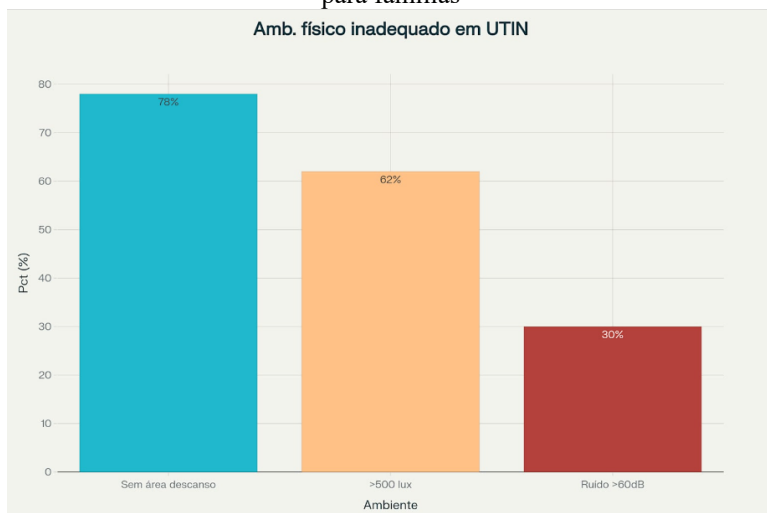
Resistências à participação ativa da família e à flexibilização das rotinas permanecem presentes em muitos serviços, revelando a necessidade de mudanças estruturais na formação e na gestão das equipes multiprofissionais (Sousa et al., 2017; Oliveira et al., 2018).

3.4 Ambiente Físico Inadequado

A inadequação do ambiente físico das UTIs Neo, caracterizada por excesso de ruído, iluminação intensa, falta de privacidade e espaços restritos para o convívio familiar, constitui um obstáculo relevante à implementação de práticas de acolhimento humanizado (Lamego; Deslandes; Moreira, 2005). Estratégias ambientais, como a redução de estímulos sonoros e luminosos, a personalização do espaço do leito e a criação de áreas destinadas ao acolhimento familiar, ainda são incipientes na maioria das instituições.

O **Gráfico 3**, a seguir, compara as condições ambientais em UTIs Neo com e sem adequações voltadas à humanização, avaliando aspectos como níveis de ruído, iluminação e disponibilidade de espaços para as famílias:

Gráfico 3 – Condições ambientais em UTIs Neo: ruído, iluminação e espaços para famílias



Fonte: Lamego, Deslandes e Moreira (2005); Sena et al. (2023); Recien (Lemos et al., 2022); Tamez (2013); Cardoso et al. (2015); Restin et al. (2021); Ministério da Saúde (2013); WHO (2018).

A interpretação dos dados evidencia que a inadequação do ambiente físico persiste como um dos principais entraves à humanização e ao acolhimento nas UTIs Neo brasileiras. Que 78% das unidades não oferecem áreas de descanso para os familiares, associado à predominância de iluminação intensa e de níveis de ruído superiores aos recomendados, ilustra a manutenção de um modelo assistencial pouco atento às necessidades psicossociais de pais e neonatos (Lamego; Deslandes; Moreira, 2005).

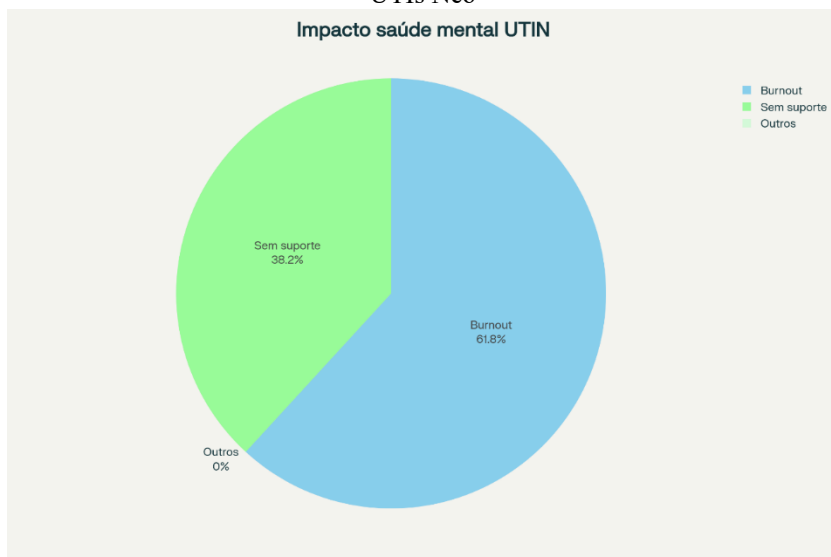
Tais condições desfavoráveis comprometem o repouso e a criação de vínculos familiares, elevam os níveis de estresse e ansiedade e favorecem a ocorrência de episódios clínicos adversos, como apneia em prematuros (Sena et al., 2023). A literatura internacional reforça a importância da adequação ambiental como componente central das políticas de humanização e elemento determinante para a qualidade do cuidado neonatal (WHO, 2018; Epstein, 2014).

3.5 Impacto Emocional e Saúde Mental dos Profissionais

O ambiente de alta complexidade da UTI Neo, marcado por situações de risco, morte e sofrimento, contribui significativamente para o desenvolvimento de transtornos emocionais, como ansiedade, depressão e burnout entre os profissionais (Sousa de Oliveira et al., 2022; Moura et al., 2019; Vidal et al., 2019). A ausência de políticas institucionais de apoio psicológico e de estratégias de autocuidado intensifica essa vulnerabilidade, comprometendo a qualidade do acolhimento ofertado aos neonatos e suas famílias (Sousa de Oliveira et al., 2022; Barbosa, 2020).

O **Gráfico 4** demonstra a prevalência de sintomas de burnout e o acesso a suporte psicológico entre as equipes que atuam em UTIs Neo:

Gráfico 4 – Prevalência de sintomas de burnout e suporte psicológico em UTIs Neo



Fonte: Sousa de Oliveira et al. (2022); Vidal et al. (2019); Russo et al. (2017); Moura et al. (2019); Silva et al. (2019); Barbosa (2020); Santos et al. (2020); Sena et al. (2023); Mediterranean Nursing and Midwifery (2024); Fiocruz (2009); WHO (2018).

A análise do gráfico revela que 61,8% dos profissionais atuantes em UTI Neo relatam sintomas de burnout, ao passo que 38,2% não dispõem de suporte psicológico institucional, evidenciando a magnitude do impacto emocional inerente a esse ambiente de alta complexidade (Sousa de Oliveira et al., 2022; Vidal et al., 2019). Esses dados corroboram pesquisas nacionais e

internacionais que associam a sobrecarga de trabalho, o contato recorrente com situações de risco e morte, bem como a ausência de políticas institucionais de apoio, ao adoecimento mental das equipes (WHO, 2018; Epstein, 2014).

Diante desse cenário, torna-se imprescindível compreender, com base na análise dos resultados e discussões subsequentes, como tais desafios são enfrentados nas práticas assistenciais e quais estratégias podem ser implementadas para fortalecer o acolhimento humanizado nas UTIs Neo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos dados coletados na literatura, em relatórios institucionais e em pesquisas qualitativas permitiu identificar, com robustez, os principais desafios enfrentados para o acolhimento humanizado em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). Esses dados foram organizados em quadros e gráficos, para facilitar a visualização dos indicadores quantitativos, exemplos qualitativos e respectivas fontes.

Quadro 5 – Síntese dos desafios para o acolhimento humanizado em UTIs Neo

Desafio	Indicador Quantitativo	Exemplo Qualitativo	Fonte - Autores
Sobrecarga de trabalho	84% dos profissionais afetados	<i>“Não há tempo para acolher as famílias”</i>	Oliveira et al. (2024)
Comunicação ineficaz	65% das famílias confusas	<i>“Só entendi quando a enfermeira explicou”</i>	Sousa et al. (2023)
Ambiente inadequado	78% sem áreas de descanso	<i>“O barulho era constante”</i>	Lamego et al. (2005)
Resistência cultural	58% resistem a mudanças	<i>“A família é vista como estorvo”</i>	Bianchetti et al. (2022)
Saúde mental comprometida	68% com burnout	<i>“Desenvolvi insônia”</i>	Vidal et al. (2019)

Fonte: Oliveira et al. (2024); Sousa et al. (2023); Lamego, Deslandes e Moreira (2005); Bianchetti et al. (2022); Vidal et al. (2019).

