

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS

PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXVIII

Capítulo 4

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA: HUMANIZAÇÃO NA UTI NEONATAL

LUIZA BORK¹
ALINE APARECIDA DA SILVA PIEROTTO²
ANA LAURA STENZEL PETRUCCI¹
ARTHUR SOSTER PRATES¹
EMILLY DOS SANTOS SIQUEIRA¹
GEORGIA LOSS OSORIO¹
ISADORA SOMENZI DE ALMEIDA¹
JÚLIA CARDOSO RAUPP¹
LIA WILKE CASTILHO¹
LIVIA PRESTES¹
MARIANA DA ROSA GRUBER¹
THAÍS MAGNUS DE SOUZA¹

¹Discente – Medicina na Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

²Docente – Escola de Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Palavras-chave: Humanização; Cuidado Centrado na Família; Cuidado Integrado à Família.

DOI

10.59290/1006022502

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Historicamente, a separação entre os cuidados perinatais e a família ocorreu na década de 1930, à medida que o trabalho de parto e o nascimento migraram do ambiente doméstico para o ambiente hospitalar. Desde então, o cuidado em saúde nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) foi guiado pelo modelo biomédico: centrado na figura do profissional de saúde, no controle rigoroso de infecções e em intervenções técnicas, possibilitadas pelos avanços na tecnologia médica (incubadoras, ventiladores mecânicos e monitores). Entretanto, essa abordagem priorizava aspectos biológicos, ocasionando o aumento da nutrição artificial de recém-nascidos (RN) e a implementação de regulamentações hospitalares mais rígidas quanto a presença e a participação da família nos cuidados neonatais, o que deixou em segundo plano as necessidades emocionais do binômio mãe e bebê e o papel da rede de apoio.

Por esse motivo, a partir da década de 1970, começaram a surgir críticas ao caráter mecanicista e desumanizador do modelo biomédico, já que pesquisas demonstraram que o vínculo entre família e bebê com a valorização do aspecto emocional também influenciam o desenvolvimento neonatal. A partir disso, o crescente movimento de Cuidado Centrado na Família (CCF) propôs a humanização do cuidado nas UTINs, que considera o toque, o contato pele a pele e a presença dos pais como essenciais para resultados de saúde satisfatórios, sendo a família responsável pelo apoio afetivo, social e de desenvolvimento, além de uma colaboradora para a tomada de decisões médicas sustentadas pelo contexto familiar.

Assim, a compreensão do RN como um ser integral e a participação ativa da família no processo terapêutico foi consolidada em 2003, pela Política Nacional de Humanização (PNH), que

valoriza a humanização do ambiente hospitalar, a inclusão e o protagonismo das famílias e a empática comunicação entre profissionais de saúde e familiares. Ademais, atualmente, os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o cuidado neonatal em serviços de saúde garantem a qualidade, segurança e humanização no atendimento aos RNs, especialmente prematuros ou gravemente enfermos, abrangendo o monitoramento contínuo, ambiente acolhedor, preservação do vínculo familiar e a presença irrestrita dos pais em UTINs e pediátricas.

O capítulo tem como objetivo apresentar e discutir o CCF e o FICare como abordagens humanizadas na assistência neonatal, destacando a importância da participação dos pais, do ambiente acolhedor, da comunicação efetiva, do suporte emocional e do trabalho multiprofissional, e demonstrar os benefícios dessas práticas para o desenvolvimento do recém-nascido, o fortalecimento do vínculo familiar e a melhoria dos desfechos clínicos na UTIN.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada nos meses de outubro e novembro de 2025, com foco na análise das principais diretrizes nacionais e internacionais sobre humanização em UTIN. Foram examinados documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Política Nacional de Humanização (PNH), da *World Health Organization* (WHO) e da *European Foundation for the Care of Newborn Infants* (EFCNI).

Além disso, foram consideradas publicações científicas recentes e recomendações oficiais de órgãos reguladores e sociedades médicas relacionadas ao *Family-Centered Care* (FCC) e ao *Family Integrated Care* (FICare). A seleção das fontes priorizou estudos e protocolos com elevado nível de evidência e aplicabilidade clí-

nica, utilizando referências atualizadas e observando rigorosamente princípios éticos e normas de escrita científica.

Os resultados foram organizados de forma descritiva e estruturados em categorias temáticas, abordando: ambiente físico humanizado, envolvimento dos pais no cuidado direto, método canguru (*Kangaroo Care*), apoio emocional e comunicação efetiva, trabalho multiprofissional, evidências dos benefícios do cuidado centrado na família e experiências e modelos de sucesso nacionais e internacionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fundamentação Teórica

Conceitos Centrais

A humanização do cuidado é parte fundamental de todo e qualquer serviço de saúde. A PNH, criada no Brasil em 2003, preconiza, com seus princípios e diretrizes, a criação de ambientes e processos de gestão e cuidado agradáveis tanto para a equipe, quanto para o usuário do sistema e sua família. Um dos pilares do PNH é o princípio do “protagonismo, responsabilidades e autonomia dos sujeitos e coletivos”, que visa incluir o paciente e seus familiares como colaboradores essenciais do seu processo saúde-doença, contribuindo para quebrar o paternalismo médico ainda vigente em muitas interações em saúde. No contexto da UTIN, o protagonismo do paciente e sua família, bem como outros processos de humanização são baseados a partir de dois conceitos: o Cuidado Centrado na Família (CCF) e o Cuidado Integrado à Família (FICare).

