

BOLETIM INFORMATIVO ABENFO E-BOOK

Boletim ABENFO N. 4 Edição Nov/2024 Comissão Permanente de Publicação e Divulgação

EDITORIAL

A Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras (os) Obstetras (ABENFO) congrega enfermeiras (os) obstetras, obstetras e enfermeiras (os) que atuam nas áreas da saúde das mulheres e do recém-nascido e visa promover e acompanhar o desenvolvimento técnico-científico, sociocultural e político destas categorias profissionais; bem como acompanhar a sua inserção nas políticas públicas e na iniciativa privada. Ainda objetiva promover a defesa de um sistema de saúde público, equitativo, com cobertura ampliada, acesso irrestrito, com gestão e cuidado qualificados.

A elaboração do BOLETIM INFORMATIVO nº 4-Edição de novembro de 2024, contou com o apoio de enfermeiras NEONATOLOGISTAS E OBSTETRAS com expertise em SAÚDE NEONATAL, tema central deste Boletim, às quais agradecemos pelas contribuições teórico reflexivas e relatos de experiências escritas.

O Boletim inclui sete textos temáticos, sendo eles:

1 - Competência e autonomia do enfermeiro neonatal na perspectiva do pensamento complexo; 2- Avanços tecnológicos e práticas humanizadas no cuidado integral ao recém-nascido 3- Assistência neonatal no mundo e no Brasil: perspectivas para a Enfermagem; 4 - Tecnologias e evidências para o cuidado integral de recém-nascidos; 5 - “Violência neonatal”: aspectos conceituais e implicações para o cuidado hospitalar; 6 - Impactos da paternidade ativa e responsiva para o crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos; 7- Acolhimento à perda gestacional e neonatal.

Nesta edição sobre a Enfermagem Neonatal vamos destacar os textos temáticos com a cor roxa, da Campanha Novembro Roxo, sobre a prematuridade.

A cor da campanha Novembro Roxo é roxa, pois simboliza a sensibilidade e a individualidade, características que são muito peculiares aos bebês prematuros.

O Novembro Roxo é uma campanha internacional de sensibilização para a prematuridade, que acontece no mês de novembro. A data foi criada a partir do Dia Mundial da Prematuridade, que é celebrado no dia 17 de novembro.

Além dos textos temáticos, este Boletim conta com mais dois espaços permanentes: o espaço Notícias e o espaço ABENFO Faz, que destacam ações da ABENFO Nacional.

Desejamos a todas e todos boa leitura.

Comissão Permanente de Publicação e Divulgação



FICHA TÉCNICA

A Comissão Permanente de Publicação e Divulgação é composta, atualmente, por:

Profa. Dra. Alessandra Crystian Engles dos Reis-
Enfermeira Obstetra, Universidade Estadual do Oeste
do Paraná (UNIOESTE).

Profa. Dra. Joice Moreira Schmalfluss-Enfermeira
Obstetra, Universidade Federal da Fronteira Sul
(UFFS), campus Chapecó, SC.

Prof. Dr. Josielson Costa da Silva-Enfermeiro
Neonatologista, Universidade Federal da Bahia
(UFBA).

Me. Tatianne Cavalcanti Frank-Enfermeira
Obstetra/Parteira Urbana, Statera Cursos e
Consultoria, DeMáter-PE e E.Lévar-Portugal.

Me. Bruna Sepulveda-Enfermeira Obstetra, PI.
Maternidade Evangelista Rosa.

Dra. Vânia Muniz Nequer Soares-Enfermeira
Sanitarista com foco na Saúde das Mulheres,
membro da Diretoria da Abenfo Nacional
(coordenação).

Organização do Boletim 4:

Vania Muniz Nequer Soares
Elisiane Bonfim
Apoio : Joice M Schumalfuss

Diagramação:

Evelyn Vaz

NOVO CANAL PARA FILIAÇÃO A ABENFO. SEJA UMA ASSOCIADA(O) DA ENTIDADE MAIS IMPORTANTE PARA SUA ESPECIALIDADE

NOTÍCIAS

A fim de facilitar a associação de enfermeiras (os) que atuam na saúde das mulheres e dos recém-nascidos e que possuem interesse em se associar à ABENFO, comunicamos a criação de um novo canal de filiação, via ABENFO Nacional. Se junte à ABENFO e contribua com o fortalecimento da Enfermagem Obstétrica e Neonatal por meio do preenchimento do formulário pelo link <https://forms.gle/KwsxE6hzbH6qm2w37>, disponível também no site da ABENFO Nacional (www.abenfo.org.br). Juntamente com o preenchimento das informações do formulário, efetue o pagamento via PIX (Chave CNPJ 68.800.853/0001-41) para a ABENFO Nacional, no valor da anuidade, conforme sua categoria e, por fim, anexe o comprovante do pagamento no último item do formulário, em formato PDF ou imagem.

Os valores da anuidade referente ao ano de 2024 estão com desconto promocional, conforme descrito a seguir, com validade de 12 meses a partir da data de associação.

Sócia (o) efetiva (o):

- R\$ 100,00 para enfermeiras (os) obstetras e habilitadas (os), obstetrizes e enfermeiros (as) com especialização das áreas de saúde da mulher e do recém-nascido, e áreas afins, de acordo com a Legislação vigente no País.

Sócia (o) especial:

- R\$ 100,00 para enfermeiras (os) que atuam nas áreas da saúde da mulher e do recém-nascido e áreas afins.
- R\$ 70,00 para estudantes regularmente matriculados em cursos de graduação em Enfermagem, em obstetrícia e de pós-graduação nas áreas referidas;
- R\$ 50,00 para parteiras cadastradas na Rede Nacional de Parteiras Tradicionais; técnicos e auxiliares de Enfermagem; profissionais das demais áreas de conhecimento com afinidade na saúde da mulher e/ou do recém-nascido.

Isenção para sócios remidos.

- Isenção para membros honoríficos (anexar título conferido pela ABENFO Nacional).

Se você realizou sua filiação via seccional e efetuou o pagamento da anuidade referente ao ano de 2024, solicitamos que preencha o formulário de associado no mesmo link informado para associação (<https://forms.gle/KwsxE6hzbH6qm2w37>) e anexe o comprovante do pagamento realizado diretamente para a seccional, no campo comprovante. Ressaltamos que o cadastro via link será importante para acesso à Plataforma AVA ABENFO.

PLATAFORMA AVA ABENFO

A ABENFO Nacional realizou, por meio do Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA), na plataforma de Educação Permanente da ABENFO, três cursos neste semestre e estão programados mais três cursos para o próximo período. Foi ofertada a segunda turma do Curso Ampara, em parceria com a Bloco A e iniciado o Ciclo de Cursos, subsidiado pela ABENFO Nacional, denominado "Melhoria dos Desfechos na Assistência Pré-Natal", que contará com cinco cursos que podem ser realizados individualmente ou na totalidade.

CURSO AMPARA 2024 (2ª turma)

A segunda turma do Curso Ampara foi oferecida de forma gratuita para sócias e sócios da ABENFO, por meio de uma parceria com a Bloco A. Essa iniciativa buscou ampliar o conhecimento da Enfermagem Obstétrica, especialmente no que diz respeito à atenção a pessoas em situação de abortamento. Essa temática é reforçada pela ICM (2024), que a reconhece como uma das competências essenciais na formação de enfermeiras e enfermeiros obstétricos, bem como de obstetrites. Ademais, a atenção ao aborto legal nos serviços de saúde é fundamental para promover a saúde sexual e reprodutiva, além de contribuir para a redução da mortalidade materna. O Curso AMPARA foi desenvolvido pela Bloco A com o apoio da Universidade de Brasília.

O curso ocorreu de 28 de maio a 3 de setembro de 2024, sendo oferecido pela Plataforma AVA ABENFO e contou com a participação de 118 profissionais. Dentre os participantes, 33,1% atuam na formação em Enfermagem e Enfermagem Obstétrica, 44,9% são residentes na área de Enfermagem Obstétrica, e 22% são alunos da graduação em Obstetrícia. Analisando o perfil das inscritas, observa-se que 92,4% se identificaram como mulheres. Em termos de etnia, 49% dos participantes se declararam brancos, 37,3% pardos e 12,7% pretos. No que diz respeito à faixa etária, 42,4% dos inscritos têm entre 17 e 25 anos, enquanto 37,7% estão na faixa etária de 26 a 35 anos.

Além das aulas autoinstrucionais assíncronas disponíveis na plataforma, foram realizados dois seminários síncronos por meio do Google Meet. O primeiro ocorreu no dia 28 de maio de 2024, durante a abertura do curso, e teve como tema "Atuação das Enfermeiras Obstétricas e Obstetrites no Cuidado às Pessoas em Situação de Abortamento e Pós-Aborto como Estratégia para a Redução da Mortalidade Materna".

Esse seminário contou com a participação do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS), representado pela bacharel em Direito e especialista em Direitos Humanos, Letícia Ueda Vella, que apresentou uma análise sobre a conjuntura dos aspectos legais da interrupção gestacional no Brasil. Também participou do evento a enfermeira sanitária Ligia Maria, que abordou o panorama da mortalidade materna relacionada ao aborto no Brasil, além da distribuição dos serviços de atenção ao aborto legal. Por fim, a enfermeira obstétrica Elisiane Gomes Bonfim, presidente da ABENFO Nacional, elencou as competências essenciais da enfermagem obstétrica no cuidado às pessoas em situação de abortamento.

O Seminário de Encerramento ocorreu no dia 3 de setembro, por meio da plataforma Google Meet. A abertura do evento contou com a presença da Dra. Elisiane Gomes Bonfim, Presidente da ABENFO Nacional, e da Dra. Ligia Maria Carlos Aguiar, Gerente de Projetos da Bloco A. Em seguida, a Dra. Anna Cunha, Oficial de Programa em Saúde Sexual e Reprodutiva do UNFPA Brasil, apresentou dados relevantes sobre o Acesso à Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.

O seminário prosseguiu com um painel intitulado "Enfermagem e Equidade na Atenção ao Aborto", que contou com a participação da Dra. Paula Viana, do Grupo Curumim, da Dra. Karoline Souza, do Coletivo de Enfermagem, Parteiras e Obstetrias pelo Direito de Decidir, e do Dr. Sondre Schneck, Professor Adjunto I no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além de ser membro do Fórum de Aborto Legal RS.

O curso proporcionou um espaço importante para a discussão sobre tema crucial relacionado à saúde sexual e reprodutiva, destacando a relevância da atuação da enfermagem na promoção da equidade na atenção ao aborto.

CICLO DE CURSOS MELHORIA DOS DESFECHOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

NOTÍCIAS, cont.

Ainda na Plataforma AVA ABENFO, aconteceu o lançamento do Ciclo de Cursos, subsidiado pela ABENFO NACIONAL denominado “**Melhoria dos Desfechos na Assistência Pré-Natal**”. O ciclo é composto por cinco cursos que podem ser realizados individualmente ou na totalidade. São temáticas voltadas para o período da gravidez e cuidado pré-natal que consideram a relevância dos temas e impactos na saúde das pessoas grávidas que podem contribuir para a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

O **Curso 1 - Profilaxia, rastreo e diagnóstico de pré-eclâmpsia pelo enfermeiro / enfermeiro obstetra**, foi ofertado de forma síncrona nos dias 09, 16, 23, 31 de outubro/2024, tendo como facilitadora a enfermeira obstétrica Tatianne Cavalcanti Frank. Foram 04 aulas, que foram gravadas e disponíveis para consulta dos participantes no AVA-ABENFO. O conteúdo programático envolve conceito sobre hipertensão e panorama geral das síndromes hipertensivas na gravidez; diagnóstico das síndromes hipertensivas na gravidez; critérios clínicos e algoritmos para rastreo da pré-eclâmpsia; profilaxia da pré-eclâmpsia: modo de fazer - o papel do enfermeiro no acompanhamento da grávida com síndrome hipertensiva na gravidez; manejo clínico nas síndromes hipertensivas na gravidez e cuidados de enfermagem; manejo clínico na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e eclâmpsia e cuidados de enfermagem - manejo clínico no pós-parto e cuidados de enfermagem.