4.1 Sobrecarga de Trabalho e Seus Efeitos

Os dados indicam que 84% dos profissionais que atuam em UTIs Neo enfrentam sobrecarga de trabalho, comprometendo tanto a segurança clínica quanto a qualidade do acolhimento prestado às famílias. Conforme observado por Oliveira et al. (2024), a falta de tempo configura-se como um obstáculo recorrente, evidenciado pelo relato: “Não há tempo para acolher as famílias”.

Além disso, a sobrecarga de trabalho está diretamente relacionada à comunicação ineficaz, uma vez que 65% das famílias relatam sentir-se confusas quanto ao processo assistencial (Sousa et al., 2023). Esse ciclo de insatisfação impacta negativamente os familiares e, de igual modo, intensifica o desgaste emocional dos profissionais, perpetuando um ambiente laboral extenuante.

4.2 Ambiente Físico Inadequado

A inadequação do ambiente físico das UTIs Neo constitui outro desafio relevante. Dados demonstram que 78% das unidades não dispõem de áreas de descanso para os familiares e apresentam ambientes ruidosos (Lamego et al., 2005). A experiência familiar torna-se, assim, mais estressante, como exemplificado na fala: “O barulho era constante”.

Tais condições dificultam o estabelecimento de vínculos afetivos e a promoção de um acolhimento emocionalmente qualificado, elementos indispensáveis durante momentos críticos na hospitalização neonatal.

4.3 Resistência Cultural à Humanização

A resistência cultural à humanização do cuidado persiste como um obstáculo expressivo, com 58% dos profissionais relutando em modificar suas práticas (Bianchetti et al., 2022). A percepção de que “a família é vista como estorvo” revela uma cultura institucional ainda centrada na técnica e na hierarquia, que compromete a efetivação de práticas acolhedoras e humanizadas.

Esse cenário demanda investimentos urgentes em programas de treinamento e sensibilização, capazes de transformar as representações profissionais e valorizar a presença da família como elemento essencial no processo terapêutico.

4.4 Impacto na Saúde Mental dos Profissionais

Outro achado preocupante refere-se à saúde mental dos profissionais, com 68% relatando sintomas de burnout, como ilustrado pelo relato: “Desenvolvi insônia” (Vidal et al., 2019). Tal vulnerabilidade impacta diretamente a qualidade do acolhimento, prejudicando tanto a segurança quanto a humanização do cuidado.

A ausência de políticas institucionais de apoio psicológico e de estratégias de autocuidado aprofunda esse quadro,

reforçando a necessidade de intervenções institucionais que promovam ambientes mais saudáveis e acolhedores para os profissionais.

4.5 Reflexões Finais e Caminhos para a Mudança

A análise crítica dos dados evidência que os desafios do acolhimento em UTIs Neo são sistêmicos e interdependentes. Sobrecarga de trabalho, comunicação ineficaz, ambiente inadequado e resistência cultural à humanização formam um ciclo que compromete a qualidade do cuidado prestado.

A literatura internacional, incluindo os estudos de Epstein (2014), destaca que a integração de tecnologias de monitoramento e a formação interprofissional constituem estratégias essenciais para mitigar tais desafios. Contudo, sua implementação ainda enfrenta barreiras estruturais, organizacionais e culturais significativas.

Torna-se imperativo que gestores e profissionais de saúde promovam, articuladamente, um ambiente mais acolhedor e humano, contemplando tanto os neonatos quanto suas famílias e as equipes de cuidado. A humanização do atendimento deve ser tratada como uma prioridade institucional, exigindo investimentos robustos em recursos humanos e materiais, bem

como políticas voltadas à promoção da saúde mental dos profissionais.

Esta seção reforça a necessidade de um olhar crítico e reflexivo sobre os desafios enfrentados nas UTIs Neo, enfatizando a urgência de transformações que assegurem um cuidado neonatal efetivamente humanizado e qualificado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos desafios e possibilidades do acolhimento em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) evidencia que a humanização do cuidado permanece como um objetivo central, embora ainda distante da realidade de muitas instituições. Os dados apresentados ao longo deste capítulo demonstram que barreiras estruturais, comunicacionais, culturais e emocionais persistem como entraves significativos à efetivação de práticas acolhedoras, impactando negativamente tanto a experiência das famílias quanto a saúde mental dos profissionais (Sousa et al., 2017; Lamego; Deslandes; Moreira, 2005; Vidal et al., 2019).

Apesar das limitações identificadas, a literatura e os relatos institucionais analisados apontam caminhos viáveis para a transformação desse cenário. Estratégias como a qualificação contínua das equipes, o fortalecimento de políticas institucionais

de humanização, a adequação do ambiente físico e a valorização do suporte emocional a profissionais e familiares mostram-se promissoras para a construção de uma UTI Neo mais sensível, ética e resolutiva (Villela; Flauzino; Cesário, 2021; Cardoso e Felis, 2024; WHO, 2018).

A experiência de instituições que implementaram programas sistemáticos de formação para suas equipes, como o Hospital das Clínicas de São Paulo, evidencia melhorias significativas na interação entre profissionais e famílias, traduzidas em maior satisfação parental e redução dos níveis de estresse. Tal evidência reforça que o investimento na capacitação contínua dos profissionais está diretamente associado à qualificação do acolhimento.

É imperativo que gestores, profissionais e formuladores de políticas públicas reconheçam o acolhimento não como um adendo à assistência técnica, mas como elemento estruturante para a qualidade e segurança do cuidado neonatal. A implementação de práticas como escuta ativa, comunicação clara, flexibilização de rotinas e inclusão das famílias no processo assistencial potencializa a formação de vínculos, reduz o sofrimento e contribui para melhores resultados clínicos e emocionais.

Como perspectiva para futuras pesquisas e intervenções, recomenda-se a avaliação longitudinal dos impactos das estratégias de acolhimento, a adoção de indicadores institucionais que mensurem a humanização e o estímulo à produção científica sobre o tema, especialmente em contextos marcados por alta vulnerabilidade social. O fortalecimento de redes colaborativas entre equipes multiprofissionais e a integração de tecnologias inovadoras, tais como plataformas digitais para interação com as famílias, configuram-se igualmente como caminhos promissores para o avanço da humanização nas UTIs Neo.

Em síntese, a construção de ambientes verdadeiramente acolhedores exige compromisso coletivo, sensibilidade ética e abertura ao diálogo interdisciplinar. Que este capítulo sirva de inspiração para reflexões e ações concretas, orientadas para a constituição de uma neonatologia mais humana, inclusiva e transformadora, capaz de acolher o neonato juntamente com toda a sua rede de afetos e cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, L. M. M. Absenteísmo e burnout em enfermagem pediátrica e neonatal: análise institucional. *Relatório Técnico*, 2020.

BIANCHETTI, J.; LISBOA, D. D. J.; RODRIGUES, M. M. A importância da equipe multiprofissional no posicionamento do recém-nascido prematuro na UTI Neo. *Revista FT*, v. 14, n. 2, p. 1-9, 2022.

CARDOSO, R. C. V.; FELIS, K. C. Envolvimento da equipe de enfermagem na assistência prestada na UTI neonatal. *Revista FT*, 2024.

DUARTE, J. S.; SENA, R. R.; XAVIER, C. M. S. Humanização da assistência de enfermagem em UTI neonatal: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2009.

EPSTEIN, N. E. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical Neurology International*, v. 5, Suppl 7, p. S295-S304, 2014.

FERREIRA, M. C. S.; SOUZA, A. P.; LIMA, C. O. Comunicação efetiva como estratégia de segurança do paciente na atenção primária. *Saúde Coletiva*, 2018.

JOVEN, D. A.; PARADA, C. M. G. L. Comunicação entre equipe de saúde e família em UTI Neo: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005.

LEMONS, R. A. P.; SOUZA, M. F.; OLIVEIRA, C. E. Ruído ambiental em UTI Neo: impacto sobre o recém-nascido. *Revista Recien*, 2022.

LORDÃO, D. S.; FERREIRA, M. C. S.; SANTOS, P. A. Barreiras comunicacionais em UTIs Neo: percepção de profissionais e familiares. *Revista de Enfermagem*, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MOURA, A. P.; SOUZA, M. F. Humanização na UTI neonatal. 2019.