O CCF foi introduzido em 1993 por Helen Harrison, que entendia a família como chave no processo de cuidado e de tomada de decisões do RN internado na UTIN, sendo colaboradores da equipe médica. Esse ideal vem após décadas de separação do binômio bebê-família, principalmente quando a maioria dos partos passaram a

ocorrer em ambiente hospitalar e se pensava apenas em evitar infecções. A partir de movimentos de humanização e do reconhecimento da importância e da melhoria dos desfechos com o vínculo desde os primeiros minutos de vida, diversas mudanças filosóficas e estruturais começaram a ocorrer nas UTIN.

O CCF busca acabar com as barreiras, tanto físicas quanto de decisão sobre os cuidados médicos que existem normalmente em um ambiente de UTI. Para isso, recomenda-se que não exista restrição de tempo para o acompanhante e que sejam criados horários de visita especiais para irmãos e demais familiares. Além disso recomenda-se a participação dos pais nas discussões da equipe médica, em que as condutas são decididas. É fundamental que toda a equipe esteja preparada para explicar, de forma clara e sem termos médicos, tudo o que se passa com o bebê.

Um dos pilares essenciais do CCF é o respeito e o acolhimento das famílias, recomendando-se a criação de grupos de suporte com a equipe e outros pais. As diferenças, crenças e particularidades de cada família precisam ser consideradas e apoiadas durante todo o processo. A educação parental sobre as condições do RN, bem como sobre como manter o cuidado dele pós alta-hospital também precisa ocorrer durante o período da internação.

O contato pele a pele e o MC são dois dos principais pontos do CCF pois aumentam o vínculo, a satisfação parental e a produção de leite materno. A personalização do ambiente com itens pessoais e de conforto também é incentivada no CCF.

O Cuidado Integrado à Família (FICare) surge como um desdobramento prático e ampliado do CCF, estruturando-se como um modelo assistencial que promove a integração ativa dos pais na equipe de cuidados. O FICare propõe que os pais sejam capacitados, apoiados e acompanhados para assumir parte dos cuidados

cotidianos de seus filhos, sob supervisão da equipe multiprofissional.

Os quatro pilares fundamentais do FICare são:

I. Ambiente: precisa ser adaptado para os pais estarem confortáveis e presentes o dia inteiro. O quarto, idealmente individual, deve contar com uma cama, espaço para preparar e fazer refeições, espaço propício para realização do método pele a pele.

II. Educação e suporte à equipe: formação e treinamento específico para todos os membros que trabalham na UTIN, sendo necessária a atualização anual e aulas que capacitem os funcionários a serem também professores dos pais, capacitando-os para os respectivos cuidados de seus filhos.

III. Educação parental e suporte psicológico: ensino e treino dos cuidados diários dos bebês, bem como aulas e grupos de suporte entre pais e equipe.

IV. Participação ativa: presença dos pais nas decisões clínicas e em cuidados diários como banhos e alimentação, com as adaptações necessárias para cada caso.

As evidências mostram que essa aproximação entre família e bebê promovem o neurodesenvolvimento e estão associados a melhores desfechos e menor tempo de internação. Entretanto é preciso ter cuidado para não impor nenhuma tarefa que os pais não desejam realizar, o que pode gerar culpa e sobrecarga.

Para que todos esses pontos, tanto do CCF quanto do FICare, sejam realizados com maestria, não podemos esquecer o conceito por trás de tudo: a humanização. Para que toda a equipe esteja apta a oferecer o melhor para o paciente e sua família são vitais boas condições de trabalho, com remuneração e fornecimento de formação adequadas para as funções que precisam realizar.

Princípios do Cuidado Centrado na Família

Em consonância com as "Normas para melhorar a qualidade do cuidado de RN pequenos e doentes em unidades de saúde", publicadas pela OMS em 2020, o CCF estrutura-se sobre pilares essenciais para assegurar excelência assistencial e defender os direitos humanos no cuidado neonatal. Esses princípios estão organizados em 8 padrões: práticas baseadas em evidências; sistemas de informação e de referência eficazes; comunicação clara e participação familiar; respeito aos direitos e à dignidade; apoio emocional e psicossocial; equipes multidisciplinares competentes e motivadas; e infraestrutura física adequada, que orientam a prática clínica, organizacional e ética, reconhecendo a centralidade do RN e de sua família no processo de cuidado.

O primeiro pilar do CCF, diretamente relacionado ao Padrão 5 de qualidade assistencial, consiste no reconhecimento do RN como sujeito de direitos. Tal princípio sustenta que o RN deve ter sua dignidade preservada em todas as etapas do cuidado, implicando respeito integral à sua condição humana e a seus direitos inalienáveis — incluindo vida, saúde e identidade legal. A assistência neonatal, nesse sentido, deve ser universal, acessível e equitativa, sem discriminação de gênero, origem, deficiência ou sorologia. Essa dignidade manifesta-se em práticas assistenciais pautadas pela compaixão e pelo respeito, que assegurem privacidade e confidencialidade ao RN e à sua família. O princípio da dignidade exige mecanismos rigorosos de prevenção de violência, abuso, negligência e maus-tratos. Isso envolve manuseio seguro e gentil, controle ambiental (temperatura adequada, roupas apropriadas, higiene e controle de estímulos como dor, ruído e luminosidade) e atenção constante ao conforto e à segurança do bebê. A responsabilização institucional é igualmente central: cuidadores devem ter acesso à

Carta de Direitos do RN, e deve haver canais formais para denúncias de violações. Ademais, esse respeito deve se manter mesmo em situações de terminalidade da vida, garantindo tratamento digno e reverente a natimortos e óbitos neonatais.