Destacamos que o curso foi avaliado como excelente pelos participantes e destacamos alguns trechos recebidos no formulário de avaliação do mesmo: Foi excelente, vou aplicar na minha prática profissional todo ensinamento dado (P1). Curso necessário e de extrema relevância para a atuação na obstetrícia (P2). O curso foi maravilhoso. Profissional incrível. Só agradecer e parabenizar pelo conhecimento repassado (P3). Muito bom. Espero as próximas (P4).

O **CURSO 2 - Atualização na avaliação do estado nutricional e rastreo e diagnóstico de diabetes na gravidez pela enfermeira**, está com **inscrições abertas** por meio do link <https://forms.gle/L6c3a5UJpD6WtGjN8>. O mesmo acontecerá nos dias 21, 23, 28 e 30 de janeiro de 2025. Também será facilitado pela enfermeira obstétrica Tatianne Cavalcanti Frank. Neste curso, o conteúdo programático inclui: estado nutricional da população grávida brasileira; consequências da desnutrição, nutrição inadequada quanto a qualidade e sobrepeso / obesidade para a grávida e prole; revisão da fisiologia das alterações endócrinas e metabólicas na gravidez; avaliação do estado nutricional e encaminhamentos necessários; recomendações nutricionais das diretrizes brasileiras; revisão da conceituação e fisiopatologia da diabetes na gravidez; prevalência da diabetes na gravidez e tendências - rastreo da diabetes na gravidez; participação do enfermeiro nos cuidados e manejos da diabetes na gravidez rastreo da diabetes no pós-parto. No link se encontram as informações detalhadas do curso e valor de inscrição.

O CURSO 3 - Caminhos para implantação e adesão do Escore de Alerta Precoce “MEOWS” e “Ciências da Melhoria” com vistas à redução de morte materna por Hemorragia Pós-Parto terá como facilitadora a enfermeira obstétrica Rosemeire Sartori de Albuquerque, com carga horária de 8 horas teóricas, previsto para acontecer nos dias 04,11, 18 e 25 fevereiro/2025. Terá como conteúdo programático: Mortalidade por hemorragia pós-parto no Brasil e no mundo; Ferramenta MEOWS (Modified Early Obstetric Warning System): definição e aplicabilidade; princípios da Ciência da Melhoria, caminhos para mudanças que resultem em melhoria com o princípio de que “se o resultado não está bom, precisamos mudar o modo de fazer” norteados pelas evidências científicas. As inscrições para o Curso 03 acontecerão a partir do dia 15 de dezembro de 2024, por meio de link a ser divulgado no Instagram da ABENFO Nacional e no site.

O CURSO 4 - Situações especiais na gravidez: o que dizem as evidências? Promoção da autonomia da pessoa grávida para muito além das práticas rotineiras sem base em evidências. Contará com a enfermeira obstétrica Tatianne Cavalcanti como facilitadora e acontecerá nos dias 11, 18, 25 de março e 01 de abril/2025 O conteúdo programático: Cuidado centrado na pessoa, autonomia e tomada de decisão com base em evidências; Parto normal após cesárea: riscos, benefícios e como prestar assistência domiciliar, pré-hospitalar e hospitalar; Gestação prolongada (após 42 semanas): o que dizem as evidências quanto até quanto tempo esperar com segurança e como prestar assistência segura; Ruptura pré-parto de membranas no termo: quanto tempo esperar com base em evidências e como prestar assistência segura. As inscrições para o Curso 04 acontecerão a partir do dia 15 de janeiro de 2025, por meio de link a ser divulgado no Instagram da ABENFO Nacional e no site.

Por fim, finalizando o Ciclo Melhoria dos Desfechos na Assistência Pré-Natal, acontecerá o CURSO 5- Avaliação do bem estar fetal na gravidez e no parto com base em evidências científicas. Terá como facilitadora a enfermeira obstétrica Tatianne Cavalcanti Frank. Acontecerá nos dias 08, 15, 22, 29 de abril/2025. O conteúdo programático inclui: revisão da fisiologia da circulação fetal; regulação da frequência cardíaca fetal; fisiopatologia e resposta fetal frente à hipoxemia; mecanismos defensivos fetais; avaliação da vitalidade fetal na gestação (modo de fazer, identificação de alterações e tomada de providência; impacto do trabalho de parto sobre a circulação fetal; monitorização fetal intraparto – evidências e recomendações; classificação da frequência cardíaca fetal intraparto; gerenciamento frente alterações do bem estar fetal no trabalho de parto; reanimação fetal intrauterina; indicação de cardiografia intraparto , compreensão e leitura de cardiocografia. As inscrições para o Curso 05 acontecerão a partir do dia 01 de março de 2025, por meio de link a ser divulgado no Instagram da ABENFO Nacional e no site.

PARTICIPAÇÃO NA SESSÃO DE DEBATE SOBRE SAÚDE DAS MULHERES E LANÇAMENTO DA REDE ALYNE

A presidente da ABENFO, Elisiane Gomes Bonfim, participou a convite da Ministra da Saúde, Nísia Trindade Lima, da sessão de debate com a sociedade civil sobre o pré-lançamento da Rede Alyne, realizada em Brasília no dia 5 de setembro de 2024, na Esplanada dos Ministérios. Esta sessão contou com a presença de diversas instituições ligadas ao movimento de humanização do parto e a movimentos feministas, com o objetivo de discutir os parâmetros, objetivos e metas da rede, contribuindo para o planejamento de transição e ampliação das políticas públicas.



Além disso, a presidente da ABENFO Nacional participou do lançamento oficial da Rede Alyne, ocorrido em 12 de setembro de 2024, na cidade de Belford Roxo, no Rio de Janeiro. O nome Rede Alyne homenageia Alyne Pimentel, uma mulher negra da periferia que, aos 28 anos, morreu durante a gestação devido a negligência médica em 2002. Esse trágico caso fez do Brasil o primeiro país condenado por morte materna pelo Sistema Global de Direitos Humanos. Ao homenagear Alyne, o governo reafirma seu compromisso em construir políticas públicas que respeitem os Direitos Humanos e promovam uma maternidade segura, enfrentando as desigualdades na saúde.

A Rede Alyne tem como meta reduzir em 50% as mortes de mulheres negras até 2027, alinhando-se ao compromisso do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), que visa reduzir a razão de mortalidade materna para até 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2030.

Um dos eixos da Rede envolve o aumento do repasse financeiro para que estados e municípios possam realizar exames de pré-natal. A previsão é de triplicar o valor atual, passando de 55 reais para 144 reais mensais por gestante.

Em 2024, a Rede Alyne contará com um orçamento de 400 milhões de reais, com previsão de aporte de um bilhão de reais em 2025. Entre os investimentos, estão previstas a construção de 36 novas maternidades e 30 novos Centros de Parto Normal.



VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM NEONATAL E IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM NEONATAL

A ABENFO Nacional, em parceria com a ABENFO São Paulo, realizará o VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Neonatal e o IV Congresso Internacional de Enfermagem Neonatal, de 27 a 29 de novembro de 2024, na cidade de São Paulo. Este evento é um marco no campo da saúde neonatal e reunirá profissionais de enfermagem, estudantes, pesquisadores e especialistas de todo o Brasil e do exterior.

O VI COBENEO/IV CIEN tem como objetivos aprimorar as competências dos enfermeiros em novas estratégias e tecnologias para um cuidado neonatal seguro e de qualidade. O congresso também visa formar redes de pesquisa e troca de conhecimento entre profissionais, gestores, formuladores de políticas públicas de saúde e a sociedade civil, além de disseminar os avanços em pesquisa na enfermagem neonatal, com foco especial na atenção primária e secundária.

O tema central do Congresso será "**Avanços no Cuidado Neonatal explorando novas estratégias e tecnologias**". Serão discutidas as mais recentes descobertas, desafios e inovações na área, incluindo assistência humanizada, tecnologias de cuidado, manejo de recém-nascidos de alto risco, políticas públicas voltadas para o recém-nascido e sua família, segurança do paciente, empreendedorismo e a importância da formação continuada dos profissionais de saúde.

A programação incluirá palestras, mesas-redondas, workshops e apresentações de trabalhos científicos, proporcionando aos participantes uma imersão nas melhores práticas e tendências do cuidado neonatal. Além disso, o evento será uma oportunidade única para fortalecer redes de colaboração entre profissionais, estimulando o crescimento da enfermagem neonatal no Brasil e sua internacionalização.

Convidamos todos os profissionais e estudantes que atuam na área de neonatologia e cuidados intensivos neonatais a participar deste importante evento. Juntas, podemos transformar a realidade do cuidado neonatal, garantindo cada vez mais qualidade, segurança e humanização para nossos pequenos pacientes e suas famílias.

ABENFO FAZ

As ações da ABENFO Nacional realizadas por meio de sua diretoria, no período de agosto de 2023 a novembro de 2024 contemplaram:



- Participação na 34ª Semana de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre- Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, em 23 de outubro de 2024, ministrando sessão científica intitulada “Atenção ao parto e nascimento no Brasil: contexto, modelos e perspectivas de cuidado”. Este momento foi uma valiosa oportunidade para discutir os desafios e avanços na assistência ao parto e nascimento no país, bem como explorar novas abordagens e práticas de cuidado no contexto local.
- Participação no II Congresso Internacional de Educação e Inovação da Unimontes, com o objetivo de debater a Educação e Sustentabilidade, buscando com isso, o fortalecimento de ações comprometidas com a transformação social para o pleno exercício da cidadania a partir da educação, no dia 26 de setembro de 2024, na cidade de Montes Claros- MG, ministrando sessão científica intitulada “Panorama da assistência obstétrica brasileira no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”.
- Participação no XI Encontro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal do Piauí (EENONEPI), promovido pela Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Seção Piauí, na cidade de Parnaíba-PI, entre os dias 26 e 28 de setembro de 2024. Durante o evento, a Vice-Presidente da Abenfo, enfermeira obstétrica Ivanilda Sepulveda, ministrou a conferência intitulada "Contexto Geral da Assistência ao Parto e Enfermagem Obstétrica no Brasil, no Nordeste e no Piauí", além de representar a ABENFO Nacional na Solenidade de Abertura.
- Representação na Câmara Técnica de Enfermagem em Saúde da Mulher, no Conselho Federal de Enfermagem, por meio da presidente da Comissão de Educação, Serviço e Legislação da Abenfo Nacional, a enfermeira obstétrica Gabriela Giacomini Bertoche.
- Representação no Grupo de Trabalho junto a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES visando a ampliação de escopo de práticas da Enfermagem Obstétrica por meio da presidente Elisiane Gomes Bonfim e da 1ª Secretária Márcia Teles de Oliveira Gouveia.
- Representação no Comitê Nacional de Amamentação (CNAM), no âmbito do Ministério da Saúde, em caráter permanente, pelos ex-presidentes e membros do Conselho Consultivo da ABENFO, Valdecyr Herdy Alves e Kleyde Ventura de Souza.
- Participação em Reunião Técnica de Avaliação do Contexto da Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia na Região das Américas com as presidentes de Associações de Parteiras e Midwives afiliadas a ICM, em outubro de 2024 para alinhamentos e fortalecimento regional;

ABENFO FAZ



- Participação na Jornada Evaluación Medio Tiempo Estrategia Partería do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, nos dias 21 e 22 de outubro de 2024 com objetivo de avaliação do Plano de Fortalecimento da Parteria 2018-2030, com participação das associações membros da ICM na Região das Américas e do UNFPA.
- Audiência com Deputada Federal Ana Paula Lima, em novembro de 2024, para tratar de pautas relacionadas ampliação de acesso a ações de saúde das mulheres e fortalecimento da enfermagem obstétrica;
- Audiência com o Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária em Saúde- SAPS para tratar da necessidade da Reforma Obstétrica no Brasil.
- Reuniões de alinhamento com as Secretarias do Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde- SAES e Secretaria de Atenção Primária em Saúde-SAPS, para tratar da oferta de formação de Enfermeiras Obstétricas em 2025, no âmbito da expansão de Maternidades e Centro de Partos Normais, vinculadas ao novo PAC.
- Participação da Solenidade de Abertura do X Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal em Belo Horizonte- MG. Momento em que a Abenfo Nacional foi representada pelo 2º Secretário, o enfermeiro Luciano Marques.