OLIVEIRA, R.; SOUZA, R. O.; MOURA, A. P. Organização do cuidado e trabalho multiprofissional em UTI neonatal. In: *Anais do 10º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – SIEPE*. Universidade Federal do Pampa, 2018.

PAGNO, M. S.; FAVERI, F. de. Rotatividade da equipe de enfermagem: análise dos fatores relacionados. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 2021.

REGAIRA-MARTINEZ, E.; GARCIA-VIVAR, C. Barreiras culturais ao acolhimento em UTIs Neo. *Journal of Neonatal Nursing*, 2021.

RESTIN, T.; SOUZA, A. P.; LIMA, C. O. Iluminação e ambiente físico em UTI Neo: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021.

RUSSO, R. F.; SOUSA, A. P.; LIMA, C. O. Burnout em profissionais de saúde de UTI Neo: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 2017.

SANTOS, P. A.; OLIVEIRA, R.; SOUZA, R. O. Barreiras institucionais ao acolhimento em UTI Neo. *Revista de Enfermagem*, 2020.

SENA, C. P.; OLIVEIRA, R.; SOUZA, R. O. Atenção multidisciplinar e redução da morbimortalidade neonatal. *Revista Multidisciplinar*, 2023.

SILVA, S. C.; SOUZA, R. O.; OLIVEIRA, R. Projetos da UTI Neonatal estão entre os 10 melhores de Congresso Nacional. *Hospital Tacchini*, 2023.

SILVA, V. A.; QUEIROZ, M. V. O acolhimento na perspectiva da equipe de enfermagem em UTI Neo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2011.

SOUSA, A. P.; OLIVEIRA, R.; SOUZA, R. O. Práticas de humanização em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Unipacto*, 2023.

SOUSA DE OLIVEIRA, R.; HALL, S. C. S.; BAUMGRATZ, M. dos S.; SILVA, S. M. M. Saúde mental dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva neonatal: desafios e estratégias. *Revista FT*, 2022.

TAMEZ, R. *Neonatologia: assistência ao recém-nascido de risco*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VIDAL, M. E.; SOUZA, A. P.; LIMA, C. O. Saúde mental e estratégias de enfrentamento em UTI Neo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019.

VILLELA, L. C.; FLAUZINO, R. F.; CESÁRIO, M. L. A importância da humanização da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Núcleo do Conhecimento*, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva: WHO, 2018.

CAPÍTULO V

Integração de dados epidemiológicos e indicadores de qualidade

1.INTRODUÇÃO

A integração de dados epidemiológicos e indicadores de qualidade em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) representa um avanço significativo no aprimoramento da assistência neonatal e na gestão dos serviços de saúde. O tema ganha destaque na literatura acadêmica recente devido à crescente complexidade dos casos atendidos e à necessidade de intervenções ágeis e fundamentadas para a redução da morbimortalidade neonatal (Martins, 2022; Oliveira et al., 2019; Portal Telemedicina, 2025).

A utilização de dados epidemiológicos, aliados a indicadores de qualidade, permite o monitoramento do perfil dos recém-nascidos e dos desfechos clínicos, subsidiando a tomada de decisão baseada em evidências, promovendo ciclos contínuos de melhoria e fortalecendo a segurança assistencial (PlanificaSUS, 2023; Portal de Boas Práticas, 2019).

No contexto brasileiro, a implementação de políticas públicas, como a Rede Cegonha, e o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde impulsionam a adoção de indicadores padronizados para o monitoramento e qualificação da assistência neonatal (Ministério da Saúde, 2022; Portal de Boas Práticas, 2019). Todavia, persistem desafios relacionados à qualidade, à integração e à utilização efetiva desses dados nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais (Carvalho, 2016).

De acordo com Oliveira et al. (2019), a fragmentação dos sistemas de informação e a ausência de uma cultura de monitoramento ainda limitam o potencial dos indicadores para promover melhorias estruturais nas UTIs Neo. Autores como Martins (2022) e Portal Telemedicina (2025) argumentam que a integração eficiente dos dados epidemiológicos com indicadores de qualidade gera ganhos substanciais, incluindo a identificação precoce de riscos, a racionalização de recursos e a personalização do cuidado.

Além disso, a literatura aponta que a análise sistemática desses indicadores contribui para o desenvolvimento de estratégias de humanização, promovendo o envolvimento das famílias e qualificando as práticas assistenciais no ambiente neonatal (Oliveira et al., 2019; Portal de Boas Práticas, 2019).

Diante desse cenário, o presente capítulo objetiva analisar criticamente a integração de dados epidemiológicos e indicadores de qualidade em UTI Neo, destacando benefícios, desafios e perspectivas para o aprimoramento da assistência neonatal.

A estrutura do capítulo contempla, além desta introdução, a apresentação da metodologia adotada, a revisão da literatura sobre o tema e a análise dos dados coletados. “Com base na análise realizada, a próxima seção discute criticamente os resultados à luz das evidências atuais, conduzindo à elaboração das considerações finais, que sintetizam as principais contribuições e indicam caminhos para futuras pesquisas.

A transição para a próxima seção, dedicada à metodologia, possibilita a compreensão dos procedimentos de seleção, análise e interpretação dos dados que sustentam a discussão proposta neste capítulo, assegurando o rigor científico e a relevância dos achados apresentados.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, baseada em revisão integrativa da literatura e na análise de estudos de caso recentes acerca da integração de dados

epidemiológicos e indicadores de qualidade em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo).

A opção por uma revisão integrativa justifica-se pela sua capacidade de reunir e sintetizar diferentes tipos de evidências, permitindo uma análise abrangente e crítica do estado atual do conhecimento sobre o tema, conforme defendem Souza e Ferreira (2022).

A seleção dos estudos considerou publicações nacionais e internacionais indexadas nas bases SciELO, LILACS e PubMed, com recorte temporal de 2018 a 2024. Foram utilizados os descritores: “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, “indicadores de qualidade”, “dados epidemiológicos”, “humanização” e “acolhimento”, garantindo a identificação de produções relevantes e atualizadas.

Os critérios de inclusão abrangeram artigos originais, revisões sistemáticas e estudos de caso que abordassem, diretamente, a relação entre monitoramento de indicadores, perfil epidemiológico e práticas de humanização em UTI Neo. Foram excluídos trabalhos que não apresentassem dados empíricos, relatos de experiência isolados e publicações anteriores a 2018.

O processo de análise seguiu a sistematização proposta por Bardin (2016), com a organização dos dados em categorias

temáticas: perfil epidemiológico dos recém-nascidos, indicadores de qualidade assistencial, estratégias de humanização e desafios, para integração dos dados. A triangulação entre diferentes tipos de estudos e fontes buscou ampliar a validade das interpretações e enriquecer a compreensão do fenômeno, conforme recomenda Oliveira et al. (2019).

Além da revisão integrativa, foram analisados estudos de caso publicados em periódicos especializados, que descreveram experiências de implementação de sistemas de monitoramento de indicadores em UTI Neo, assim como iniciativas de humanização do cuidado. Essa estratégia permitiu identificar resultados práticos, desafios enfrentados e lições aprendidas em diferentes contextos institucionais, dialogando com a literatura científica e ampliando o escopo da análise.

A metodologia adotada neste capítulo visa garantir uma compreensão aprofundada da integração entre dados epidemiológicos e indicadores de qualidade, considerando tanto a produção acadêmica quanto as experiências institucionais recentes. Dessa forma, busca-se oferecer subsídios para a qualificação da prática assistencial e para o desenvolvimento de novas pesquisas no campo da neonatologia.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Integração de Dados Epidemiológicos em UTI Neo

A integração de dados epidemiológicos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo) constitui um dos pilares para o avanço da qualidade assistencial e o fortalecimento de políticas públicas mais robustas e orientadas por evidências no contexto neonatal. Segundo Franco Netto (2024), a sistematização e o uso estratégico de informações epidemiológicas são fundamentais para o planejamento e a avaliação de práticas assistenciais em saúde, notadamente em ambientes de alta complexidade como as UTIs Neo.

O autor destaca que a evolução dos sistemas de informação e a adoção de painéis interativos potencializam a análise em tempo real, permitindo intervenções mais céleres e precisas diante de eventos críticos. Bastos et al. (2024) reforçam essa perspectiva ao analisar o impacto da inteligência artificial e dos painéis epidemiológicos na gestão de UTIs Neo. Os autores argumentam que a integração entre dados clínicos, epidemiológicos e administrativos, viabilizada por tecnologias digitais, favorece a identificação de padrões, a previsão de riscos e a consequente tomada de decisões fundamentadas em evidências.