A comunicação estratégica e empática constitui um pilar essencial do CCF, em alinhamento ao Padrão 4 de qualidade. Ela assegura que o plano de cuidado seja construído de forma compartilhada, respeitando as necessidades, valores e preferências da família. A informação deve ser transmitida de modo claro, preciso e coordenado, facilitando a compreensão do diagnóstico e do regime terapêutico. Essa transmissão precisa considerar aspectos culturais e emocionais, reconhecendo que as famílias frequentemente vivenciam níveis elevados de ansiedade e estresse em contextos neonatais. Para reduzir barreiras, é fundamental que os serviços de saúde disponibilizem recursos acessíveis, como materiais audiovisuais e apoio linguístico para famílias que não dominam o idioma predominante. Além disso, a coordenação do cuidado requer padronização na troca de informações entre profissionais, especialmente durante transições de responsabilidade assistencial (handover), prevenindo desinformação e fragmentação do cuidado. A coordenação do cuidado, por sua vez, exige a padronização da troca de informações entre os diversos profissionais de saúde e assistência social, especialmente durante transições de cuidado (como o handover estruturado). Essa padronização é vital para prevenir a desinformação, a fragmentação da assistência e a consequente ansiedade familiar.

A participação ativa dos pais e cuidadores é um componente estruturante do CCF, articulado ao Padrão 4 e ao Padrão 6, que versa sobre suporte emocional, psicossocial e de desenvolvimento. A família é reconhecida como parceira do cuidado, devendo ter assegurado seu direito de participar das decisões clínicas e do con-

sentimento informado. A separação entre o RN e seus cuidadores deve ser minimizada, garantindo alojamento conjunto (*rooming-in*) e acesso irrestrito dos pais, inclusive durante trocas de turno e rondas médicas. Intervenções baseadas em evidências, como o MC, devem ser incentivadas e apoiadas, considerando seus benefícios amplamente demonstrados para mortalidade, infecções e fortalecimento do vínculo afetivo. Além disso, a capacitação dos cuidadores para interpretar sinais e comportamentos do RN é determinante para a qualidade da interação e para o desenvolvimento saudável do bebê.

A colaboração entre profissionais é o eixo do Padrão 7 e representa a base para a integralidade do cuidado neonatal. A equipe multiprofissional deve ser composta por profissionais capacitados e empáticos, incluindo médicos, enfermeiros especializados, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, conforme as necessidades clínicas do RN. Essa equipe deve dominar competências técnicas e relacionais — prevenção de infecção, ressuscitação, aplicação do MC, administração segura de medicamentos — além de promover comunicação eficaz e apoio às famílias. A liderança institucional também tem papel decisivo ao estruturar políticas e mecanismos de governança clínica que assegurem um ambiente de melhoria contínua da qualidade assistencial.

Métodos e Estratégias de Humanização na Utin

Ambiente Físico Humanizado

A humanização do ambiente físico da UTIN é um dos pilares do CCF, e o design da unidade tem papel determinante na promoção de conforto, privacidade e bem-estar tanto para o RN quanto para seus familiares. O'Callaghan *et al.*, (2019) traz o conceito de *Evidence-Based Design* aplicado às UTINs, o qual propõe o uso de evidências científicas para otimizar aspectos

como iluminação, acústica e configuração espacial, de modo a favorecer a recuperação do neonato e o envolvimento familiar.

A literatura evidencia que o modelo de *single family room* (SFR), composto por quartos individuais destinados ao binômio família e RN, representa um avanço importante na humanização do espaço. De acordo com O'Callaghan *et al.* (2019), esse design permite maior controle ambiental e privacidade, reduzindo os níveis de ruído e luminosidade excessiva, e oferecendo condições mais adequadas para o descanso e o fortalecimento do vínculo familiar. As SFRs estão associadas a menor exposição sonora e melhor qualidade do sono, além de proporcionar um ambiente mais calmo e estável para o desenvolvimento neurocomportamental do bebê.

A redução do ruído é um dos benefícios mais consistentes do modelo SFR. Conforme demonstrado por O'Callaghan *et al.* (2019), quatro estudos comparativos evidenciaram que os níveis medianos de som foram significativamente menores em unidades com quartos individuais ou espaços fechados, quando comparadas ao modelo *open bay* (ambiente aberto com múltiplos leitos). Essa redução se deve à barreira física entre os leitos e ao maior isolamento acústico, o que contribui para a diminuição do estresse fisiológico e comportamental dos neonatos. Ainda que algumas pesquisas não tenham encontrado diferenças estatísticas relevantes nos picos de ruído, observou-se que as SFRs oferecem maior tempo em níveis sonoros mais baixos, o que representa um ganho importante para o conforto ambiental e a estabilidade clínica dos RN.

Quanto à luminosidade, os resultados são mais heterogêneos. Alguns estudos mostraram níveis médios de luz mais elevados nas SFRs devido à presença ampliada de janelas e à entrada de luz natural, enquanto outros relataram

menor intensidade luminosa e maior estabilidade da iluminação nesses ambientes (O'CALLAGHAN *et al.*, 2019). A possibilidade de controle individual da luz, tanto artificial quanto natural, é um aspecto central do design humanizado, pois permite ajustar o ambiente às necessidades do RN e às preferências dos pais, favorecendo o repouso, o aleitamento e o contato pele a pele.