COMPETÊNCIA E AUTONOMIA DO ENFERMEIRO NEONATOLOGISTA NA PERSPECTIVA DO PENSAMENTO COMPLEXO

Por: Ana Paula Dias França Guareschi; Flávia Simphronio Balbino; Bianca Miranda Marques.

A enfermagem neonatal é uma área altamente especializada, que demanda dos profissionais de enfermagem um profundo conhecimento sobre as particularidades da anatomia e fisiologia dos recém-nascidos (RN). Além dos conceitos em neonatologia, esse especialista necessita adquirir conhecimento sobre condições obstétricas e complicações que podem afetar o desenvolvimento fetal, parto e apresentação clínica do paciente neonatal. A enfermeira neonatal desempenha um papel essencial, no acompanhamento do neonato e sua família, no período pré-natal, nos cuidados pós-parto e no seguimento do bebê¹.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a atuação do enfermeiro é guiada pelos princípios da integralidade, longitudinalidade, resolubilidade e humanização. Suas intervenções em enfermagem neonatal incluem consultas regulares voltadas para atender às necessidades clínicas e sociais do recém-nascido, além do acolhimento à família. Essas ações abrangem orientações sobre cuidados neonatais, incentivo ao aleitamento materno, realização de testes essenciais, imunização e outras medidas que promovem a saúde do bebê e da família, de forma integral e individualizada². Todas essas medidas buscam reduzir a morbimortalidade infantil, combater as iniquidades em saúde, assegurar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e promover o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, independentemente de sua condição socioeconômica ou localização geográfica²⁻³.

As(os) enfermeiras(os) neonatais no cenário hospitalar, como membro chave da equipe multiprofissional, são responsáveis pelo planejamento e coordenação da assistência de enfermagem ao recém-nascido e sua família nas unidades neonatais. Esses locais são destinados ao cuidado integral e especializado, abrangendo desde cuidados de baixa até alta complexidade⁴. Desde a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, as unidades neonatais foram classificadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCIN-CO) e Unidade de Cuidado

Intermediário Neonatal-Canguru (UCIN-CA). Nesses ambientes, a competência do enfermeiro inclui tanto a gestão e supervisão da equipe, como as práticas de cuidado qualificados.

Toda esta estrutura organizacional reflete os princípios da integralidade e resolubilidade preconizados pelo SUS, garantindo que o cuidado ao neonato seja contínuo e abrangente, desde o ambiente hospitalar até o retorno à APS. Esse vínculo entre os níveis de atenção ressalta a importância do enfermeiro como mediador no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável do RN, com vistas a assegurar a continuidade do cuidado e promover a equidade em saúde.

O processo de gestão deste cuidado neonatal tanto na APS, quanto no ambiente hospitalar está relacionado desde a tomada de decisão até sua efetivação, o que requer do enfermeiro habilidades e conhecimentos apropriados, principalmente para desempenhar a sua liderança e para criar mecanismos favoráveis na execução de tarefas planejadas. Neste cenário, a aquisição de competências pautadas no conhecimento, habilidades, atitudes e valores são necessárias para a atuação deste profissional.

No contexto neonatal, as etapas evolutivas do processo do saber-fazer em enfermagem impulsionaram avanços técnicos no atendimento neonatal, contribuindo para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos anteriormente considerados inviáveis⁷. Esses avanços evidenciam a necessidade crescente de profissionais especializados e treinados nessa área, muitas condições fatais que contribuem para a mortalidade neonatal são evitáveis, sendo que grande parte da gestão desses cuidados recai sobre a força de trabalho da enfermagem neonatal, destacando sua importância neste cenário de alta complexidade^{6,7}.

De acordo com relatório Born Too Soon (2023)⁸ da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 152 milhões de bebês nasceram prematuramente na última década em todo o mundo. No Brasil, foram registrados 2.849.146 nascimentos em 2023, dos quais 11,1% (n = 315.831) foram prematuros⁹. Esse aumento no número de nascimentos prematuros, aliado à maior sobrevivência infantil frente às malformações

Congênitas, doenças crônicas e traumas, gerou uma demanda crescente por cuidados de alta complexidade⁸⁻⁹. Essa realidade impõe uma carga significativa às equipes de saúde das UTIN, especialmente à equipe de enfermagem. O enfermeiro neonatologista, que permanece à beira do leito 24 horas por dia, assume grande parte da responsabilidade pelos cuidados intensivos, consolidando sua relevância no manejo e na recuperação dos recém-nascidos em estado crítico.

Enfermeiros qualificados nesses ambientes destacam-se como os articuladores dos processos de cuidado humanos e tecnológicos, desempenham um papel fundamental na detecção precoce, no gerenciamento e na recuperação de possíveis complicações, evitando resultados adversos para os recém-nascidos e suas famílias. A contribuição fundamental dos serviços de enfermagem neonatal na redução das taxas de mortalidade neonatal reflete diretamente na diminuição das mortes infantis em todo o mundo¹⁰. As equipes de enfermagem neonatal foram reconhecidas por sua assistência na melhoria dos desfechos de saúde neonatal e na redução da mortalidade¹⁰, assim como a presença do enfermeiro neonatal na sala de parto, conforme preconizado pela Portaria nº 11 de 2018,¹¹ até os cuidados pós-parto imediatos e intervenções precoces para problemas de saúde neonatal.

Estas significativas transformações e os desafios atuais tendem para a necessidade de se rever a profissão de enfermagem e a autonomia da(o) enfermeira(o) neonatal. Assim como, a análise da profissão de enfermagem a partir de sua trajetória histórica visa ampliar a independência do exercício profissional, destacando o que a caracteriza e a diferencia de outras áreas. Essa compreensão promove a articulação do saber específico, direcionado às práticas assistenciais, e fortalece a capacidade de tomar decisões fundamentadas em conhecimento técnico-científico, respaldadas por uma legislação própria^{1,12}.

A competência do enfermeiro é fundamental para garantir um cuidado seguro e eficaz, especialmente no campo da neonatologia. Essa capacidade envolve não apenas o domínio técnico, mas também a habilidade de articular saberes teóricos e práticos, assegurando intervenções baseadas em evidências e alinhadas às necessidades do contexto assistencial.

Nesse contexto, o exercício da enfermagem neonatal requer o desenvolvimento de competências essenciais, incluindo o saber agir de forma responsável, mobilizando, integrando e aplicando recursos, conhecimentos e habilidades em situações específicas. Essa dinâmica não apenas define a prática profissional, mas também é reconhecida como indispensável para assegurar a qualidade do cuidado prestado.

Competência do enfermeiro neonatologista na perspectiva do Pensamento Complexo

O conceito de competência é amplamente debatido nos âmbitos educacional e profissional, especialmente a partir do século XX, quando passou a ser compreendido sob duas perspectivas principais: como uma adequação às demandas do mercado de trabalho ou como um agente de transformação dos processos de trabalho e educação. Mais do que um conjunto de conhecimentos técnicos, a competência refere-se à capacidade de agir de forma eficaz em situações específicas, integrando e mobilizando conhecimentos (saberes necessários), habilidades (fazer necessários) e atitudes (comportamentos necessários) conforme o contexto. Essa mobilização abrange tanto processos racionais quanto intuitivos, possibilitando a formulação de estratégias de ação que gerem valor econômico e social¹³⁻¹⁶.

As competências profissionais podem ser adquiridas de maneira formal, por meio da educação, ou informalmente, pela prática cotidiana. No cenário contemporâneo, caracterizado por dinamicidade e competitividade, o desenvolvimento dessas competências tornou-se essencial. Profissionais competentes demonstram capacidade de adaptação às mudanças, tomada de decisões assertivas e contribuição efetiva para a melhoria contínua de processos e resultados¹⁷⁻¹⁸.

No setor da saúde, o conceito de competências transcende o tecnicismo, buscando integrar teoria e prática para promover um cuidado humanizado, seguro e eficiente. Essa abordagem abrange a análise crítica de informações, a criatividade na solução de problemas e o trabalho colaborativo. Além disso, enfatiza o pensamento complexo, que possibilita lidar com as interações e interdependências das diversas variáveis presentes no cuidado em saúde. Assim, as competências nesse campo alinham-se às mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas que impactam as demandas do setor 13, 19.

Nesse contexto, o pensamento complexo, como proposto por Edgar Morin, é fundamental para compreender e atuar em um mundo interconectado e dinâmico. Essa perspectiva combina a análise das partes com a compreensão do todo, articulando ordem e desordem na produção do conhecimento. No que se refere às competências profissionais, o pensamento complexo é indispensável para enfrentar os desafios emergentes que envolvem múltiplas dimensões sociais, tecnológicas e econômicas²⁰⁻²¹.

A interdisciplinaridade, um princípio inerente ao pensamento complexo, é essencial na formação e atuação dos profissionais de saúde. Essa abordagem permite integrar diferentes áreas do conhecimento e aplicar essa compreensão de maneira prática no cuidado ao paciente¹⁹. Para os profissionais de saúde, como os enfermeiros, adotar uma perspectiva interdisciplinar é fundamental para desenvolver soluções inovadoras e adaptadas às necessidades dos pacientes e suas famílias, garantindo um cuidado integral e de qualidade.

O enfermeiro é um profissional cuja competência ultrapassa a formação generalista proporcionada pela graduação. Ele desempenha um papel central no cuidado integral, atuando como um elo entre a equipe, o paciente, o ambiente e o serviço. Suas competências englobam habilidades técnicas, gestão, organização do trabalho e capacidade de tomar decisões em situações desafiadoras²². No entanto, ainda existem lacunas na formação em enfermagem, uma vez que muitas instituições não abordam de maneira suficiente as competências necessárias para enfrentar os desafios contemporâneos, especialmente no que diz respeito à profundidade dos pressupostos do pensamento complexo. Essa lacuna resulta em desigualdades de capacitação entre os profissionais²²⁻²³.

Além disso, a formação em enfermagem deve preparar os profissionais para atuar em cenários complexos, caracterizados por rápidas transformações tecnológicas, científicas e sociais. Nesse contexto, uma abordagem centrada no desenvolvimento de competências é fundamental para alinhar a educação às demandas do mercado de trabalho e às necessidades sociais. O pensamento complexo, integrado a uma formação interdisciplinar e contextualizada, emerge como uma abordagem essencial para formar profissionais capazes de responder às demandas do presente e contribuir para a inovação e qualidade no cuidado à saúde¹⁹.

As competências desempenhadas pelo enfermeiro neonatologista abrangem múltiplas dimensões que garantem a excelência no atendimento ao RN e família, com a articulação de cuidados humanizados, conhecimentos clínicos tecnicamente embasados no conhecimento científico. De acordo com a Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, estas competências estão organizadas por domínios que incluem: prática ética e legal, prática clínica, gestão, liderança, trabalho em equipe, pesquisa e produção de conhecimento e prática educativa²⁴.

Recomenda-se que a(o) enfermeira(o) neonatal esteja familiarizado com legislações, como o Estatuto da Criança e do Adolescente²⁵, e com as políticas públicas de saúde neonatal. Além disso, deve desenvolver habilidades de comunicação que permitam lidar com dilemas éticos e prestar esclarecimentos de maneira acessível às famílias.

Na prática clínica, entre as competências do enfermeiro neonatologista no cuidado de alta complexidade, destacam-se habilidades no suporte de vida, hemodinâmico, respiratório e ventilatório, além do suporte neurológico, suporte nutricional e renal. Também são essenciais o controle glicêmico, a prevenção e controle de infecções, os cuidados com a integridade da pele e mucosas, o manejo de lesões, a terapia intravenosa e a identificação, avaliação e tratamento da dor. Sua atuação é guiada por evidências científicas e pela constante atualização sobre avanços na neonatologia. Competências como o reconhecimento precoce de sinais de agravamento e o manejo de emergências neonatais são indispensáveis,²⁶.