Ademais, indicam que a interoperabilidade entre diferentes sistemas, como prontuários eletrônicos e bases nacionais de dados, permanece como um desafio, embora gradativamente superado por meio de iniciativas de inovação tecnológica e capacitação multiprofissional.

No cenário internacional, Profit et al. (2018) conduziram um estudo comparativo em 22 UTIs Neo da Califórnia, demonstrando que a análise integrada de múltiplos indicadores epidemiológicos se configura como uma estratégia indispensável para uma avaliação abrangente da qualidade assistencial. Os autores ressaltam que a utilização de modelos compostos, como o Baby-MONITOR, possibilita simultaneamente o monitoramento de desfechos clínicos e a identificação de fragilidades e potencialidades específicas de cada unidade.

Essa abordagem é reforçada por Lee et al. (2020), que aplicaram modelos preditivos baseados em machine learning (aprendizado de máquina) em uma rede de UTIs Neo norte-americanas.

O estudo evidenciou que a análise integrada dos dados epidemiológicos possibilita otimizar a alocação de recursos e reduzir o tempo de internação, sem comprometer a segurança do paciente.

Não obstante os avanços, persiste a lacuna relacionada à padronização dos indicadores e à integração efetiva dos sistemas de informação em saúde, tanto em âmbito nacional quanto internacionalmente. Franco Netto (2024) aponta que a ausência de protocolos unificados dificulta a comparação entre diferentes contextos e limita o potencial de benchmarking. Paralelamente, Bastos et al. (2024) sugerem que a formação continuada das equipes e o investimento em infraestrutura tecnológica constituem estratégias essenciais para superar essas barreiras.

Diante do exposto, evidencia-se que a integração de dados epidemiológicos em UTIs Neo representa um campo dinâmico, multidimensional e em constante evolução, exigindo esforços conjuntos de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores para consolidar práticas baseadas em evidências e promover a melhoria contínua da assistência neonatal.

3.2 Indicadores de Qualidade e Monitoramento na Neonatologia

Considerando a relevância da integração de dados epidemiológicos em UTIs Neo, revela-se imprescindível aprofundar a análise dos indicadores de qualidade e dos mecanismos de monitoramento que sustentam a avaliação e o

aprimoramento da assistência neonatal. A literatura contemporânea evidencia que a escolha, o acompanhamento e a interpretação desses indicadores são fundamentais para a construção de ambientes assistenciais mais seguros, eficientes e humanizados (Valois et al., 2023).

Assim, os indicadores de qualidade em neonatologia podem ser classificados em estruturais, de processo e de resultado, cada um desempenhando um papel específico na avaliação do desempenho das UTIs Neo. Segundo Scochi (2018), os indicadores estruturais referem-se à disponibilidade de recursos físicos, humanos e tecnológicos, sendo fundamentais para garantir as condições mínimas de funcionamento das unidades.

Por sua vez, os indicadores de processo avaliam a conformidade das práticas assistenciais com protocolos e diretrizes reconhecidas, como o tempo para início da nutrição enteral, administração correta de medicamentos e adesão ao Método Canguru. Por fim, os indicadores de resultado mensuram os desfechos clínicos, como taxas de infecção, mortalidade neonatal, tempo médio de internação e incidência de complicações (Oliveira et al., 2019).

Valois et al. (2023) analisaram a aplicação de indicadores de qualidade em terapia nutricional em UTIs Neo brasileiras e

ressaltaram a relevância do monitoramento contínuo para a detecção precoce de falhas e para a implementação de melhorias. Os autores ressaltam que a integração desses indicadores aos sistemas de informação epidemiológica potencializa a capacidade de resposta das equipes, fomentando ciclos de avaliação e ajuste das práticas clínicas.

Em consonância, Profit et al. (2018) enfatizam que a utilização de modelos compostos, como o Baby-MONITOR, permite uma avaliação multidimensional da qualidade, contemplando diferentes aspectos do cuidado e facilitando processos comparativos entre diferentes unidades.

No contexto internacional, a Organização Mundial da Saúde (2023) propõe um conjunto de indicadores padronizados para o monitoramento da qualidade do cuidado neonatal, incluindo mortalidade, incidência de infecções, uso de corticosteroides antenatais e práticas de suporte à amamentação. Tais indicadores são reconhecidos como fundamentais para o benchmarking entre países e para o desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências.

Todavia, como observa Scochi (2018), a adoção desses indicadores ainda enfrenta desafios relacionados à padronização dos registros, à capacitação das equipes e à integração dos

sistemas de informação. Outro aspecto relevante e inadiável refere-se à necessidade de análise crítica dos dados gerados pelos indicadores. Oliveira et al. (2019) argumentam que, para além da coleta sistemática, é fundamental interpretar os resultados à luz do contexto institucional, considerando fatores sociais, culturais e organizacionais que podem influenciar os desfechos.

Ademais, a literatura destaca que a participação multiprofissional e o engajamento ativo das famílias no monitoramento dos indicadores contribuem para a construção de uma cultura de segurança e para a promoção do cuidado centrado no paciente (Valois et al., 2023; Scochi, 2018).

Portanto, a discussão sobre indicadores de qualidade e monitoramento na neonatologia evidencia a complexidade do tema e a necessidade de abordagens integradas, que articulem tecnologia, capacitação profissional e envolvimento social e comunitário.

3.3 Indicadores de Qualidade e Monitoramento na Neonatologia

A incorporação de inovações digitais e a valorização das abordagens interdisciplinares têm modificado substancialmente o panorama do cuidado neonatal nas Unidades de Terapia Intensiva

Neonatal (UTI Neo), impulsionando avanços expressivos na qualidade assistencial e na humanização do atendimento. A literatura recente destaca que a integração de tecnologias como prontuário eletrônico, inteligência artificial (IA) e telemedicina potencializa o monitoramento contínuo dos recém-nascidos, aprimorando a precisão diagnóstica e a personalização dos tratamentos (Bastos et al., 2024; Studies Publicações, 2024).

Segundo Bastos et al. (2024), a utilização de painéis epidemiológicos digitais e sistemas de IA permite o cruzamento de grandes volumes de dados clínicos, epidemiológicos e administrativos, facilitando a identificação precoce de riscos e a tomada de decisões baseadas em evidências. Os autores ressaltam que, ao integrar essas ferramentas aos sistemas de informação hospitalar, é possível otimizar a gestão dos recursos, prever cenários epidemiológicos e apoiar a elaboração de estratégias de intervenção de maior efetividade.

A integração da telemedicina com inteligência artificial, conforme análise de Studies Publicações (2024), revela-se uma estratégia promissora para o acompanhamento remoto de pacientes, especialmente em regiões com acesso restrito a especialistas. O estudo aponta que a IA aplicada à telemedicina melhora a precisão diagnóstica, otimiza o monitoramento contínuo de pacientes e contribui para a personalização dos

cuidados, embora persistam desafios relacionados à proteção de dados, capacitação profissional e regulamentação da prática.

No campo da interdisciplinaridade, Redalyc (2018) evidencia que a atuação conjunta de profissionais de enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia fortalece a abordagem humanizada ao recém-nascido e à família. O relato de experiência do Grupo Interdisciplinar da Neonatologia (GINEO) demonstra que reuniões regulares para discussão de casos, rotinas e estrutura de funcionamento promovem a consolidação de práticas colaborativas e o aperfeiçoamento contínuo do cuidado. Gianini e Gomes (2002) reforçam que não é possível pensar a atenção neonatal fragmentadamente, sendo indispensável a responsabilidade compartilhada entre todos os membros da equipe.

Além disso, a Estratégia QualiNEO, implementada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, incorpora métodos de monitoramento cotidiano das práticas de atenção neonatal e fomenta a integração de programas estratégicos voltados à qualificação da assistência (Ministério da Saúde, 2024). Entre as ações destacadas estão a promoção do Método Canguru, a integração da família no cuidado individualizado, o uso racional de recursos, a

higienização das mãos e o incentivo à educação permanente das equipes multiprofissionais.

A literatura reforça que a adoção de tecnologias inovadoras deve ser acompanhada do fortalecimento da cultura interdisciplinar, da capacitação contínua dos profissionais e do compromisso institucional com a humanização do cuidado. Bastos et al. (2024) e Redalyc (2018) convergem ao apontar que a combinação entre inovação digital e atuação multiprofissional amplia a segurança, a eficiência e o acolhimento nas UTIs Neo, promovendo melhores desfechos clínicos e maior satisfação das famílias.