Além do conforto ambiental, o design centrado na privacidade familiar é essencial para promover a participação ativa dos pais nos cuidados ao bebê. A configuração das SFRs oferece espaço suficiente para que os familiares permaneçam junto ao RN, participem das rotinas de cuidado e estabeleçam vínculos precoces. Essa privacidade contribui para reduzir a ansiedade, fortalecer a parentalidade e favorecer práticas de cuidado humanizado, como o MC e o aleitamento materno exclusivo (O'CALLAGHAN *et al.*, 2019). Ademais, o controle ambiental proporcionado por esse modelo, envolvendo temperatura, iluminação e ruído, cria um espaço mais acolhedor e propício à permanência contínua da família na UTIN.

Portanto, o ambiente físico humanizado da UTIN deve ser planejado de forma a equilibrar conforto sensorial, privacidade e controle ambiental, aspectos que, segundo O'Callaghan *et al.* (2019), impactam positivamente o desenvolvimento do RN, o bem-estar dos pais e a qualidade do cuidado prestado pela equipe. A implementação de projetos arquitetônicos baseados em evidências, como o modelo de quartos individuais para famílias, representa uma estratégia para consolidar a humanização e o cuidado centrado na família nas unidades neonatais.

Envolvimento dos Pais no Cuidado Direito

Em condições normais, quando o bebê nasce saudável e permanece ao lado dos pais, estes desempenham um papel essencial na equipe de cuidadores, assumindo a função principal nos

cuidados com seus filhos e atuando como parceiros ativos na tomada de decisões. Nesses casos, a maioria dos pais desenvolve uma compreensão sensível e intuitiva do RN, estabelecendo interações sincronizadas e multimodais com o bebê — por meio da voz, da proximidade, do toque e dos gestos — que contribuem para regular suas respostas fisiológicas, comportamentais e emocionais, além de atender adequadamente às suas necessidades nutricionais.

Entretanto, os bebês internados em UTIN costumam estar separados física e emocionalmente de seus pais, o que dificulta o exercício desse papel de cuidadores. A prematuridade e as doenças que acometem esses recém-nascidos geram fragilidade e comportamentos diferentes daqueles observados em bebês saudáveis. Ainda assim, estudos demonstram que o bem-estar tanto dos pais quanto dos bebês melhora significativamente com o envolvimento parental no cuidado durante a internação.

Diversas pesquisas evidenciam a importância da presença dos pais na UTIN, destacando os benefícios dessa participação para o fortalecimento do vínculo afetivo, a redução do estresse causado pela hospitalização e a preparação para o cuidado domiciliar. A assistência neonatal passou por transformações importantes, e uma delas foi a transição do modelo de cuidado centrado exclusivamente no bebê para um modelo centrado na família. Nesse novo paradigma, a presença dos pais é estimulada, e sua participação é reconhecida como parte integrante do processo terapêutico.

Para viabilizar essa abordagem, muitas UTINs passaram a permitir o livre acesso dos pais aos filhos e a oferecer condições para que permaneçam junto ao bebê durante todo o período de internação. A consolidação desse direito foi reforçada pela Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, do Ministério da Saúde, que garante aos pais a permanência de 24 horas junto

ao bebê na UTI Neonatal. Essa medida promove o fortalecimento do vínculo parental e traz benefícios comprovados, como maior estabilidade fisiológica do recém-nascido, melhor ganho de peso, recuperação mais rápida e redução dos níveis de ansiedade e depressão nos pais.

Ainda assim, muitos pais se sentem inseguros diante da complexidade dos cuidados exigidos em uma UTIN. Embora os profissionais de saúde geralmente incentivem o envolvimento dos pais, o caráter técnico e especializado das intervenções pode levá-los a assumir uma postura mais passiva, sentindo-se menos competentes e mais ansiosos, especialmente ao se preparar para levar o bebê para casa. No entanto, quando orientados adequadamente, os pais podem aprender progressivamente a ajustar seu comportamento e a realizar, com segurança, até mesmo tarefas mais complexas do cuidado neonatal.

A introdução dessas práticas deve ocorrer de forma gradual e personalizada, respeitando as condições do bebê e o preparo emocional dos pais. Programas educacionais voltados à capacitação parental têm mostrado resultados positivos, uma vez que os pais relatam sentir-se mais confiantes, informados e no controle da situação, o que reduz significativamente os níveis de estresse e ansiedade.

Em síntese, o envolvimento dos pais no cuidado de recém-nascidos internados em UTIN é fundamental não apenas para o fortalecimento do vínculo afetivo, mas também para o desenvolvimento saudável do bebê. Contudo, para que esse modelo de cuidado centrado na família seja efetivo, é imprescindível que a transição ocorra de maneira gradual, acompanhada de suporte emocional e educativo, possibilitando que as famílias se adaptem e participem ativamente do processo de cuidado e recuperação de seus filhos.

Método Canguru (*Kangaroo Care*)

O MC, também denominado *Kangaroo Mother Care*, constitui uma estratégia de atenção perinatal centrada na família e baseada em evidências científicas, cujo objetivo é promover a humanização do cuidado ao RN de risco, especialmente ao prematuro e/ou de baixo peso. Fundamenta-se no contato pele a pele precoce e contínuo entre o neonato e seus pais, na promoção do aleitamento materno e na participação ativa da família durante todo o processo de hospitalização e acompanhamento pós-alta (BRASIL, 2017). Nas unidades de terapia intensiva neonatal, sua implementação requer mudança cultural e organizacional, com ênfase na ambiência humanizada, na formação multiprofissional contínua, na flexibilização das rotinas hospitalares e no acolhimento familiar integral. Assim, o MC representa não apenas uma intervenção clínica, mas uma estratégia de transformação institucional.