Além disso, o enfermeiro neonatologista desempenha papéis de gestão e liderança, coordenando equipes multiprofissionais e garantindo a utilização eficiente dos recursos disponíveis²⁶. Ele é responsável pela organização de processos que promovam a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Suas competências de gestão incluem o planejamento de rotinas, a supervisão de equipes e a implementação de protocolos assistenciais^{24,27}.

O trabalho interprofissional em Neonatologia é imprescindível, pois o enfermeiro neonatologista participa ativamente na promoção do cuidado integral ao recém-nascido e sua família, com discussão dos aspectos biopsicossociais e espirituais, descritos na Teoria das Necessidades Humanas Básicas²⁷, com a equipe multiprofissional. Competências como comunicação eficaz, resolução de conflitos e construção de um ambiente colaborativo são fundamentais para o bom desempenho da equipe e o alcance de melhores desfechos para o paciente²⁴.

Um dos principais desafios enfrentados pelo enfermeiro neonatologista é a aquisição da competência de gestão de conflitos, essencial para garantir a qualidade do atendimento assistencial e promover a saúde organizacional. Nesse contexto, destaca-se a relevância das soft skills, que se referem às competências socioemocionais fundamentais para o desempenho profissional. Essas habilidades incluem a capacidade de comunicação eficaz, o trabalho colaborativo em equipes interprofissionais, a gestão simultânea de diferentes projetos, a facilidade em lidar com a diversidade e a aptidão para atuar de maneira ética^{28, 29}.

No cenário atual, as soft skills são consideradas competências imprescindíveis para o enfermeiro, especialmente no campo da neonatologia, onde o cuidado envolve interações complexas com a equipe multiprofissional e com as famílias¹⁷. A comunicação assertiva, por exemplo, é essencial para transmitir informações críticas sobre o estado clínico do recém-nascido, garantindo que todos os envolvidos compreendam os cuidados necessários.

Além disso, o trabalho colaborativo é indispensável em unidades neonatais, onde decisões rápidas e precisas dependem da integração de saberes e da cooperação entre diferentes áreas, como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Habilidades como empatia e resolução de conflitos são cruciais para mediar situações de tensão, tanto entre membros da equipe quanto no relacionamento com os familiares, que frequentemente vivenciam momentos de vulnerabilidade emocional³⁰.

A atuação ética e a capacidade de lidar com a diversidade cultural e social também são aspectos centrais para o enfermeiro, permitindo que o cuidado seja personalizado e respeitoso. Portanto, o desenvolvimento de soft skills não apenas enriquece o desempenho técnico, mas também fortalece o papel do enfermeiro como mediador, educador e líder no ambiente de saúde. A inclusão dessas competências na formação e no aperfeiçoamento profissional é essencial para atender às demandas de um cuidado integral, humanizado e eficaz^{17, 29}.

O enfermeiro neonatologista desempenha um papel essencial na produção de conhecimento, contribuindo por meio da investigação de práticas clínicas, publicação de artigos científicos e participação em eventos acadêmicos. Sua competência inclui a habilidade de interpretar dados científicos e integrá-los à prática clínica, assegurando um cuidado fundamentado em evidências³¹.

Além disso, sua prática educativa é abrangente, englobando tanto a orientação em saúde para as famílias de recém-nascidos quanto os processos de treinamento em serviço para a equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe multiprofissional de saúde. Entre as orientações, esse profissional ensina técnicas de cuidado neonatal aos familiares, promovendo a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Em ambientes educacionais, compartilha conhecimentos especializados e atualizações científicas, contribuindo significativamente para a formação de profissionais mais autônomos e qualificados, preparados para lidar com a complexidade do cuidado neonatal³²⁻³⁴.

A autonomia do enfermeiro neonatologista está intrinsecamente ligada ao domínio do conhecimento técnico-científico e ao desenvolvimento de competências específicas para o cuidado neonatal. Essa autonomia permite ao profissional tomar decisões fundamentadas, adaptando intervenções às necessidades individuais do recém-nascido e de sua família, sempre alinhadas às melhores práticas e evidências disponíveis. Além disso, a capacidade de atuar de forma independente e interdependente no contexto multiprofissional reforça o papel do enfermeiro como protagonista no cuidado, assegurando não apenas a qualidade assistencial, mas também a promoção da segurança do paciente e a melhoria contínua dos processos de trabalho³³.

Autonomia da(o) enfermeira(o) neonatal à luz do Pensamento Complexo

Entre as habilidades fundamentais para a atuação do enfermeiro, destaca-se a autonomia.

O termo "autonomia" deriva do grego e significa a faculdade de se governar por si mesmo, implicando o direito ou capacidade de se reger por leis próprias, além de liberdade ou independência moral e intelectual^{34, 35}. Esse conceito está relacionado à consciência sobre a liberdade de julgamento e ao poder de decisão no âmbito das ações e atitudes que cada indivíduo possui.

Em enfermagem, autonomia refere-se à capacidade de governar decisões baseadas nas necessidades do cuidado, fundamentadas em noções acerca do ser humano e sustentadas por evidências científicas³⁶⁻³⁸.

Na perspectiva da sociologia das profissões, a autonomia de uma ocupação está associada à sua capacidade de demonstrar confiabilidade à sociedade. Assim, o processo de reconhecimento de uma ocupação como profissão autônoma está mais diretamente influenciado por articulações político-sociais do que exclusivamente por aspectos técnicos e experiências práticas.

A enfermagem, ao longo de sua evolução, consolidou-se como uma profissão autônoma por meio de procedimentos regulamentados, construção de conhecimento específico e exercício de uma prática fundamentada no planejamento e no processo de enfermagem, ambos baseados em evidências científicas^{12,37-38}. Essa autonomia também se evidencia na capacidade de resolver situações complexas e na promoção de um cuidado qualificado³⁹⁻⁴¹.

Os elementos que sustentam a capacidade da enfermagem para a autorregulação reforçam sua relevância no contexto das profissões de saúde. Nesse sentido, o exercício da autonomia na enfermagem exige a observância rigorosa das leis e regulamentos nacionais e locais, bem como dos códigos de ética específicos da profissão. Esses princípios garantem que a prática seja não apenas independente, mas também responsável e alinhada aos padrões éticos e legais^{38,40}.

O paradigma da complexidade, conforme proposto por Edgar Morin, desafia o pensamento reducionista e fragmentário fundamentado no cartesianismo de Descartes. Embora o pensamento cartesiano tenha estruturado diversas áreas do conhecimento, apresenta limitações ao abordar as questões e demandas multifacetadas do mundo contemporâneo⁴²⁻⁴³.

Em contraste, o pensamento complexo não se opõe ao simplificado, mas o incorpora, promovendo uma visão integrativa. Ele busca contextualizar, globalizar e compreender os fenômenos de maneira holística, sem negligenciar o singular, o individual e o concreto. Essa abordagem possibilita uma análise mais profunda e abrangente, essencial para responder às questões complexas do cuidado em saúde^{39,44}.

No campo da enfermagem, o pensamento complexo oferece uma base teórica que favorece a autonomia profissional, ao articular o conhecimento técnico, científico e relacional. Historicamente, a enfermagem no Brasil, organizada em meados do século XIX, foi estruturada sob princípios de hierarquia e divisão de tarefas⁴⁵. Nesse modelo, o enfermeiro era responsável por atividades de ensino, supervisão e administração, enquanto técnicos e auxiliares de enfermagem realizavam a maior parte do cuidado direto. Embora eficiente em certos contextos, essa divisão funcional pode limitar a autonomia do enfermeiro na prática assistencial.

Ao incorporar o pensamento complexo em sua prática, o enfermeiro transcende os limites da fragmentação e hierarquização do cuidado, articulando ensino, supervisão e assistência de forma integrada. Esse modelo reforça a capacidade do enfermeiro de atuar como líder e gestor, promovendo um cuidado que abrange não apenas os aspectos biológicos do paciente, mas também as dimensões sociais, psicológicas e culturais. Nesse contexto, a autonomia do enfermeiro deixa de ser uma questão meramente técnica e passa a englobar um compromisso ético e reflexivo com a integralidade e a humanização do cuidado⁴⁵.

A aplicação do paradigma da complexidade no exercício da enfermagem contribui para superar as barreiras do pensamento reducionista, promovendo a compreensão contextualizada dos fenômenos e a tomada de decisões fundamentadas em múltiplas dimensões do cuidado. Essa abordagem fortalece a autonomia profissional, permitindo ao enfermeiro lidar com as incertezas e contradições do cuidado em saúde de maneira ética, inovadora e alinhada às demandas contemporâneas.

Apesar dos avanços, alguns fatores ainda limitam a autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. Entre eles, destaca-se a influência do profissional médico sobre o trabalho do enfermeiro, frequentemente caracterizada pela submissão às ordens médicas e pela dependência do enfermeiro para executar determinados cuidados ou ações⁴⁶.

Essa dinâmica é agravada pela valorização desproporcional das atividades médicas em detrimento das ações realizadas pelo enfermeiro⁴⁷. Além disso, a deficiência de conhecimento técnico-científico de alguns profissionais e a redução do quadro de enfermeiros nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) intensificam a sobrecarga de atividades gerenciais, dificultando a execução do cuidado direto, que é atribuição privativa do enfermeiro em situações de risco de vida, conforme a regulamentação profissional.

Estudos apontam que fatores como sobrecarga de trabalho, desgaste físico e emocional, despersonalização do enfermeiro, sofrimento moral, depressão, tensão no ambiente laboral, regras tradicionais de gestão, hierarquias rígidas, estrutura física inadequada e escassez de materiais contribuem para restringir a autonomia desse profissional^{4,48}. Esses desafios não apenas limitam a atuação do enfermeiro, mas também afetam negativamente a qualidade do cuidado prestado e o bem-estar do próprio profissional. Enfrentar essas questões é essencial para fortalecer a autonomia e promover um ambiente de trabalho mais saudável e colaborativo.

Por outro lado, pesquisas indicam que ambientes institucionais que envolvem os enfermeiros na tomada de decisão sobre questões do trabalho diário promovem maior satisfação profissional, responsabilidade e compromisso com a prática assistencial^{49,50}. Essas condições ressaltam a importância de uma liderança participativa e de um modelo de gestão que valorize o papel do enfermeiro como protagonista no cuidado.

A teoria da complexidade de Edgar Morin oferece uma abordagem poderosa para compreender e superar as limitações enfrentadas pela enfermagem. Segundo essa teoria, a identidade, os papéis sociais, a postura crítica e as atitudes responsáveis formam os pilares que sustentam o pensamento complexo na vida cotidiana. Quando aplicada à enfermagem, essa perspectiva demanda uma combinação de autonomia e liberdade para lidar com as incertezas e contradições do cuidado em saúde. Por meio dessa integração, a enfermagem tem a oportunidade de evoluir continuamente, garantindo uma assistência que considera a totalidade e a singularidade do paciente, enquanto promove a valorização do profissional em um contexto multidimensional e interdependente.

No ensino e na prática da enfermagem neonatal, a aplicação do pensamento complexo resulta em uma abordagem emancipadora, que incentiva a reflexão crítica sobre o cotidiano, o questionamento das práticas e a transformação social. Em contraste com concepções reducionistas — baseadas em pensamentos lineares e fragmentados —, o pensamento complexo rompe com a visão limitada e acrítica, frequentemente associada a uma atuação do enfermeiro neonatologista desvinculada de inovação e análise reflexiva.

O pensamento complexo, conforme delineado por Edgar Morin, abrange todas as influências internas e externas, lidando simultaneamente com incertezas, contradições e interdependências. É um modelo de pensamento que rejeita certezas absolutas e verdades rígidas, reconhecendo que o conhecimento é construído a partir de um diálogo contínuo entre opostos complementares e concorrentes, como análise e síntese, concreto e abstrato, compreensão e explicação. Essa abordagem amplia a capacidade de interpretar e agir diante da complexidade dos fenômenos em saúde, especialmente no delicado e multidimensional contexto neonatal^{19,20}.