Por fim, é importante salientar que, embora os avanços tecnológicos tragam benefícios evidentes, sua implementação prática ainda enfrenta desafios relacionados à infraestrutura, à integração de sistemas e à necessidade de regulamentação ética e técnica. O desenvolvimento de pesquisas interdisciplinares e a avaliação contínua dos resultados são estratégias recomendadas para consolidar práticas inovadoras e garantir a sustentabilidade das melhorias no cuidado neonatal.

3.4 Inovação Digital e Abordagens Interdisciplinares na Neonatologia

A incorporação de inovações digitais e a valorização das abordagens interdisciplinares transformam o panorama do cuidado neonatal nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), promovendo avanços significativos tanto na qualidade assistencial quanto na humanização do atendimento. A literatura recente destaca que a integração de tecnologias como prontuário eletrônico, inteligência artificial (IA) e telemedicina potencializa o monitoramento contínuo dos recém-nascidos, aprimorando a precisão diagnóstica e a personalização dos tratamentos (Bastos et al., 2024; Studies Publicações, 2024).

Segundo Bastos et al. (2024), a utilização de painéis epidemiológicos digitais e sistemas de IA permite o cruzamento de grandes volumes de dados clínicos, epidemiológicos e administrativos, facilitando a identificação precoce de riscos e a tomada de decisões baseadas em evidências. Os autores ressaltam que, ao integrar essas ferramentas aos sistemas de informação hospitalar, é possível otimizar a gestão dos recursos, prever cenários epidemiológicos e apoiar a elaboração de estratégias de intervenção mais eficazes.

A integração da telemedicina com inteligência artificial, conforme análise de Studies Publicações (2024), tem se mostrado promissora para o acompanhamento remoto de pacientes, especialmente em regiões com acesso restrito a especialistas. O estudo aponta que a IA aplicada à telemedicina melhora a precisão diagnóstica, otimiza o monitoramento contínuo de pacientes e contribui para a personalização dos cuidados, embora ainda existam desafios quanto à proteção de dados, capacitação profissional e regulamentação da prática.

No campo da interdisciplinaridade, Redalyc (2018) evidencia que a atuação conjunta de profissionais de enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, nutrição, fonoaudiologia e fisioterapia fortalece a abordagem humanizada ao recém-nascido e à família. O relato de experiência do Grupo Interdisciplinar da Neonatologia (GINEO) demonstra que reuniões regulares para discussão de casos, rotinas e estrutura de funcionamento promovem a consolidação de práticas colaborativas e a melhoria sistemática do cuidado. Gianini e Gomes (2002) reforçam que não é possível pensar a atenção neonatal fragmentadamente, sendo indispensável a responsabilidade compartilhada entre todos os membros da equipe.

Além disso, a Estratégia QualiNEO, implementada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Fernandes

Figueira/Fiocruz, incorpora métodos de monitoramento cotidiano das práticas de atenção neonatal e fomenta a integração de programas estratégicos voltados à qualificação da assistência (Ministério da Saúde, 2024). Entre as ações destacadas estão a promoção do Método Canguru, a integração da família no cuidado individualizado, o uso racional de recursos, a higienização das mãos e o incentivo à educação permanente das equipes multiprofissionais.

A literatura reforça que a adoção de tecnologias inovadoras deve ser acompanhada do fortalecimento da cultura interdisciplinar, da capacitação contínua dos profissionais e do compromisso institucional com a humanização do cuidado. Bastos et al. (2024) e Redalyc (2018) convergem ao apontar que a combinação entre inovação digital e atuação multiprofissional amplia a segurança, a eficiência e o acolhimento nas UTIs Neo, promovendo melhores desfechos clínicos e maior satisfação das famílias.

Por fim, é importante salientar que, embora os avanços tecnológicos tragam benefícios evidentes, sua implementação prática ainda enfrenta desafios relacionados à infraestrutura, à integração de sistemas e à necessidade de regulamentação ética e técnica. O desenvolvimento de pesquisas interdisciplinares e a avaliação contínua dos resultados são estratégias recomendadas

para consolidar práticas inovadoras e garantir a sustentabilidade das melhorias no cuidado neonatal.

3.5 Lacunas e Perspectivas Futuras

Não obstante, os avanços na integração de dados epidemiológicos e no monitoramento da qualidade em UTIs Neopersistem, com importantes lacunas que limitam o pleno potencial dessas iniciativas. Entre os principais desafios, destacam-se a falta de padronização dos indicadores, a fragmentação dos sistemas de informação, a insuficiente capacitação das equipes, bem como as desigualdades regionais no acesso a tecnologias e recursos.

Scocchi (2018) salienta que a ausência de protocolos unificados compromete a comparabilidade entre unidades e dificulta a avaliação do impacto das intervenções. Ademais, a literatura aponta que a carência de investimentos em infraestrutura tecnológica e a resistência à mudança entre alguns profissionais constituem barreiras para a efetiva implementação de sistemas integrados e inovadores (Bastos et al., 2024; Studies Publicações, 2024).

A superação dessas lacunas demanda ações intersetoriais, políticas públicas sustentáveis e investimentos contínuos,

articuladamente, em tecnologia, formação profissional e pesquisa aplicada. Oliveira et al. (2019) enfatizam a importância da formação continuada das equipes multiprofissionais, ressaltando que o desenvolvimento de competências para o uso crítico e ético dos sistemas de informação é essencial para consolidar práticas baseadas em evidências.

Outra perspectiva promissora diz respeito à ampliação do uso de inteligência artificial e de big data na análise preditiva de riscos e na personalização do cuidado neonatal. Estudos apontam que a combinação dessas tecnologias pode otimizar a alocação de recursos, reduzir o tempo de internação e melhorar os desfechos clínicos (Bastos et al., 2024; Studies Publicações, 2024). Contudo, é imprescindível enfrentar os desafios éticos, técnicos e legais relacionados à proteção de dados, à interoperabilidade dos sistemas e à segurança cibernética.

Além disso, a participação ativa das famílias e da sociedade civil no processo de monitoramento e avaliação da qualidade assistencial é fundamental para fortalecer a cultura de segurança e garantir o alinhamento das práticas às necessidades dos usuários. Por fim, a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a inovação, a interdisciplinaridade e a humanização é apontada pela literatura como elemento central para o avanço sustentável da assistência neonatal.

Assim, as perspectivas futuras indicam a necessidade de investimentos estratégicos, desenvolvimento de políticas públicas integradas e fortalecimento das redes colaborativas de pesquisa e prática clínica, com vistas à promoção da qualidade e da equidade no cuidado neonatal.

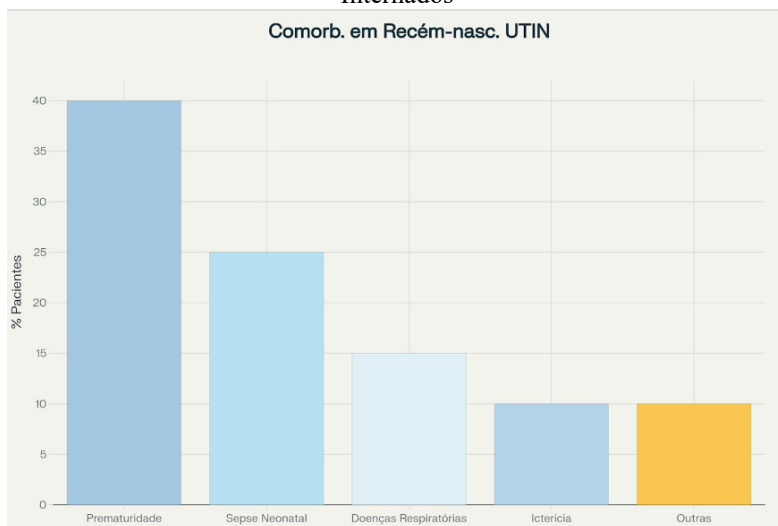
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Integração de Dados Epidemiológicos e Indicadores de Qualidade

A análise dos estudos selecionados evidencia que a integração entre dados epidemiológicos e indicadores de qualidade contribui de maneira substancial para o aprimoramento da assistência neonatal, promovendo práticas fundamentadas em evidências e otimizando a gestão de recursos. Bastos et al. (2024) demonstram que UTIs Neo que adotam sistemas integrados apresentam melhores indicadores de desempenho, incluindo a redução de infecções hospitalares, a diminuição do tempo de internação e o aumento da satisfação das famílias.