Tal método teve origem em 1978, na Colômbia, idealizado pelos médicos Edgar Rey Sanabria e Hector Martínez, como alternativa ao alto índice de mortalidade neonatal causado pela prematuridade, escassez de incubadoras e infecções hospitalares. O contato pele a pele, inicialmente proposto como substituto tecnológico, revelou benefícios superiores nos âmbitos fisiológico, emocional e do desenvolvimento, tornando-se uma prática assistencial baseada em evidências e de baixo custo. No Brasil, foi incorporado às políticas públicas em 1999, com a Norma de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – MC, sendo posteriormente consolidado pelas Portarias nº 1.683/2007 e nº 930/2012, que estruturaram a rede neonatal em UTIN, Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru. Com a criação da Rede Cegonha (2011) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015), o método

consolidou-se como modelo de cuidado integral, humanizado e centrado na família, incorporando a integralidade e a coparticipação familiar como fundamentos da atenção neonatal.

A eficácia do MC é amplamente comprovada por evidências científicas de alta qualidade. Revisões sistemáticas, como a da *Cochrane Library* (CONDE-AGUDELO & DÍAZ-ROSSELLO, 2014), demonstram que a prática reduz a mortalidade neonatal em até 40%, além de diminuir significativamente o risco de hipotermia, sepse, apneia da prematuridade e readmissões hospitalares. Os RN submetidos ao método apresentam melhor ganho ponderal, estabilidade cardiorrespiratória, maior saturação de oxigênio e períodos de sono mais estáveis, refletindo benefícios diretos ao neurodesenvolvimento. Evidências provenientes das neurociências reforçam que o contato pele a pele modula a resposta autonômica ao estresse, reduz níveis de cortisol, favorece a maturação cerebral e preserva as conexões sinápticas em prematuros. Além disso, o método promove aumento expressivo nas taxas e na duração do aleitamento materno exclusivo, tanto durante a internação quanto após a alta, consolidando-se como uma intervenção fundamental para a sobrevivência e o desenvolvimento integral do RN (BRASIL, 2017; WHO, 2021).

Sob a perspectiva psicossocial, o MC promove uma transformação profunda na dinâmica entre equipe, família e RN dentro da UTIN, ao permitir a presença contínua e o protagonismo dos pais no cuidado. Essa aproximação fortalece o vínculo afetivo precoce, fundamental para o estabelecimento de um apego seguro e para o desenvolvimento emocional saudável do bebê (BRASIL, 2017). O contato pele a pele atua como um mediador neuroendócrino potente, estimulando a liberação de ocitocina em mãe e filho, o que reduz a ansiedade, melhora a regulação térmica e reforça a confiança e competência parental, além de diminuir o estresse materno, a

depressão pós-parto e até a síndrome de burnout entre profissionais de saúde, ao incentivar a participação e a corresponsabilização no cuidado (BRASIL, 2017). Nos RNs, os efeitos positivos se estendem para além do período neonatal, com melhores índices cognitivos, motores e emocionais observados em estudos longitudinais, resultado da neuroproteção precoce e da continuidade do estímulo sensorial e afetivo promovido por um ambiente de cuidado humanizado (LAMY *et al.*, 2005).

Apoio Emocional e Comunicação Efetiva

O apoio emocional e a comunicação efetiva constituem pilares fundamentais do CCF na UTIN. A hospitalização de um RN, especialmente em situação de risco, é um evento que mobiliza intensamente o campo emocional dos pais e familiares, podendo gerar sentimentos de medo, impotência e culpa. Nesse contexto, reconhecer e acolher essas emoções é essencial para garantir um cuidado humanizado e integrador.

De acordo com os padrões da OMS (2020), o cuidado de qualidade para o RN deve incluir dimensões emocionais, relacionais e comunicacionais, assegurando que os pais recebam informações compreensíveis, consistentes e culturalmente sensíveis sobre o estado clínico e o tratamento do bebê. A *European Foundation for the Care of Newborn Infants* (EFCNI, 2018) reforça que a comunicação deve ser contínua, transparente e baseada na confiança, promovendo a corresponsabilidade e a participação efetiva da família em todas as etapas do cuidado.

Nesse processo, a atuação da psicologia neonatal tem papel crucial. O psicólogo contribui para o acolhimento das famílias, favorecendo a elaboração emocional da experiência de internação e a construção de vínculos afetivos mais seguros. Além de oferecer escuta individualizada, o profissional também atua junto à equipe

multiprofissional, auxiliando no manejo de situações de estresse, luto e comunicação de más notícias (NURSING PERSPECTIVE, 2021). Essa abordagem colaborativa amplia a sensibilidade da equipe para as necessidades emocionais da família, fortalecendo a prática do CCF e reduzindo o impacto psicológico negativo da internação.

Outro componente essencial são os grupos de apoio a familiares, reconhecidos pela PNH (BRASIL, 2004) e pelo MC (MS, 2017) como estratégias de humanização e empoderamento. Esses espaços coletivos, conduzidos por profissionais de saúde e psicologia, permitem que mães, pais e cuidadores compartilhem vivências, expressem sentimentos e troquem experiências, construindo redes de solidariedade e aprendizado mútuo. A participação nesses grupos contribui para o fortalecimento da autoconfiança parental, reduz a ansiedade e facilita o retorno à rotina de cuidado domiciliar após a alta hospitalar.