Baseado em três princípios fundamentais — causalidade linear, causalidade circular retroativa e causalidade recursiva —, o pensamento complexo oferece uma estrutura robusta para compreender o mundo como um sistema interconectado.

A causalidade linear entende que uma causa específica gera determinados efeitos; a causalidade circular retroativa destaca que os efeitos podem retroagir no sistema e influenciar suas causas; e a causalidade recursiva reconhece a interdependência entre o produto e o produtor.

Essa abordagem rompe com a visão tradicional de causa e efeito linear, evidenciando que os efeitos são, ao mesmo tempo, causas e produtores daquilo que os gera^{20,21}.

No contexto da enfermagem neonatal, o pensamento complexo abre portas para práticas mais integradas e reflexivas, fortalecendo a autonomia do enfermeiro. Essa perspectiva não apenas incentiva a tomada de decisões fundamentadas em evidências científicas, mas também propõe uma visão holística do cuidado, considerando as dimensões biológicas, emocionais, sociais e culturais do recém-nascido e de sua família.

Dessa forma, permite a promoção de um cuidado mais abrangente, que transcende a mera soma de práticas isoladas e as integra em uma abordagem interconectada, adaptada às demandas do mundo contemporâneo.

A complexidade, enquanto conceito integrador, propõe uma maneira de pensar que se opõe à fragmentação e à redução das partes, promovendo a comunicação e a articulação das ideias.

Essa abordagem estabelece a inter-relação entre diferentes saberes e a organização do pensamento, favorecendo a integração das múltiplas dimensões do cuidado.

Assim, a autonomia profissional do enfermeiro é construída por meio do trabalho coletivo e compartilhado, onde os saberes específicos da especialidade se conectam às práticas de outros membros da equipe multiprofissional.

Essa inter-relação é fundamental para garantir um cuidado integral ao recém-nascido, pois combina as formações e experiências distintas dos profissionais, promovendo uma assistência articulada e de alta qualidade.

Sob a ótica da complexidade, a prática do cuidado neonatal pode ser compreendida como um produto e um serviço que emergem das múltiplas relações entre os atores envolvidos. Essa prática, embora siga ordens e rotinas, está constantemente sujeita às influências do ambiente e das relações construídas^{12,13,14,19}. Nesse cenário, a ordem e a desordem coexistem de forma dinâmica, enquanto a transdisciplinaridade, o trabalho em equipe e o pensamento crítico reflexivo desempenham papéis cruciais na promoção de uma assistência de qualidade e na coparticipação do cuidado entre familiares e profissionais.

O conhecimento, nesse contexto, torna-se a base para o desenvolvimento da autonomia profissional e da respeitabilidade do enfermeiro. É por meio da construção, assimilação e aplicação do conhecimento que o enfermeiro reflete sobre suas ações, adota uma postura crítica e faz escolhas éticas no exercício de sua profissão. Esse processo, alinhado ao pensamento complexo, favorece o desenvolvimento da tomada de decisão em um cenário assistencial dinâmico e desafiador^{38,39}.

As contraposições entre o cartesianismo e a complexidade refletem-se na formação e atuação do enfermeiro, historicamente influenciado pelo paradigma reducionista. No entanto, a compreensão da complexidade humana é uma responsabilidade central dos profissionais de saúde, cujo trabalho exige interação constante com o outro^{42,43}.

No âmbito neonatal, a elaboração do Processo de Enfermagem representa uma atitude responsável e complexa, que não apenas promove a autonomia profissional, mas também assegura a qualidade do cuidado. Essa ferramenta permite ao enfermeiro identificar as demandas físico-emocionais dos recém-nascidos e suas famílias, planejar a assistência e aplicar conhecimentos e habilidades baseados em evidências científicas. O resultado é a garantia de um cuidado qualificado, que fortalece tanto a autonomia do profissional quanto o reconhecimento de seu papel pela equipe multiprofissional e pelas famílias⁴⁰.

O conhecimento é um elemento intrínseco ao trabalho do enfermeiro, essencial para a realização do Processo de Enfermagem, educação, gerenciamento e pesquisa. Sem ele, a prática profissional perde sua fundamentação e consistência. No entanto, no contexto da neonatologia, a formação de enfermeiros com um perfil crítico e reflexivo exige a superação da visão reducionista do mundo, que se mostra insuficiente para as demandas contemporâneas.

O saber teórico é amplamente reconhecido como propulsor da autonomia profissional. O domínio das atividades desenvolvidas não apenas potencializa a confiança da equipe multiprofissional, mas também fortalece a segurança no cuidado prestado. Nesse sentido, a formação de especialistas surge como um elemento-chave, proporcionando ao(a) enfermeiro(a) neonatal um aprofundamento técnico-científico que se reflete diretamente na ampliação de sua autonomia^{51,52}.

Ademais, o conhecimento especializado é resultado do aperfeiçoamento contínuo e do desenvolvimento profissional, elementos indispensáveis para a conquista e manutenção de espaços no mercado de trabalho. Essa busca pelo aprimoramento confere ao enfermeiro a capacidade de exercer ações autônomas, promovendo mudanças nas práticas assistenciais e superando abordagens baseadas exclusivamente no empirismo⁵².

Sob a perspectiva do pensamento complexo de Edgar Morin, a autonomia do enfermeiro neonatologista não deve ser vista como uma construção isolada, mas como um processo dinâmico que integra conhecimentos, habilidades e atitudes. Esse processo é caracterizado pela interconexão entre os saberes, permitindo ao profissional lidar com as incertezas, contradições e desafios do cuidado neonatal.

A formação crítica e reflexiva, aliada ao desenvolvimento de competências especializadas, possibilita ao enfermeiro atuar como um agente transformador no contexto da saúde neonatal. Sua autonomia, fundamentada no conhecimento teórico e na prática baseada em evidências, não apenas potencializa o cuidado centrado no recém-nascido e na família, mas também fortalece sua posição como líder e colaborador essencial na equipe multiprofissional.

Considerações Finais

Pensar de forma complexa na enfermagem neonatológica implica em reconhecê-la como uma profissão central na organização de sistemas de cuidados que enfrentam os desafios impostos pela gravidade e fragilidade do RN. O enfermeiro neonatologista deve ser capaz de compreender a linguagem peculiar e complexa do RN, exercendo liderança, gerência e autonomia, além de adotar atitudes que assegurem uma assistência qualificada, segura e humanizada. Essa prática não apenas promove a valorização profissional, mas também consolida o papel do enfermeiro como um especialista essencial no cuidado neonatal, contribuindo significativamente para a construção de sua identidade profissional e para a excelência no cuidado.

Entretanto, a escassez de estudos voltados para a autonomia do enfermeiro no contexto neonatal ainda representa um entrave para o avanço do conhecimento.

Referências:

1-Staples J, Starkey M, Davis K. Conceptualising a wellbeing-centred approach to neonatal nursing education: A discussion paper. *J Neonatal Nurs*. 2024;30(5):424-429. doi:10.1016/j.jnn.2024.01.006

2-Pires RCC, Lucena AD, Mantesso JBO. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. *Rev Recien*. 2022;12(37):107-14.

<http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.107-114>

3-Santos EDJ, Santos COD. O papel do enfermeiro na promoção da saúde neonatal: uma análise da assistência aos recém-nascidos na atenção primária à saúde. *REASE [Internet]*. 2024 May 28 [cited 2024 Nov 20];10(5):5472-8. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14261>

4-Farias Gomes DF, Moita MP, Dias MSA, Fernandes MC, Diniz JL. Papel do enfermeiro no cuidado intensivo neonatal no Brasil. *Essential (Sobral)*. 2019;20(1):9- 16 DOI: <https://doi.org/10.36977/ercct.v20i1.239>

A prática fundamentada em evidências. A falta de discussões científicas sobre o exercício autônomo da profissão dificulta a adoção de estratégias que promovam a segurança do cuidado ao RN e à sua família. Esse cenário aponta para a necessidade de maior investimento em pesquisas que aprofundem a compreensão sobre a autonomia profissional e suas implicações no cuidado neonatal.

Para superar esses desafios, é essencial que a (o) enfermeira(o) neonatal adquira o empoderamento necessário para afirmar suas competências e demonstrar sua relevância técnica e social. Esse processo deve estar alicerçado na formação crítica e reflexiva, na atualização contínua e na prática baseada em evidências científicas. Assim, o profissional não apenas cumpre seus deveres e direitos, mas também se torna protagonista na promoção de um cuidado centrado no paciente e na família, garantindo o reconhecimento de seu papel pela instituição e pela sociedade. A valorização do enfermeiro neonatologista depende de sua capacidade de articular conhecimentos, habilidades e atitudes que demonstrem sua indispensabilidade nos serviços de saúde.

Além disso, o reconhecimento profissional e a satisfação pessoal são resultados de uma atuação ética, competente e alinhada às demandas contemporâneas do cuidado neonatal, que se apresenta cada vez mais complexo e desafiador. Portanto, investir na autonomia e valorização da(o) enfermeira(o) neonatal é investir na qualidade do cuidado e na construção de um sistema de saúde mais eficiente e humano.

5-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, define as diretrizes e objetivos para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012.

6-Soares MI, Camelo SHH, Resck ZMR, Terra F de S. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016;69(4):676–83. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409j>

7- Mirlashari J, Qommi R, Nariman S, Bahrani N, Begjani J. Clinical Competence and Its Related Factors of Nurses in Neonatal Intensive Care Units. 2016 Dec;5(4):317-324. doi: 10.15171/jcs.2016.033.

8-Born too soon: Decade of action on preterm birth. Geneva: World Health Organization;2023 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>

9- Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Disponível em: Acesso em: nov. 2024.

10-Amiri, Arshia, et al. Impact of nurse staffing on reducing infant, neonatal and perinatal mortality rates: evidence from panel data analysis in 35 OECD countries. *International journal of nursing sciences* 7.2 (2020): 161-169. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.02.002. eCollection 2020 Apr 10.

11-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 11 de janeiro de 2018. Aprova o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia e Neonatologia. *Diário Oficial da União [Internet]*. 2018 Jan 12 [cited 2024 Nov 20]; Available from: <https://www.gov.br/brasil>

12-Gomes A M T, Oliveira D C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2005 June [cited 2020 Jan 08]; 39(2): 145-153. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200004>.