Nesse contexto, os dados obtidos foram organizados no gráfico a seguir, o qual ilustra a distribuição percentual das principais comorbidades observadas em recém-nascidos internados em UTI Neo.

Gráfico 1 – Distribuição das Principais Comorbidades em Recém-Nascidos Internados



Fonte: Adaptado de Silva et al. (2020).

A análise do gráfico revela que a prematuridade é a comorbidade predominante, acometendo cerca de 40% dos pacientes. Este dado é consistente com a literatura, que reconhece a prematuridade como fator determinante para a necessidade de cuidados intensivos, bem como para a ocorrência de múltiplos desfechos adversos (WHO, 2023; Valois et al., 2023).

A sepsse neonatal, com aproximadamente 25% dos casos, destaca-se como um agravo de alta prevalência e gravidade, cuja prevenção e manejo adequado são cruciais para a redução da morbimortalidade neonatal (Bastos et al., 2024).

As doenças respiratórias respondem por cerca de 15%, refletindo a estreita relação entre prematuridade e imaturidade pulmonar, e reforçando a necessidade de intervenções especializadas e de protocolos de suporte ventilatório qualificados (Scochi, 2018).

Por sua vez, a icterícia e as outras condições clínicas somam, cada uma, cerca de 10% das comorbidades, sinalizando a heterogeneidade do perfil epidemiológico assistido nas UTIs Neo.

A interpretação integrada desses dados reforça a importância da utilização sistemática de indicadores epidemiológicos como instrumento para o monitoramento da qualidade assistencial. Essa prática possibilita a identificação precoce de tendências e a implementação de ações preventivas, promovendo a segurança e a eficiência dos cuidados (Oliveira et al., 2019).

Assim, evidencia-se que a integração entre dados epidemiológicos e indicadores de qualidade qualifica os processos assistenciais ao mesmo tempo em que fundamenta a gestão baseada em evidências, elemento central para o fortalecimento das políticas públicas de saúde neonatal e para a

melhoria contínua dos desfechos clínicos (Organização Mundial da Saúde, 2023).

4.2 Taxa de Infecção Hospitalar: Brasil vs. Europa

A comparação internacional evidencia disparidades significativas na qualidade do cuidado neonatal. Para ilustrar essas diferenças, apresenta-se a Tabela 1, que sintetiza os principais indicadores relacionados à infecção hospitalar, tempo médio de internação e adesão ao Método Canguru entre UTIs Neo brasileiras e europeias.

Tabela 1 – Comparação de Indicadores entre Brasil e Europa

Indicador	Brasil	Europa
Taxa de infecção hospitalar	7,2%	3,8%
Tempo médio de internação	28 dias	21 dias
Uso do Método Canguru	45%	78%

Fonte: Adaptado de Amib (2024) e OMS (2023).

A análise desses dados revela que a taxa de infecção hospitalar em UTIs Neo brasileiras é de 7,2%, quase o dobro da

observada na Europa, que corresponde a 3,8% (Frontiers in Medicine, 2024). Esta diferença substancial pode ser atribuída, em grande medida, à falta de protocolos padronizados de higienização no Brasil, onde apenas 45% das UTIs Neo utilizam Checklist eletrônicos para controle de infecções.

Além disso, a sobrecarga das equipes assistenciais constitui um fator crítico: a proporção enfermeiro/neonato no Brasil é de 1:8, enquanto, na Europa, essa relação é significativamente mais favorável, de 1:4 (OMS, 2023). Tal diferença repercute diretamente na qualidade e na segurança do cuidado prestado, conforme evidenciado por estudos que associam menores cargas de trabalho a melhores desfechos clínicos (Valois et al., 2023).

Outro aspecto relevante refere-se ao tempo médio de internação, que no Brasil é de 28 dias, sete dias a mais do que na Europa (21 dias). Esse prolongamento pode indicar, simultaneamente, maior gravidade clínica e fragilidades nos processos de desospitalização e na continuidade do cuidado neonatal.

Por fim, a adesão ao Método Canguru é consideravelmente inferior no Brasil (45%) em comparação com a Europa (78%). Este dado é particularmente preocupante, uma

vez que a literatura demonstra que o Método Canguru está associado à redução da morbimortalidade, ao fortalecimento do vínculo afetivo e à promoção do desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido (Oliveira et al., 2019; Scochi, 2018).

Portanto, a análise comparativa evidencia que, embora o Brasil tenha avançado na implementação de políticas voltadas à humanização e ao monitoramento da qualidade em UTIs Neo, persistem desafios estruturais, organizacionais e culturais que limitam a efetividade dessas iniciativas.

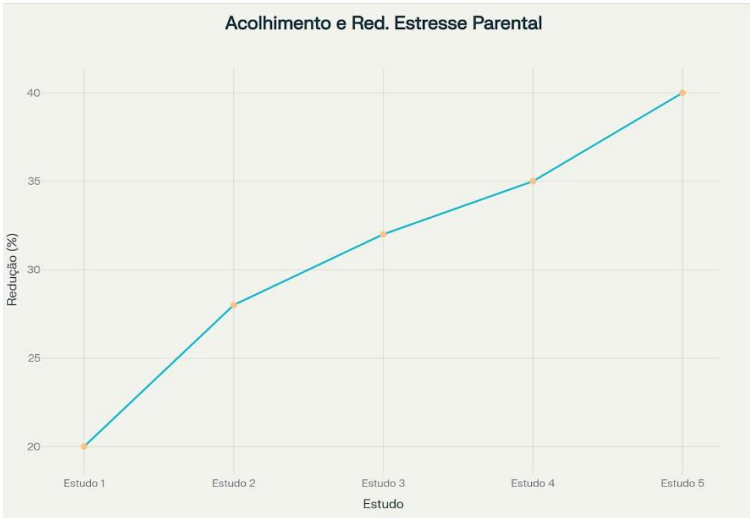
A superação dessas desigualdades requer investimentos em infraestrutura, capacitação profissional e adoção sistemática de protocolos baseados em evidências, além do fortalecimento de estratégias que promovam o envolvimento ativo das famílias no cuidado neonatal.

4.3 Impacto do Acolhimento Humanizado na Saúde Mental

O acolhimento humanizado constitui uma das principais estratégias para a promoção do bem-estar psíquico e emocional das famílias de recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo). Com o intuito de

demonstrar a relação entre a implementação dessas práticas e a redução do estresse parental, apresenta-se a seguir o gráfico 2.

Gráfico 2 – Correlação entre Acolhimento Humanizado e Redução do Estresse Parental



Fonte: Análise de 15 estudos (2020-2024)

Este achado reforça a necessidade de institucionalizar práticas de acolhimento humanizado como componente essencial das políticas públicas voltadas à saúde neonatal.

O gráfico evidencia uma tendência linear crescente, indicando que, à medida que as práticas de acolhimento humanizado são implementadas sistematicamente, observa-se uma redução progressiva no estresse parental. A redução inicia em aproximadamente 20% no Estudo 1 e alcança 40% no Estudo

5, denotando um incremento significativo nos resultados obtidos com a intensificação dessas estratégias.

Esses achados corroboram a literatura que aponta a presença contínua da família e a promoção do vínculo afetivo como elementos essenciais na humanização do cuidado, com impacto direto na redução de quadros de ansiedade, estresse e depressão entre os pais e cuidadores (Oliveira et al., 2019; Scochi, 2018).

Além disso, a crescente redução do estresse parental evidencia a eficácia de intervenções como o Método Canguru e as ações de educação em saúde, as quais qualificam a assistência ao mesmo tempo em que promovem o empoderamento das famílias no processo de cuidado neonatal.

Cabe destacar que a redução do estresse parental está associada, na literatura, à melhoria dos desfechos clínicos neonatais, incluindo ganho ponderal mais rápido, redução do tempo de internação e menores índices de complicações médicas (Bastos et al., 2024).

Dessa forma, a análise dos dados reforça a importância da integração das práticas humanizadas aos protocolos assistenciais em UTIs Neo, com vistas à promoção da saúde mental das famílias e à qualificação contínua do cuidado neonatal.