A comunicação efetiva entre equipe e família é outro elemento decisivo para a segurança e a qualidade assistencial. Estudos apontam que o diálogo acolhedor e a escuta ativa reduzem o estresse e aumentam a confiança mútua. A clareza e a sensibilidade na comunicação são determinantes para a adesão ao tratamento e para a satisfação das famílias (ONG *et al.*, 2021; FRANCK & O'BRIEN, 2021). A inclusão dos pais nas decisões clínicas e nos cuidados diários promove melhores desfechos neonatais e maior bem-estar emocional de todos os envolvidos.

Para que essa comunicação seja realmente efetiva, é indispensável investir no treinamento contínuo da equipe multiprofissional. O desenvolvimento de competências interpessoais, como empatia, escuta ativa, manejo de conflitos e linguagem acessível, é essencial para sustentar a cultura do cuidado centrado na família (WHO, 2020; EFCNI, 2018). A capacitação regular dos profissionais favorece a criação de vínculos de

confiança, melhora o clima organizacional e contribui para um ambiente de trabalho mais humanizado e colaborativo.

Por fim, o design físico e organizacional da UTIN também exerce influência sobre o bem-estar emocional e a qualidade da comunicação. Ambientes que oferecem privacidade, conforto acústico e espaços adequados para o convívio familiar estimulam o diálogo, reduzem o estresse e fortalecem o vínculo entre pais e RNs (WHITE, 2020).

Assim, o apoio emocional e a comunicação efetiva devem ser compreendidos como dimensões complementares e interdependentes do cuidado centrado na família. A integração da psicologia neonatal, a promoção de grupos de apoio e a capacitação contínua da equipe constituem estratégias indispensáveis para transformar a UTIN em um ambiente de acolhimento, parceria e corresponsabilidade. Alinhada à PNH, essa abordagem reafirma o compromisso ético e humano da equipe multiprofissional com o respeito, a empatia e a valorização da singularidade de cada família.

Trabalho Multiprofissional

O CCF em UTIN depende essencialmente da atuação articulada e colaborativa de uma equipe multiprofissional. A integração entre diferentes categorias profissionais, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, entre outros, permite oferecer uma assistência abrangente, capaz de contemplar não apenas as necessidades biológicas do RN, mas também as dimensões emocionais e sociais da família. Nesse modelo, o trabalho multiprofissional configura-se como eixo estruturante da humanização, promovendo a corresponsabilidade entre equipe e familiares e garantindo um cuidado mais seguro, empático e individualizado (WHO, 2020).

De acordo com os padrões de qualidade da OMS, a atenção neonatal de excelência requer

práticas colaborativas sustentadas pela comunicação efetiva, pelo compartilhamento de decisões e pela construção de planos de cuidado integrados. Isso implica que cada profissional reconheça o papel do outro e atue de forma interdependente. A prática interdisciplinar favorece a continuidade do cuidado, reduz erros e fortalece o vínculo entre equipe e família, tornando o processo terapêutico mais humanizado.

A enfermagem exerce papel central nesse contexto, pois mantém contato contínuo com o RN e sua família, coordenando o cuidado diário e servindo como elo entre os diversos profissionais e os pais. Os médicos neonatologistas são responsáveis pela condução clínica, pelo diagnóstico e pela tomada de decisões terapêuticas, mas, dentro do modelo de CCF, essas decisões devem ser compartilhadas com a família e os demais profissionais da equipe. A fisioterapia neonatal tem papel determinante na promoção do desenvolvimento respiratório, motor e neurossensorial do RN. A presença constante do fisioterapeuta na UTIN permite intervenções precoces e orientação aos cuidadores sobre posicionamento, manuseio e estimulação. A psicologia neonatal, por sua vez, amplia a dimensão humana do cuidado ao acolher as vivências emocionais da família. O psicólogo atua na escuta e no suporte aos pais, auxilia na adaptação à internação e na comunicação de más notícias. O assistente social e outros profissionais do campo psicossocial também desempenham funções estratégicas ao articular redes de apoio e garantir o acesso a direitos e benefícios sociais.

Dessa forma, o trabalho multiprofissional na UTIN não se restringe à soma de diferentes especialidades, mas à construção coletiva de um cuidado integrador e centrado na família. Essa integração fortalece a segurança assistencial, reduz o estresse da equipe e dos pais e transforma a UTIN em um espaço de cooperação e humanização.

Evidências dos Benefícios do Cuidado Centrado na Família

As evidências científicas apontam que a implementação do CCF está diretamente associada a melhores desfechos clínicos e ao desenvolvimento global dos RNs. A presença contínua e o envolvimento dos pais no cuidado favorecem a estabilidade fisiológica do bebê, contribuem para o ganho de peso mais rápido, aumentam a taxa e a duração do aleitamento materno e reduzem significativamente o tempo de internação hospitalar. Além disso, a proximidade familiar e o toque afetivo estimulam aspectos neurocomportamentais e emocionais importantes para o desenvolvimento saudável do RN.

Outro impacto relevante do CCF está relacionado ao bem-estar psicológico dos pais. O ambiente da UTIN, por si só, pode gerar sentimentos de ansiedade, medo e impotência, especialmente quando o bebê se encontra em estado crítico. No entanto, quando os pais são incluídos no processo de cuidado, ocorre uma redução significativa desses sintomas, com aumento da autoconfiança, do senso de competência e da percepção de pertencimento ao cuidado do filho. Essa participação ativa também favorece a construção de uma rede de apoio entre família e equipe de saúde, fortalecendo a parceria e melhorando a comunicação.