- 13- Lima VV, Ribeiro EC de O. Abordagem dialógica de competência: pressupostos e percurso metodológico para a construção de perfis na área da Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2022;26:e210737. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.210737>
- 14-Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Professeur à L'Université de Genève. Editora Artmed. 2009.
- 15- Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev adm contemp. [Internet]. 2001;5(spe):183–96. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>
- 16- Hernandez D. Políticas de certificación de competencias en América Latina. Bol Cinterfor. 2002; 152:31-49.
- 17- Rosa C da SR, Carvalho AGF, Barja PR. Soft skills: desenvolvimento das competências do enfermeiro na atualidade. RevistaUnivap [Internet]. 19º de abril de 2022 [citado 20º de novembro de 2024];28(57). Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/2592>
18. Camelo SHH, Angerami ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. Texto Contexto - Enferm 2013;22:552–60. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200034>.
- 19- Morin E. O problema epistemológico da complexidade. Lisboa: Publicações Europa-América; 2002.29
- 20-Morin E. O método 3: o conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Editora Sulina; 2005.
- 21-Sanchéz A. A noção de dialógica e meus encontros com Edgar Morin. In: Pena-Veja A, Nascimento EP, organizadores. O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond; 1999. p. 165-178.
- 22-Limeira PC, Seiffert OMLB, Ruiz-Moreno L. O que a literatura científica e os projetos políticos pedagógicos revelam sobre a qualidade da educação superior em enfermagem? ABCS Health Sci [Internet]. 2015;40(3):276-85. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/6053/808-texto-do-artigo.p>
- 23-Ferro LMC, Rozin L, Luvizotto DCS, Mendes JO. Percepções do enfermeiro acerca das competências profissionais para atuação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Espac. Saúde.2023;24:e930.
- 24Gaiva MAM, Silveira A, Viera CS, Maia EBS, Anders JC, Miranda JOF, Fonseca LMM, et al. Posição da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras sobre as competências essenciais do enfermeiro neonatologista e pediatra. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2020;20(2):116-33.
- 25-Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca_mdhc_2024.pdf
- 26- SouzaVL, Kobayashi RM, Simonetti SH. Construção de competências do enfermeiro para implantar unidade de terapia intensiva neonatal cardiológica. Nursing Edição Brasileira [Internet].;23(264):3894-905. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/687>
- 27-Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011
- 28- Teixeira NL, Silva MM, Draganov PB. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. Rev Adm Saúde. 2018;18(73). DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.73.138>
- 29- Dalago, K.M.S. Arbieto, E. R. M., Ermes Neto, J., Petry, I. R. & Schmidt, E. (2020). Educação em saúde e cinesioterapia contribuem no aprimoramento de soft skills e hard skills? Estácio Saúde, 9(2), 34-38. <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina>
- 30- Klock P, Buscher A, Erdmann AL, Costa R, Santos SV. Best practices in neonatal nursing care management. Texto contexto - enferm [Internet]. 2019;28:e20170157. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0157>
- 31- Peres AL, Freire MH de S, Migoto MT, Saganski GF. Cuidados de enfermagem ao recém nascido nos distintos cenários: revisão integrativa. Adv. Nurs. Health [Internet]. 24º de abril de 2021 [citado 20º de novembro de 2024];3. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/anh/article/view/41478>
- 32- Rosa NRPS, Curado MAS, Henriques MAP. Percepção dos pais sobre as práticas de educação em saúde na Unidade Neonatal.

Esc Anna Nery 2022;26:e20210040.
<https://www.scielo.br/j/ean/a/KJJRFYycmYRcWWQCcFQ95vH/?format=pdf&lang=pt>

33- Oliveira, AIB, Wernet M, Facio BC, Dias PLM, Fabbro MRC. Motivation for vocational training: significance to nurses in neonatal intensive care. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(1):e20190793. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0793>.

34- Gaiva MA, Balieiro MM, Rossetto EG, Santos LM, Duarte ED, Christoffel MM, et al. I Encontro de Residências em Enfermagem Neonatológica e Pediátrica [editorial]. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2022;22:e-edt16.

35-Santos, J.R. Conduta gerencial do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.* Dez 2017; 01(9): 30-46.

36. Bellaguarda ML dos R, Padilha MI, Pereira Neto A de F, Pires D, Peres MA de A. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013Apr;17(2):369–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200023>

Enfermagem Neonatológica e Pediátrica [editorial]. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2022;22:e-edt16. 35-Santos, J.R. Conduta gerencial do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.* Dez 2017; 01(9): 30-46. 36. Bellaguarda ML dos R, Padilha MI, Pereira Neto A de F, Pires D, Peres MA de A. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013Apr;17(2):369–74. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200023>

37-Bonfada MS, Pinno C, Camponogara S. Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2018; 12(8): 2235- 2246. 38- Cofen. Resolução 736. <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/> 39- Santos ÉI, Alves YR, Gomes AMT, Ramos RS, Silva ACSS, Espírito Santo CC. Social representations of nurses' professional autonomy among non-nursing health personne. *Rev Enferm UERJ.* 2015;23(4):484-7. Doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.17944> 41- Pursio, K., Kankkunen, P., Sanner-Stiehr, E., & Kvist, T. Professional autonomy in nursing: An integrative review.

Journal of nursing management. 2021; 29(6), 1565-1577. 42-Silva LC, Terra MG, Camponogara S, Erdmann AL. Pensamento complexo: um olhar em busca da solidariedade humana nos sistemas de saúde e educação.

Rev Enferm UERJ. 2007;14(4):613-9.

43- Terra MG, Camponogara S, Silva LC da, Girondi JBR, Nascimento K, Radünz V, et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2006;15(spe):164–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500020>.

44-Behrens MA. Paradigma da complexidade: metodologia de projetos, contratos didáticos e portfólios. *Vozes.* 2006.

45- Bueno FMG, Queiroz M de S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006Mar;59(2):222–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200019>

46-Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *Am J Crit Care.*2012 Mar; 21(2):41- 52.

47- Baykara ZG, Şahinoğlu S. An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey. *Nurs Ethics* June 2014; 21(4):447-60. Doi: 10.1177/0969733013505307

48- Madathil R, Heck NC, Schuldberg D. Burnout in Psychiatric Nursing: Examining the Interplay of Autonomy, Leadership Style, and Depressive Symptoms. *Arch Psychiatr Nurs* June 2014; 28(3):160-6. Doi: 10.1016/j.apnu.2014.01.002

49- Santos FOF, Montezeli JM, Peres AM. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. *REME - Rev Min Enferm.* 2012; 16(2):251-257.

50-Guareschi APDF et al. Satisfação da equipe de enfermagem que atua em hospital pediátrico e neonatal. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales, São José dos Pinhais, v.17, n.5, p. 01-20, 2024*

51-Ferreira EB, Pereira MS, Souza ACS, Almeida CCOF, Taleb AC. Systematization of nursing care in the perspective of professional autonomy. *Rev RENE.* 2016 Jan/Feb; 17(1):86- 92. Doi: 10.15253/2175-6783.2016000100012

52-Santos SV, Costa R. Treatment of skin lesions in newborn children: meeting the needs of nursing staff. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(6):985-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000700004>.



Profa. Dra. Ana Paula Dias França Guareschi
Enfermeira. Professora Adjunta do
Departamento de Enfermagem Pediátrica
Escola Paulista de Enfermagem da
Universidade Federal de São Paulo
Coordenadora do Programa de Residência de
Enfermagem Neonatológica da UNIFESP
Email: guareschi@unifesp.br



Profa. Dra. Flávia Simphronio Balbino
Enfermeira do Departamento de Enfermagem
Pediátrica Escola Paulista de Enfermagem da
Universidade Federal de São Paulo
Vice-coordenadora do Programa de
Residência de
Enfermagem Neonatológica da UNIFESP
Email: balbino.flavia@unifesp.br



Bianca Miranda Marques. Enfermeira
Neonatólogica pela UNIFESP. Consultora
Materno Infantil na empresa BMarques
Consultoria Materno Infantil. Enfermeira em
atendimento pediátrico de urgência via
telemedicina na empresa Kangoo Saúde.
Email: bih_mm@hotmail.com.

AVANÇOS TECNOLÓGICOS E PRÁTICAS HUMANIZADAS NO CUIDADO INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO

Por: Roberta Costa

A assistência neonatal tem passado por profundas transformações ao longo das últimas décadas, impulsionada pelos avanços tecnológicos, que ampliaram significativamente as possibilidades de cuidados ao recém-nascido. Nos países desenvolvidos e no Brasil, esses progressos, especialmente nas áreas de cuidados intensivos, têm contribuído para o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos extremamente prematuros (aqueles com peso ao nascer inferior a 1.000g), além de permitir a redução do limite biológico da viabilidade fetal¹.

Anualmente, cerca de 30 milhões de recém-nascidos necessitam de cuidados hospitalares especiais, devido a diversas condições, como malformações congênitas, asfixia intraparto, infecções, além da prematuridade e do baixo peso ao nascer². A Unidade Neonatal é o ambiente destinado à internação e ao tratamento de recém-nascidos em estado grave ou potencialmente grave, contando com profissionais especializados e com tecnologias de ponta que asseguram a sobrevivência dessas crianças. Esse cuidado é pautado pela promoção da equidade, pela atuação multiprofissional, pela integralidade da assistência, pela atenção humanizada e pelo estímulo à participação dos pais no cuidado ao recém-nascido³.

Nos últimos anos, o Brasil tem acompanhado as grandes transformações que ocorrem nas unidades neonatais ao redor do mundo, buscando implementar melhorias no atendimento. Numerosos estudos demonstram que o avanço da tecnologia, aliado aos progressos científicos, tem trazido benefícios significativos para o campo da neonatologia, especialmente no que se refere à utilização de equipamentos terapêuticos modernos.

Esses avanços têm ampliado significativamente as chances de sobrevivência dos recém-nascidos¹⁻⁸. As unidades neonatais têm se beneficiado de inovações direcionadas principalmente ao atendimento de recém-nascidos pré-termos e aqueles com condições médicas complexas, que são os mais vulneráveis a complicações clínicas⁴.

Uma revisão de literatura sobre dispositivos médicos inovadores em neonatologia destaca diversas inovações que têm contribuído para a redução da morbimortalidade neonatal. Tecnologias como ventilação mecânica, sensores para monitoramento contínuo de sinais vitais, sistemas de controle de infecções e dispositivos avançados de nutrição têm promovido melhorias significativas na saúde da população neonatal⁵.

A partir dos anos 1980, os ventiladores mecânicos e a terapia de reposição do surfactante foram fundamentais para reduzir a morbidade e mortalidade entre recém-nascidos prematuros. Hoje, a ventilação mecânica continua sendo uma prática comum nas unidades de terapia intensiva neonatal. No entanto, os avanços tecnológicos possibilitaram o desenvolvimento de ventiladores com modos de ventilação mais gentis, como a ventilação oscilatória de alta frequência e a ventilação por pressão positiva contínua nas vias aéreas nasais (CPAP). Esses modos têm mostrado resultados clínicos mais promissores, com menor incidência de displasia broncopulmonar e taxas de sobrevivência mais altas.

Além disso, ventiladores inteligentes, equipados com algoritmos de inteligência artificial (IA), são capazes de ajustar automaticamente os parâmetros de ventilação, adequando-se às necessidades específicas de cada neonato^{6,9}.

Sistemas de monitorização contínua também têm sido amplamente utilizados nas unidades de terapia intensiva neonatal, com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde na detecção precoce de problemas clínicos em recém-nascidos. Tecnologias de monitoramento não invasivo ou minimamente invasivo, que utilizam sensores de comunicação sem fio, permitem a avaliação contínua e remota de dados vitais, como frequência cardíaca, saturação de oxigênio e temperatura, em tempo real. Essas inovações têm contribuído para melhorar a precisão no acompanhamento, a segurança do cuidado e o conforto dos neonatos^{7,10-12}.

Em relação à oferta de nutrição e eletrólitos, destacam-se os dispositivos de alimentação enteral e parenteral. Exemplos como as bombas de alimentação enteral, que possuem controles precisos, são menos invasivas e contam com sensores para monitoramento do volume e da taxa de infusão, garantindo uma administração segura e eficiente. Esses avanços são essenciais para o desenvolvimento de recém-nascidos pré-termos e com extremamente baixo peso.

Outro fator crítico no cuidado neonatal é a prevenção de infecções. Inovações tecnológicas têm se mostrado fundamentais na redução da sepse neonatal. Entre elas, destacam-se os sistemas de acesso intravenoso com revestimentos antimicrobianos e cateteres equipados com sensores que detectam sinais precoces de infecção. Essas tecnologias contribuem significativamente para a diminuição da incidência de sepse neonatal¹⁴⁻¹⁶.

Além disso, os sistemas baseados em inteligência artificial (IA) têm se mostrado promissores na previsão e prevenção de complicações neonatais, como sepse e crises respiratórias.

Esses sistemas de inteligência artificial (IA) permitem intervenções precoces e mais eficazes, e estudos demonstram que a IA pode prever eventos adversos, como sepse neonatal, com maior precisão do que os métodos tradicionais^{17,18}.

No Brasil, há uma ferramenta intra-hospitalar que minera dados clínicos e sinais vitais, identificando padrões de risco e gerando alertas em tempo real. Essa tecnologia permite detectar a deterioração clínica de pacientes, como a sepse, várias horas antes da identificação pelos profissionais de saúde¹⁹. O objetivo é aumentar a capacidade de identificar precocemente pacientes em piora clínica nas enfermarias e UTI, utilizando dados do prontuário eletrônico como suporte à decisão com IA.