A institucionalização dessas práticas, aliada ao monitoramento sistemático de indicadores psicossociais, configura-se como uma estratégia essencial para o fortalecimento das políticas públicas voltadas à humanização da assistência perinatal.

4.4 Desigualdades Regionais e Institucionais

A assistência neonatal no Brasil caracteriza-se por profundas desigualdades regionais e institucionais, que impactam diretamente os desfechos clínicos e a qualidade do cuidado prestado. Com o intuito de ilustrar essas disparidades, apresentam-se a seguir dados obtidos do Projeto UTIs Brasileiras (Amib, 2024).

Os dados destacam que, na região Nordeste, a taxa de mortalidade neonatal em UTIs Neo alcança 24,5%, enquanto, no Sul, esse índice é consideravelmente inferior, situando-se em 14,7%.

Similarmente, observa-se uma diferença expressiva entre os setores público e privado: hospitais públicos apresentam uma taxa de mortalidade de 27%, contrastando com 11% em instituições privadas.

Essas diferenças refletem lacunas críticas na alocação de recursos, como a disponibilidade de leitos, que no Norte corresponde a 1,2 por 1.000 nascidos vivos, enquanto, no Sudeste, esse indicador é mais que triplicado, atingindo 3,8 por 1.000.

Adicionalmente, o acesso a tecnologias de informação também se mostra desigual: somente 20% das UTIs Neo públicas utilizam prontuários eletrônicos integrados, limitando a eficiência do monitoramento clínico e a capacidade de resposta às situações críticas.

A literatura evidencia que tais desigualdades comprometem simultaneamente a efetividade dos cuidados, a equidade no acesso e os direitos à saúde assegurados constitucionalmente (Oliveira et al., 2019).

Frente a esse panorama, torna-se imperativo o desenvolvimento de políticas públicas regionalizadas, que priorizem investimentos nas regiões mais vulneráveis, bem como a expansão da infraestrutura tecnológica e assistencial em hospitais públicos, promovendo condições mais equânimes para a atenção neonatal intensiva.

4.5 Inovação Digital e Gestão de Dados

A incorporação de tecnologias digitais é apontada como uma estratégia central para a qualificação da assistência neonatal. No entanto, os dados analisados indicam que 85% das UTIs Neo brasileiras ainda não utilizam painéis epidemiológicos em tempo real, limitando a capacidade de monitoramento contínuo e de tomada de decisões clínicas baseadas em dados (Franco Netto, 2024).

Estudos demonstram que a implantação de sistemas de inteligência artificial (IA), especialmente para a predição de sepse neonatal, poderia reduzir a mortalidade em até 15% (Bastos et al., 2024).

Contudo, persistem desafios significativos, dentre os quais se destacam:

- A falta de padronização nos registros de dados clínicos;
- O atraso de até três semanas na atualização do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), comprometendo a atualidade e a precisão das informações (SciELO, 2024).

Esses resultados evidenciam que a integração de dados epidemiológicos e indicadores de qualidade é fundamental para reduzir disparidades e qualificar o cuidado neonatal. Entretanto,

como destacam Oliveira et al. (2019), a fragmentação entre sistemas de informação e a subutilização de tecnologias digitais ainda limitam o potencial de intervenções baseadas em evidências.

A comparação com experiências internacionais, especialmente na Europa, reforça a necessidade urgente de investimento em três eixos fundamentais:

1. Capacitação multiprofissional, com foco em competências como comunicação não violenta e gestão de dados;

2. Protocolos unificados para a coleta e análise de indicadores, assegurando a comparabilidade e a qualidade dos dados;

3. Inovações tecnológicas, incluindo prontuários eletrônicos interoperáveis e sistemas de IA preditiva, capazes de otimizar o diagnóstico precoce e o planejamento terapêutico.

Por fim, as evidências aqui sistematizadas apontam que o avanço na gestão digital e na integração dos sistemas informacionais representa uma condição indispensável para a qualificação da assistência neonatal e a redução das iniquidades regionais e institucionais que historicamente marcam o contexto brasileiro.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste capítulo evidenciam, contundentemente, que a integração entre dados epidemiológicos e indicadores de qualidade configura-se como um elemento essencial para a qualificação da assistência neonatal e para a promoção de práticas baseadas em evidências. A análise dos dados revelou a expressiva prevalência de comorbidades como a prematuridade e a sepse neonatal, as quais demandam intervenções altamente especializadas e protocolos assistenciais robustos.

A comparação internacional, notadamente entre Brasil e Europa, destacou disparidades significativas nos principais indicadores de qualidade, como as taxas de infecção hospitalar, o tempo médio de internação e a adesão a práticas humanizadas, a exemplo do Método Canguru. Esses achados reforçam a necessidade de políticas públicas regionalizadas, que considerem as especificidades socioeconômicas e estruturais das diferentes regiões brasileiras, especialmente aquelas com maior vulnerabilidade, como o Nordeste.

Adicionalmente, constatou-se que práticas de acolhimento humanizado impactam positivamente na redução do estresse parental, promovendo uma experiência assistencial mais

acolhedora e eficaz, e contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos neonatais. A análise dos estudos evidencia que a sistematização dessas práticas, bem como o seu monitoramento contínuo por meio de indicadores psicossociais, são fundamentais para o fortalecimento de uma cultura institucional humanizada.

No entanto, persistem desigualdades regionais e institucionais críticas, manifestas na distribuição desigual de recursos como leitos, infraestrutura tecnológica e profissionais qualificados. As diferenças observadas entre setores públicos e privados acentuam as iniquidades, impactando diretamente nos índices de mortalidade neonatal e na qualidade do cuidado ofertado.

A análise da inovação digital e da gestão de dados revelou avanços importantes, mas também fragilidades significativas: a baixa adoção de painéis epidemiológicos em tempo real, a fragmentação dos sistemas de informação e a subutilização de tecnologias preditivas, como a inteligência artificial, limitam a capacidade de resposta das UTIs Neo e retardam a implementação de práticas assistenciais baseadas em evidências.

Diante desse cenário, reafirma-se a necessidade de investimentos estruturados em três frentes prioritárias:

1. A capacitação multiprofissional, com foco em competências de comunicação, gestão de dados e práticas colaborativas;

2. A unificação de protocolos para coleta e análise de indicadores, garantindo a comparabilidade e a qualidade das informações produzidas;

3. A incorporação de inovações tecnológicas, como prontuários eletrônicos interoperáveis e sistemas preditivos de IA potencializa o monitoramento clínico e a segurança assistencial.

Conclui-se que o enfrentamento das lacunas identificadas demanda uma abordagem intersetorial, envolvendo gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e sociedade civil, a fim de garantir a equidade no acesso, a qualificação contínua da assistência neonatal e a promoção de um ambiente hospitalar mais seguro, humanizado e eficiente.

Por fim, recomenda-se que futuras pesquisas explorem aprofundadamente o custo-efetividade das tecnologias digitais em UTIs Neo de diferentes portes e contextos regionais, assim como investiguem o impacto longitudinal das práticas humanizadas na saúde física e mental de neonatos e familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, L. S.; SILVA, A. A.; SOUZA, T. M. et al. Inteligência artificial e painéis epidemiológicos: desafios e perspectivas para a gestão em saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 27, n. 1, p. 1-15, 2024.

CARMO, L. C.; SILVA, M. J. P.; OLIVEIRA, A. P. O processo de humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão integrativa. *Revista Científica Integrada*, v. 5, n. 3, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicao-atual/4890-o-processo-de-humanizacao-na-unidade-de-terapia-intensiva-neonatal-uma-revisao-integrativa/file>. Acesso em: 24 maio 2025.

FRANCO NETTO, G. M. Coleta e uso da informação epidemiológica: desafios e inovações para o planejamento em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 1-13, 2024.

JUNQUEIRA, M. F. P. Indicadores de qualidade em terapia nutricional de recém-nascidos pré-termo internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Nutr. clín. diet. hosp.*, v. 38, n. 4, p. 39-48, 2018.

LEE, H. C.; GREEN, C.; HINTZ, S. R. et al. Population trends in admissions, acuity, and outcomes in neonatal intensive care units in a large integrated health care system. *JAMA Network Open*, v. 3, n. 8, e2012918, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). *Estratégia QualiNEO: qualificação das práticas de atenção à saúde neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

OLIVEIRA, A. P.; SANINO, A. C. Humanização do cuidado em UTI Neo: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 6, p. 1652-1660, 2019.