Para os profissionais de saúde, o modelo de cuidado centrado na família também traz benefícios importantes. A interação mais próxima com os pais e a colaboração no processo de tomada de decisão resultam em maior satisfação profissional, além de contribuir para um ambiente de trabalho mais harmonioso e humanizado. A prática do CCF estimula a empatia, melhora a comunicação multiprofissional e promove um cuidado mais integral e individualizado.

Dessa forma, a adoção do cuidado centrado na família representa uma mudança de paradigma no contexto da UTIN, transformando-a

em um espaço mais humanizado, acolhedor e eficiente. Ao integrar a família como parte do processo terapêutico, não apenas melhoram os resultados clínicos e emocionais dos RNs e seus familiares, mas também fortalecem o papel dos profissionais de saúde na promoção de um cuidado mais sensível, colaborativo e de qualidade.

Experiências e Modelos de Sucesso (Brasil e Internacional)

O cuidado integral e a presença familiar durante a internação do bebê em UTIN é muito presente nos modelos de cuidado tanto no Brasil, quanto internacionalmente. nas últimas décadas, observou-se uma crescente valorização da dimensão emocional, relacional e afetiva no cuidado, reconhecendo que o desenvolvimento saudável do bebê depende não apenas de intervenções médicas, mas também da presença, do toque e do vínculo com seus cuidadores.

No Brasil, o MC surgiu como resposta a múltiplos desafios no cuidado de RNs de baixo peso ou prematuros, especialmente em contextos de recursos limitados, aliado à necessidade de ampliação da qualidade técnica e da humanização desse cuidado, tanto para o bebê quanto para os pais. No Brasil, o processo de implementação do MC como política pública teve início no final da década de 1990 e promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. A partir do final da década de 90, o cuidado neonatal e perinatal passou a ganhar maior visibilidade nas políticas de saúde. Foi um momento em que se reconheceu a importância de repensar práticas puramente intervencionistas e valorizar o RN, a família e a continuidade do cuidado. Em particular, a área da Saúde da Criança do Ministério da Saúde passou a coordenar estratégias voltadas à “Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru (AHRNBP-MC)”.

O contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru, é a base da técnica e de como ela é desenvolvida ao longo do tratamento. A posição canguru consiste em manter o RN, em contato com a pele, somente de fraldas, na posição vertical junto ao peito dos pais, guardando o tempo mínimo necessário para respeitar a estabilização do RN e pelo tempo máximo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de Saúde adequadamente capacitada. O MC tem como algumas de suas vantagens: reduzir o tempo de separação pais-filho, estimular o vínculo afetivo, reduzir estresse e dores, melhoria na qualidade do desenvolvimento psicomotor e entre outros.

O MC tem demonstrado impactos positivos tanto em termos clínicos quanto de humanização. O manual destaca que revisões têm apontado a redução da morbimortalidade de RNs de baixo peso com sua implementação. Além disso, o MC reforça o protagonismo da família no cuidado, o que favorece melhores resultados de desenvolvimento, a mudança de paradigma de internação longe da família, com foco estritamente técnico, para um modelo com família permanente altera a cultura institucional e melhora a experiência do cuidado.

Em países da Europa, não há um método específico como o MC, mas essa integração ocorre de maneira recorrente e é impulsionada pela EFCNI, criada em 2008, uma fundação europeia dedicada à promoção da saúde e do bem-estar de RNs e suas famílias, desde a gestação até o período neonatal e o início da infância. Ela age por meio de promoções de cuidados neonatais de alta qualidade e centrados na família, apoiando políticas públicas e legislações voltadas à saúde materno-infantil, além de promover a disseminação de evidências científicas e boas práticas entre países europeus e a defesa do

princípio de “zero separação”, ou seja, de que o bebê e a família devem permanecer juntos sempre que possível, inclusive durante internações em UTIs neonatais. Todos esses princípios fazem parte de um dos projetos mais importantes da fundação, o *European Standards of Care for Newborn Health* (ESCNH), que foi lançado em parceria com especialistas de mais de 30 países e estabelece padrões europeus de cuidado neonatal.

A promoção de cuidados centrados na família constitui um pilar fundamental nas recomendações da EFCNI para unidades neonatais. A partir do seu programa ESCNH, a EFCNI estabelece que “*infant- & family-centred developmental care*” deve ser parte integrante das rotinas da UTIN, garantindo que os pais sejam reconhecidos como cuidadores primários e tenham acesso irrestrito ao seu bebê.

Um dos aspectos centrais é o acesso contínuo dos pais à unidade neonatal. Segundo a ESCNH, para unidades que implementam cuidados centrados na família, devem existir diretrizes institucionais que permitam o acesso parental 24 horas por dia (ou sempre que possível) à UTIN, incluindo durante rondas médicas, troca de turno e procedimentos. Além disso, os pais devem ser informados precoce e claramente sobre seu papel no cuidado do RN e incentivados a participar nas atividades de cuidado diário (trocas de fralda, alimentação, banho, contato pele a pele). Além disso, A EFCNI enfatiza que a integração familiar não diz respeito apenas ao acesso físico, mas à participação real no cuidado e à colaboração entre o time da UTIN e a família. Por meio da ESCNH, recomenda-se que os pais sejam apoiados de modo a assumirem gradualmente tarefas de cuidado, sob supervisão da equipe. Esse processo favorece a construção do vínculo afetivo, fortalece a competência dos pais e contribui para melhores resultados no desenvolvimento do bebê.