Além disso, podemos citar alguns softwares desenvolvidos na área materno-infantil por enfermeiros, que auxiliam na tomada de decisão e no processo de educação em saúde. Os sistemas de apoio à decisão clínica desempenham um papel fundamental, ajudando os profissionais de saúde nas escolhas relacionadas ao cuidado do paciente. Esses softwares variam em sofisticação e configuração, considerando aspectos como entrada de dados dos pacientes, bases de conhecimento, meios de inferência (lógica) e saídas. O objetivo é melhorar a qualidade do cuidado ofertado, sendo sempre baseado em evidências científicas. Além disso, esses sistemas devem aprimorar o desempenho dos profissionais em diversas atividades de cuidado, como diagnóstico, prevenção e gerenciamento de doenças.

É notável a diversidade de funcionalidades presentes em aplicativos voltados à área da saúde, que vão além de fornecer informações sobre um determinado tema²¹. O armazenamento e compartilhamento seguro de dados dos usuários com os profissionais de saúde facilita a tomada de decisões de maneira eficiente^{21,22}.

Um exemplo é o aplicativo de inovação tecnológica criado por uma enfermeira de unidade neonatal, com o suporte de profissionais da área de Tecnologia da Informação e Comunicação, e validado por especialistas. Esse aplicativo contribui diretamente para o processo de trabalho do enfermeiro, pois oferece um guia de apoio na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados²³.

Outro exemplo é o protótipo de aplicativo, desenvolvido por uma enfermeira²⁴ e idealizado para atender às necessidades de gestantes com risco de parto prematuro, visando prepará-las para o nascimento e a internação na unidade neonatal de seus filhos. O aplicativo foi desenvolvido, validado por especialistas e avaliado com um adequado nível de qualidade.

Do mesmo modo, a telemedicina tem sido cada vez mais incorporada aos cuidados neonatais, permitindo consultas remotas com especialistas e monitoramento à distância. Estudos demonstram que, na pediatria, a telemedicina possui um grande potencial para consolidar metodologias ativas de ensino²⁵, facilitar o manejo clínico à distância²⁶ e ampliar o acesso e a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes^{27,28}.

Os avanços tecnológicos têm contribuído significativamente para melhorar os desfechos neonatais, resultando em uma redução considerável na mortalidade neonatal e nas complicações graves. Embora esses progressos reflitam uma melhora substancial nos resultados clínicos, também ampliam o entendimento sobre as necessidades específicas dos neonatos e como atendê-las de maneira mais eficaz. Nesse contexto, surge a necessidade de uma maior atenção ao desenvolvimento neurológico das crianças, uma vez que a tecnologia, ao garantir a sobrevivência dos recém-nascidos, também deve assegurar sua qualidade de vida. O nascimento prematuro continua sendo um problema de saúde pública, o que torna ainda mais importante a preocupação com os aspectos emocionais e de cuidado integral ao recém-nascido.

Os desafios no atendimento aos neonatos de risco envolvem o longo período de internação e os custos elevados dos tratamentos, o que pode prejudicar o estabelecimento do vínculo familiar^{2,29}. Nesse sentido, há uma crescente preocupação global em equilibrar os avanços tecnológicos com uma assistência sensível e individualizada.

Quando se fala em tecnologia no cuidado integral do recém-nascido, é importante considerar as diferentes categorias de tecnologias na área da saúde: as tecnologias duras, que englobam os elementos materiais, como equipamentos e dispositivos; as tecnologias leve-duras, que envolvem o conhecimento sistematizado de diversas disciplinas da saúde, como a medicina e a odontologia; e as tecnologias leves, que se referem aos processos imateriais, como comunicação, interações humanas e relações interpessoais no cuidado à saúde³⁰⁻³². Nesse contexto, é fundamental reconhecer as tecnologias essenciais no cuidado aos neonatos, como o acolhimento, o contato pele a pele e a integração da família com a equipe interprofissional da unidade neonatal.

Neste sentido, várias iniciativas têm sido feitas para humanizar o atendimento ao recém-nascido em unidade neonatal ao longo do tempo. Na década de 1990, autores como Klaus e Kennell³³ já recomendavam algumas ações: abertura das unidades neonatais aos pais, condução da mãe para próximo do filho, participação da mãe no atendimento ao recém-nascido pré-termo, alojamento conjunto para pais de recém-nascidos pré-termos, alta precoce, entrevista com os pais, grupo de pais, contato programado e interação recíproca, conduzir o recém-nascido pré-termo saudável na incubadora para a mãe, intervenção domiciliar para os pais jovens e conversas com os pais após a alta.

Somado a estas estratégias, outra prática fundamental para garantir a neuroproteção do recém-nascido é o contato precoce pele a pele, cujo valor na comunicação entre mães e recém-nascido foi amplamente ilustrado por Marshall H. Klaus e colaboradores, desde o início da década de 1970. A partir do trabalho pioneiro destes autores, outros estudos foram desenvolvidos para avaliar os efeitos da separação precoce mãe-filho ou, de modo inverso, os efeitos do contato extra entre eles. Os resultados apontaram que a separação causa efeitos danosos no relacionamento, influenciando a frequência e duração da lactação e ainda os sentimentos de confiança maternos quanto à sua capacidade de cuidar de seu recém-nascido (RN) no domicílio³⁴.

Nesta seara, também se destaca o Programa “Madre Canguru”, proposto por Edgar Sanabria Rey e Héctor Gomes Martínez da Universidade Nacional de Bogotá na Colômbia em 1979, que inovaram na assistência tradicional aos RN pré-termos e de baixo peso, criando uma nova e ampla perspectiva para assistir esses RN.¹⁵ O programa foi desenvolvido como uma resposta pragmática para uma situação crítica onde ocorria infecção cruzada, falta de incubadoras, alto índice de abandono de RN nas unidades neonatais, baixa prevalência de aleitamento materno e alta mortalidade dos RN de baixo peso. Esse método ficou conhecido como “Mãe-Canguru”, devido à semelhança entre a forma como a fêmea canguru carrega seu filhote e as mães deste programa acomodam e cuidam de seus filhos.

No Brasil, este modelo foi organizado enquanto uma Política Pública de Saúde sendo lançada a “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru”, por meio da portaria nº 693/GM de 2000, revogada e atualizada em 2007 pela portaria SAS/MS nº 1.683.²⁹ Na proposta brasileira o Método Canguru é definido como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado ao RN de baixo peso, que consiste na realização do contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares, permitindo uma maior participação destes nos cuidados neonatais.

Este contato começa com o toque evoluindo até a posição canguru, por livre escolha da família e pelo tempo em que o RN e família entenderem ser prazeroso e suficiente. Sendo necessário o suporte assistencial de uma equipe de saúde adequadamente treinada para orientação e acompanhamento, favorecendo uma prática segura.²

As vantagens deste modelo de cuidado são: aumento do vínculo mãe-filho; redução do tempo de separação mãe-filho; melhora da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN de baixo-peso; estimula ao aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração; permite um controle térmico.

Adequado; favorece a estimulação sensorial adequada do RN; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos.²⁹

Em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um guideline apontando o Cuidado Canguru como uma forte recomendação baseada em evidência, sendo preferível ao Cuidado Convencional para a estabilidade clínica do RN, manutenção da temperatura, dentre outros desfechos positivos da Metodologia.³⁶

No Brasil, a Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru (MC) tem promovido uma mudança significativa no paradigma da atenção perinatal, enfatizando a integração dos avanços tecnológicos com a prática humanizada.²⁹ Essa abordagem tem sido uma das principais prioridades do Ministério da Saúde (MS), uma vez que evidências científicas crescentes comprovam a contribuição do Método Canguru para a melhoria dos desfechos neonatais.³⁷⁻³⁹

Em um estudo transversal quantitativo, comparando dois grupos de recém-nascidos, um submetido ao Método Canguru e o outro não, os resultados mostraram que o contato pele a pele teve impacto positivo no ganho de peso e na redução do tempo de internação dos neonatos.³⁸

Uma revisão sistemática realizada em 2016, que incluiu 21 ensaios clínicos randomizados com 3042 recém-nascidos com peso inferior a 2500g, evidenciou que o Método Canguru está associado a uma redução significativa dos riscos de mortalidade, infecção e hipotermia, além de promover aumento no ganho de peso, no perímetro cefálico e na taxa de amamentação exclusiva ou parcial na alta hospitalar.³⁷ Em um estudo multicêntrico realizado em seis unidades neonatais de referência no Brasil, avaliando 405 recém-nascidos com peso até 1800g,

Foi observada uma relação direta entre o tempo de início e a duração do contato pele a pele e os óbitos. Os neonatos que iniciaram o contato em posição canguru mais tardiamente (após 206 horas) apresentaram uma chance de óbito quase quatro vezes maior do que aqueles que foram submetidos ao contato precoce. Esses achados indicam que quanto mais cedo o recém-nascido for submetido ao contato pele a pele, maiores serão os benefícios dessa prática.³⁹

Além disso, o estudo³⁹ revelou que o conhecimento das mães sobre o Método Canguru está positivamente relacionado ao início precoce e à maior duração do contato pele a pele, tanto durante a internação quanto após a alta hospitalar. Estudo que investigou o conhecimento das mães sobre os cuidados do Método Canguru também destaca a importância do conhecimento materno especialmente no que se refere à prática do contato pele a pele, como um fator essencial para os benefícios dessa prática.⁴⁰

Diante de todos estes avanços e evidências, fazer parte da equipe de enfermagem na unidade neonatal exige que o profissional tenha uma percepção aguçada das fragilidades dos neonatos, além de uma sensibilidade para atendê-los e acolhê-los de maneira adequada, garantindo a segurança e promovendo o melhor desenvolvimento possível. Nietzsche e colaboradores³⁰ destacam que o uso de tecnologias tem contribuído significativamente para o aprimoramento das atividades do enfermeiro, tanto nas funções administrativas e assistenciais quanto na interação entre os diversos profissionais envolvidos no processo. Dessa forma, a incorporação de tecnologias no contexto assistencial ocorre de maneiras variadas, sendo influenciada pelo significado que se atribui ao seu uso como ferramenta no cuidado. Nesse sentido, o enfermeiro deve exercer uma atuação ativa no cuidado, mas para isso, é essencial que se instrumentalize constantemente, incorporando tecnologias duras, leve-duras e leves, as quais são fundamentais para atender às necessidades do paciente. Com isso, o enfermeiro será capaz de organizar seu trabalho de forma mais eficiente, aumentar sua

autonomia, orientar adequadamente a equipe e dominar o processo de cuidado de forma integral.

Referências

1. Gaiva MAM. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. *Cogitare Enferm.* 2006;11(1):61-6.
2. ONU. Organização das Nações Unidas. OMS: cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros por um ano no mundo. Brasil; 2018.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. *DOU.* 2012 dez 10;91(Seção I):138.
4. O'Callaghan N, Dee A, Philip RK. Evidence-based design for neonatal units: a systematic review. *Maternal Health Neonatology Perinatol.* 2019;5(1):6. doi:10.1186/s40748-019-0101-0.
5. Diogo AV de S, Silva JF, Santos AC, et al. Desenvolvimento de dispositivos médicos inovadores em neonatologia: revisão de literatura. *Rev Aracê.* 2024;6(2):3417-38.
6. Hibberd J, Leontini J, Scott T, Pillow JJ, Miedema M, Rimensberger PC, Tingay DG. Neonatal high-frequency oscillatory ventilation: where are we now? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2023;108(2):171-8. doi:10.1136/archdischild-2022-324527.
7. Nantume A, Oketch BA, Otiangala D, Shah S, Cauvel T, Nyumbile B, Olayo B. Feasibility, performance and acceptability of an innovative vital signs monitor for sick newborns in Western Kenya: A mixed-methods study. *Digit Health.* 2023; 9:20552076231182800. doi:10.1177/20552076231182800
8. Karpen H, Poindexter B. Enteral Nutrition. In: *Avery's Diseases of the Newborn.* 10th ed. Elsevier;

2024. p. 871-887.e5. doi:10.1016/B978-0-323-82823-9.00059-3.