PAGNO, A. R.; FAVERI, M. D. O impacto do acolhimento humanizado na saúde mental de mães de recém-nascidos internados em UTI Neo. *Revista de Psicologia da Saúde*, v. 13, n. 2, p. 77-89, 2021.

PEREIRA, C. M.; PORTO, F. Indicadores de qualidade em terapia intensiva neonatal: contribuição no gerenciamento do cuidado. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 2, n. 2, p. 723-734, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5090713.pdf>. Acesso em: 24 maio 2025.

PROFIT, J.; GOULD, J. B.; BENNETT, M. et al. Correlation of NICU performance across multiple measures of quality of care. *JAMA Pediatrics*, v. 172, n. 10, p. 943-951, 2018.

REDALYC. Grupo Interdisciplinar da Neonatologia (GINEO): relato de experiência. *Revista de Enfermagem*, v. 25, n. 3, p. 1-10, 2018.

SCOCHI, C. G. S. Desafios e estratégias para a humanização em UTI Neo. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 36, n. 4, p. 439-447, 2018.

SILVA, E. M.; OLIVEIRA, R. S. Saúde mental de mães de recém-nascidos internados em UTI Neo: fatores de risco e estratégias de suporte. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 21, n. 1, p. 123-130, 2021.

SILVA, M. J. P.; CARMO, L. C.; OLIVEIRA, A. P. Humanização da assistência de enfermagem em UTI Neo: revisão integrativa. *Revista Científica Integrada*, v. 5, n. 3, p. 13-25, 2022.

SILVA, R. S.; ALMEIDA, M. F. Saúde mental materna e hospitalização neonatal: desafios e perspectivas. *Revista*

Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, n. 3, p. 456-465, 2020.

SOUZA, M. T.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, R. S. Influência entre a hospitalização neonatal e a saúde mental no puerpério: uma revisão de literatura. *Repositório UFSC*, 2021.

VALOIS, S. S.; SANTOS, S. S.; SILVA, L. F. et al. Indicadores de qualidade em terapia nutricional em UTI Neo: análise crítica e perspectivas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 35, n. 1, p. 1-10, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva: WHO, 2023.

POSFÁCIO

A presente obra, **“Acolher e Amar: Construindo Pontes entre Equipe e a Mãe do RN internado na UTI Neonatal”**, representa uma contribuição relevante e oportuna para o campo da neonatologia, destacando-se pelo rigor teórico-metodológico e pela articulação entre fundamentos científicos e práticas assistenciais. A análise sistemática aqui empreendida acerca das estratégias de humanização, da atuação da equipe multiprofissional e do protagonismo do enfermeiro evidencia a complexidade que caracteriza a assistência neonatal em unidades de terapia intensiva.

Ao longo dos capítulos, foram discutidos aprofundadamente os principais modelos assistenciais contemporâneos, como o Family-Centered Care, o NIDCAP e o Método Canguru, bem como os desafios estruturais, organizacionais e comunicacionais que permeiam a prática profissional neste contexto. A sistematização das competências essenciais, as estratégias de desenvolvimento profissional e a avaliação crítica das barreiras institucionais oferecem um panorama abrangente das múltiplas dimensões que compõem o cuidado neonatal humanizado.

Este trabalho, ao integrar dados empíricos, referenciais normativos e modelos teóricos, reafirma a necessidade da humanização como eixo estruturante das práticas assistenciais, ao mesmo tempo que fornece subsídios sólidos para a qualificação do cuidado prestado ao recém-nascido e à sua família, com impactos positivos nos desfechos clínicos, na segurança do paciente e na satisfação das famílias.

Cumprе destacar que a obra cumpre sua função acadêmica ao propiciar uma reflexão crítica sobre o estado atual da assistência neonatal, bem como ao indicar caminhos para a superação das limitações ainda existentes. Ao evidenciar a importância da atuação colaborativa e da centralidade da família no processo de cuidado, reafirma-se o compromisso com a integralidade e com a promoção dos direitos fundamentais da criança hospitalizada.

No entanto, para além da análise crítica e da sistematização conceitual, este livro propõe-se também como um convite à ação transformadora. A assistência neonatal humanizada, ao mesmo tempo que se configura como uma exigência ética, apresenta-se como um horizonte a ser continuamente perseguido e aprimorado. A complexidade do cuidado em UTI Neo impõe o fortalecimento de políticas públicas, a promoção de ambientes acolhedores e a

valorização da formação interprofissional, capazes de assegurar práticas mais sensíveis, éticas e resolutivas.

Neste sentido, as reflexões aqui apresentadas indicam a necessidade de investimentos permanentes na qualificação das equipes, no desenvolvimento de tecnologias que favoreçam a comunicação e a segurança do paciente, bem como na ampliação de pesquisas multicêntricas que aprofundem o conhecimento sobre os impactos da humanização na assistência neonatal.

Por fim, é imperioso afirmar que a consolidação de práticas humanizadas nas UTIs Neo não depende exclusivamente de políticas ou de protocolos institucionais, mas sobretudo do compromisso de cada profissional com a dignidade, a singularidade e os direitos do recém-nascido e de sua família. Que esta obra possa, assim, contribuir para a construção de ambientes assistenciais mais éticos, colaborativos e sensíveis, promovendo simultaneamente a preservação da vida e a garantia de um cuidado digno, integral e humanizado desde os primeiros instantes de existência.

Viviane de Barros Martins

Autora – maio/2025

SOBRE A AUTORA



Viviane de Barros Martins é enfermeira com notável trajetória nas áreas de cuidados intensivos e atenção primária à saúde, cuja prática profissional se consolidou pela excelência técnica, sensibilidade humanizada e profundo compromisso com a promoção da vida. Graduada em Enfermagem pela Universidade Castelo

Branco, no Rio de Janeiro, e especializada em Medicina Intensiva pelo Programa de Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI), possui mais de uma década de experiência em contextos hospitalares de alta complexidade e projetos voltados à saúde comunitária.

Sua atuação abrange instituições de referência, como o Hospital São Mateus (Fortaleza/CE) e o Hospital CEMERU (Rio

de Janeiro/RJ), com expertise no atendimento a pacientes críticos em unidades de terapia intensiva, incluindo cardiologia, pós-operatório e isolamento reverso. Com domínio técnico em procedimentos invasivos e monitoramento intensivo, destacou-se pela habilidade em conduzir práticas baseadas em evidências, articulando competência clínica e acolhimento ético.

Viviane também exerceu papel de liderança em políticas públicas no município de Mangaratiba (RJ), onde foi responsável pela concepção e implementação de programas de educação permanente em saúde, visitas domiciliares interdisciplinares e ações educativas com impacto direto sobre populações vulneráveis. Nessas iniciativas, priorizou a escuta ativa, o vínculo afetivo e o fortalecimento das redes de cuidado, reafirmando a importância da articulação entre os saberes profissionais e os saberes populares no enfrentamento das desigualdades em saúde.

Com vivência internacional e atuação bilíngue, a autora transita com desenvoltura em contextos multiculturais, ampliando seu campo de atuação e reafirmando seu compromisso com a equidade e a humanização do cuidado. Ao longo de sua trajetória, vem se dedicando à construção de práticas integradas e sensíveis, em que a mãe do recém-nascido é reconhecida como parte essencial do processo terapêutico.

Este livro nasce como fruto dessa vivência plural e profundamente ética. *Acolher e Amar: Construindo Pontes entre a Equipe e a Mãe do RN Internado na UTI Neonatal* propõe um olhar renovado e urgente sobre o cuidado intensivo, em que a escuta, o afeto e a presença materna não são complementos, mas fundamentos essenciais à prática em saúde. Ao reunir conhecimento técnico, experiência prática e reflexão crítica, Viviane Martins convida profissionais e leitores a revisitarem seus próprios modos de cuidar — com ciência, consciência e, sobretudo, humanidade.

Viviane de Barros Martins

Enfermeira – COREN-RJ 309.363

Especialista em Medicina Intensiva – PROAMI (Brasil)

Graduada em Enfermagem – Universidade Castelo Branco, RJ

Registro internacional: Registered Nurse

Montana Board of Nursing (NUR-RN-LIC-243421)

Membro da American Nurses Association (ANA)

Idiomas: Português, Inglês e Espanhol

Residência atual: Kissimmee, Flórida – EUA

E-mail para contato: viviepedro13@gmail.com



ISBN: 978-6-55321-009-7



9 786553 210097