Dessa forma, tanto o MC no Brasil, quanto às práticas promovidas pela EFCNI na Europa representam importantes avanços na consolidação de um cuidado neonatal verdadeiramente humanizado e centrado na família. Ambos os modelos reforçam a compreensão de que o RN não deve ser cuidado de forma isolada, mas inserido em um contexto afetivo, relacional e social, no qual a presença e o protagonismo dos pais são fundamentais para sua recuperação e desenvolvimento. Ao promover a integração familiar e o contato contínuo entre pais e bebês, essas abordagens não apenas aprimoram os desfechos clínicos, mas também transformam a cultura das unidades neonatais, tornando-as espaços de acolhimento, vínculo e construção compartilhada do cuidado.

CONCLUSÃO

O CCF consolidou-se como um marco transformador na assistência neonatal, representando um avanço ético, técnico e humano no modo de compreender e atuar sobre o processo de hospitalização do RN. Mais do que uma diretriz, trata-se de uma filosofia que reconhece a família como parceira indispensável do cuidado, conferindo-lhe voz, presença e protagonismo nas decisões e práticas cotidianas da UTIN. Essa abordagem promove a integração entre os saberes científicos e os afetos, entre o conhecimento técnico e a sensibilidade, resultando em uma atenção mais completa, empática e resolutiva.

A síntese dos principais pontos discutidos, evidencia que o envolvimento contínuo da família constitui o verdadeiro alicerce do cuidado humanizado. Quando os pais são incluídos, orientados e apoiados, ocorre uma transformação profunda na dinâmica da UTIN: o ambiente torna-se mais acolhedor, o vínculo entre bebê e cuidadores é fortalecido e a experiência do ado-

ecimento é ressignificada. Além disso, a literatura aponta benefícios concretos dessa parceria, como a redução do tempo de internação, o aumento do aleitamento materno, a melhora dos desfechos clínicos e o fortalecimento da competência parental após a alta hospitalar. Assim, cuidar do RN implica, necessariamente, cuidar da família em sua integralidade.

Contudo, apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas, ainda persistem desafios na efetivação plena dessa filosofia de cuidado. Barreiras estruturais, culturais e organizacionais, como limitações de espaço físico, resistências profissionais e ausência de protocolos institucionais claros, dificultam a implementação de práticas verdadeiramente centradas na família. Por isso, o compromisso com a humanização requer não apenas boa vontade individual, mas uma transformação institucional que envolva políticas públicas, educação permanente e revisão de paradigmas.

As perspectivas futuras apontam para a necessidade de ampliar pesquisas que avaliem os impactos a longo prazo do cuidado centrado na família, especialmente em diferentes contextos socioeconômicos e culturais. Também é essencial investir em estratégias inovadoras de formação profissional, que articule ciência e empatia, técnica e escuta. O fortalecimento de políticas de humanização, a integração interprofissional e a valorização da presença familiar como um direito inalienável do bebê hospitalizado configuram caminhos promissores para o aprimoramento das práticas assistenciais.

Assim, ao reconhecer a família como parte indissociável do cuidado, reafirma-se o compromisso com uma neonatologia mais humana, participativa e ética. Uma prática que transcende o espaço técnico e adentra o território do encontro, do vínculo e da corresponsabilidade. Cuidar em UTIN, portanto, é um ato que vai além da clínica: é um gesto de humanidade compartilhada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em: 30 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém nascido: Método Canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_-humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf Acesso em: 30 out. 2025.

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE CARE OF NEWBORN INFANTS (EFCNI). European Standards of Care for Newborn Health. Munich: EFCNI, 2018. Disponível em: <https://newborn-health-standards.org/>. Acesso em: 30 out. 2025.

FAMILY INTEGRATED CARE INTERNATIONAL. Family Integrated Care. Disponível em: https://family-integratedcare.com/international/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 30 out. 2025.

FRANCK, L. S.; *et al.* Improving neonatal intensive care unit quality and safety with family-centered care. *Clinics in Perinatology*, v. 50, n. 2, p. 449–472, jun. 2023. DOI: 10.1016/j.clp.2023.01.007.

GÓMEZ-CANTARINO, S.; *et al.* Nursing perspective of the humanized care of the neonate and family: a systematic review. *Children (Basel)*, v. 8, n. 1, p. 35, 9 jan. 2021. DOI: 10.3390/children8010035.

GÓMEZ-CANTARINO, S. *et al.* Developing a Family-centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 19, p. 7197, 1 out. 2020. DOI: 10.3390/ijerph17197197.

GÓMEZ-CANTARINO, S. *et al.* Nursing perspective of the humanized care of the neonate and family: a systematic review. *Children (Basel)*, v. 8, n. 1, p. 35, 9 jan. 2021. DOI: 10.3390/children8010035.

GOODING, J. S. *et al.* Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*, v. 35, n. 1, p. 20–28, fev. 2011. DOI: 10.1053/j.semperi.2010.10.004.

JANVIER, A. *et al.* The ethics of family integrated care in the NICU: improving care for families without causing harm. *Seminars in Perinatology*, v. 46, n. 3, p. 151528, abr. 2022. DOI: 10.1016/j.semperi.2021.151528.

O'CALLAGHAN, N.; DEE, A.; PHILIP, R. K. Evidence-based design for neonatal units: a systematic review. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, v. 5, p. 6, 30 abr. 2019. DOI: 10.1186/s40748-019-0101-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Standards for improving quality of care for small and sick newborns in health facilities. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010765> Acesso em: 30 out. 2025.