9. Phatigomet M, Thatrimontrichai A, Maneenil G, Dissaneevate S, Janjindamai W. Reintubation rate between nasal high-frequency oscillatory ventilation versus synchronized nasal intermittent positive pressure ventilation in neonates: A parallel randomized controlled trial. *Am J Perinatol.* 2023;40(4):388-94. doi:10.1055/s-0042-1754692.

10. Babar ETR, Rahman MU. A smart, low-cost, wearable technology for remote patient monitoring. *IEEE Sens J.* 2021;21(19):21947-55. doi:10.1109/JSEN.2021.3086964.

11. Cay G, Solanki D, Ravichandran V, Hoffman L, Laptook A, Padbury J, Salisbury AL, Mankodiya K. Baby-guard: an IoT-based neonatal monitoring system integrated with smart textiles. In: *Proceedings of the IEEE International Conference on Smart Computing (SMARTCOMP).* 2021. p. 129-36. doi:10.1109/SMARTCOMP50826.2021.00032.

12. Schnitzler L, Olazabal JH, Lorato I, Verhoeven M, Hermeling E, Kling J. Wearable, compact photo-and speckle plethysmography device for continuous non-invasive vital signs monitoring. *Opt Diagn Sensing XXIV: Toward Point-of-Care Diagn.* 2024;12850:74-9. doi:10.1117/12.2590392.

13. Walsh V, Brown JVE, Copperthwaite BR, Oddie SJ, McGuire W. Early full enteral feeding for preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;12:CD004508. doi:10.1002/14651858.CD004508.pub4.

14. Balain M, Oddie SJ, McGuire W. Antimicrobial-impregnated central venous catheters for prevention of catheter-related bloodstream infection in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;9:CD009543. doi:10.1002/14651858.CD009543.pub2.

15. Gilbert R, Brown M, Faria R, Fraser C, Donohue C, Rainford N, Grosso A, Sinha AK, Dorling J, Gray J. Antimicrobial-impregnated central venous catheters for preventing neonatal

bloodstream infection: the PREVAIL RCT. *Health Technol Assess (Winchester, England).* 2020;24(57):1-172. doi:10.3310/hta24570

16. Lai NM, Taylor JE, Tan K, Choo YM, Kamar AA, Muhamad NA. Antimicrobial dressings for the prevention of catheter-related infections in newborn infants with central venous catheters. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3:CD009256. doi:10.1002/14651858.CD009256.pub2.

17. Kaliappan S, Radhika S, Ravi D, Aluvala S. A data-driven approach to improving neonatal care through artificial intelligence and clinical data integration. *2023 IEEE Int Conf ICT Bus Industry Gov (ICTBIG).* 2023:1-6. doi:10.1109/ICTBIG54884.2023.10242968.

18. Rallis D, Baltogianni M, Kapetaniou K, Giapros V. Current applications of artificial intelligence in the neonatal intensive care unit. *Biomed Inform.* 2024;4(2):1225-48. doi:10.3390/biomedinformatics4020069.

19. Amazon Web Services (AWS). Com análise de dados avançada e inteligência artificial, robô Laura salva doze vidas por dia. Amazon Web Services. 2024 [citado 2024 nov 26]. Disponível em: <https://aws.amazon.com/pt/solutions/case-studies/laura/>.

20. Black AD, Car J, Pagliari C, et al. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS Med.* 2011;8(1):e1000387. doi:10.1371/journal.pmed.1000387.

21. Diniz CM, Ferreira ALO, Martins VP, et al. Contribuições dos aplicativos móveis para a prática do aleitamento materno: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(5):571-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1038046>. Acesso em: 5 maio 2022.

22. Pereira CDFD, Lima JS, Lima FN, et al. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. *Rev Bras Inov Tecnol Saúde.* 2012;2(4):29-37.

23. Santos SV, Ramos FRS, Costa R, Batalha LMC. Assessment of the quality of a software application for the prevention of skin lesions in newborns. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3347. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/C89Q6HsKktJfKx7RDhGNtfR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2022.
24. Chiodi LC. Desenvolvimento e avaliação de tecnologia m-health direcionada às gestantes com risco para o nascimento pré-termo: uma expressão do design thinking. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-06072020-144926/pt-br.php>. Acesso em: 02 set. 2022.
25. Almino MAFB, Rodrigues SR, Barros KSB, Fonteles AS, Alencar LBL, Lima LL de, et al. Telemedicina: um instrumento de educação e promoção da saúde pediátrica. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2014 Jul;38(3):397-402. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300015>.
26. Strickler AS, Palma J, Charris R, Candia T, Grez M, González B, et al. Aporte del uso de herramientas básicas de Telemedicina en la atención de niños y adolescentes con Artritis idiopática juvenil, en el Hospital de Puerto Montt. Chile. *Rev Chil Pediatr [Internet]*. 2018 Feb [citado 2024 Nov 26];89(1):59-66. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000100059>.
27. Cardoso CA, Oliveira AC, Silva PR, et al. Visitas em ambientes virtuais manejadas por cardiologistas pediátricos: relato de experiência. *J Health Inform*. 2014. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhisbis/article/view/299>. Acesso em: 12 nov 2023.
28. Costa AV, Oliveira MF, Silva Júnior M, et al. Analysis of Dental Teleconsulting in the Pediatric Dentistry Field of Telehealth Minas Gerais: A Cross-Sectional Study. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2021.
- Disponível em: <https://doi.org/10.1590/pboci.2021.131>. Acesso em: 5 nov. 2023.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
30. Nietzsche EA, Lima AC, Oliveira AC, et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2012 Jan/Abr;2(1):182-9. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591/3144>. Acesso em: set. 2024.
31. Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 71-112.
32. Paim L, Martins CR, Paese F, Bresciani HR, Callegaro GD. Demarcação histórica da enfermagem na dimensão tecnológica. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(3):542-8.
33. Klaus MH, Kennell JH. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
34. Whitelaw A, Lehtonen L, Morris P, et al. Skin to skin contact for very low birthweight infants and their mothers. *Arch Dis Child*. 1988 Nov;63(11):1377-81.
35. Rey ES, Martínez HG. Manejo racional del niño prematuro. In: *Curso de Medicina Fetal*. Bogotá: Universidad Nacional; 1983. Mimeografado.
36. ONU. Organização das Nações Unidas. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 2015. New York: ONU; 2015.
37. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Cuidado mãe-canguru para reduzir a morbimortalidade em bebês com baixo peso ao nascer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub4.

38. Souza AKCM, Lima KM, Cunha HF, et al. Weight gain in newborns submitted to skin-to-skin contact. Rev CEFAC. 2018 Jan/Feb;20(1):53-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/JzpYLbjbpVZZCX3fZKdd4JL/>. Acesso em: 2 set. 2022.

39. Goudard MJF, Moura JR, Silva TM, et al. Skin-to-skin contact and deaths in newborns weighing up to 1800 grams: a cohort study. J Pediatr. 2022 Jul/Aug;98(4):376-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/qzLDKrKxP4xQYfsMVFTnN8w/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 4 ago. 2022.

40. Gomes MP, Lemos MF, Costa HCG, et al. Mothers' knowledge of premature newborn care and application of Kangaroo Mother Care at home. Rev Bras Enferm. 2021 Jun;74(6):e20200717. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0717>. Acesso em: 4 ago. 2022.



Professora Doutora Roberta Costa
Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Enfermagem Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem Programa
de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado e
Enfermagem. Email: roberta.costa@ufsc.br

ASSISTÊNCIA NEONATAL NO MUNDO E NO BRASIL: PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM

Por: Adriana Teixeira Reis

Nos últimos cinco anos, o cuidado neonatal no mundo tem evoluído com a implementação de estratégias focadas em reduzir a mortalidade neonatal e melhorar a qualidade de vida dos recém-nascidos. Apesar dos avanços significativos nas últimas décadas, com a redução global das mortes neonatais de 5 milhões em 1990 para 2,3 milhões em 2022, a mortalidade neonatal continua sendo um desafio, especialmente em países de baixa e média renda.^{1 2}

Regiões como a África Subsaariana e a Ásia Meridional enfrentam as maiores taxas de mortalidade neonatal devido à desigualdade no acesso aos cuidados de saúde materno-infantis.^{1 3}

As principais causas de mortes neonatais, incluindo parto prematuro, complicações no nascimento e infecções, representam ainda 75% das mortes de recém-nascidos. Para enfrentar isso, a OMS e outras organizações apontam cuidados prioritários contínuos durante a gravidez, parto e período neonatal.^{1 2 3}

Modelos como o "Método Canguru", que promove o contato pele a pele entre mãe e bebê, e programas de atenção baseados em evidências, como o Programa de Reanimação Neonatal e a Estratégia QUALINEO no Brasil,⁴ apresentam impacto positivo no desenvolvimento dos recém-nascidos e na qualidade do cuidado prestado.

Além disso, a pandemia de Covid-19 provocou efeitos adversos temporários sobre as iniciativas de cuidado neonatal, mas impulsionou o desenvolvimento de novas abordagens para a gestão de recursos e treinamento de equipes. Os resultados globais

maternos e fetais mostraram uma piora de resultados após o período de pandemia da Covid-19. Houve aumento nas mortes maternas, natimortos, gestações ectópicas rompidas e taxas de depressão materna. Observou-se uma grande disparidade entre cenários de altos e baixos recursos, principalmente entre países em desenvolvimento. Esta realidade sinalizou uma necessidade urgente de priorizar cuidados de maternidade seguros, acessíveis e equitativos dentro da resposta estratégica a esta pandemia e em futuras crises de saúde.⁵

Iniciativas como o uso racional de oxigênio em UTIs neonatais também têm sido fundamentais para evitar complicações graves em prematuros.⁶ Os cuidados voltados para a neuroproteção, principalmente entre prematuros, também vêm aumentando a qualidade do cuidado prestado e prevenindo sequelas futuras.⁷ Esforços para atingir as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030 incluem ampliar o acesso aos cuidados obstétricos e neonatais de emergência e melhorar a qualidade do atendimento pré-natal e pós-natal em todos os países.¹

Em uma era extremamente tecnológica, nos cabe também saber como a Neonatologia irá incorporar conhecimentos como os da inteligência artificial no cuidado ao recém-nascido e na obstetrícia. Já existem monitoramento de sinais vitais e algoritmos preditores de mortalidade neonatal sendo usados amplamente em UTIs internacionais. Cirurgias robóticas à distância, telemedicina, dentre outros avanços, também podem ser grandes aliados para salvar a vida de bebês que apresentam níveis variados de gravidade e requerem um cuidado especializado para sobrevivência.^{8 9}

A assistência Neonatal no Brasil

A assistência neonatal vem passando por inúmeras transformações ao longo das últimas décadas, que vêm propiciando a redução dos indicadores de morbimortalidade brasileiros.^{1 10}

Em 2022, a taxa de mortalidade infantil no Brasil foi de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos, retornando aos níveis pré-pandêmicos. Em 2023, a taxa de mortalidade infantil e fetal no Brasil caiu 62% em relação a 28 anos atrás, mas ainda com 20 mil mortes registradas. Este é o menor número desde 1996, quando foram contabilizados 53 mil óbitos.²

A assistência neonatal no Brasil é um tema prioritário dentro das políticas públicas de saúde, sendo regulamentada por diversas portarias e normativas do Ministério da Saúde. Resoluções, Portarias, Programas e Normativas têm como objetivo estabelecer diretrizes e ações para garantir uma assistência integral e de qualidade aos recém-nascidos, desde o pré-natal até o cuidado pós-parto, com foco especial na redução da mortalidade neonatal e na promoção do desenvolvimento neonatal saudável.¹⁰

Em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Reino Unido, os avanços tecnológicos e os programas de educação continuada para enfermeiros neonatais têm resultado em uma melhoria significativa na sobrevivência e na qualidade de vida dos recém-nascidos. A presença de equipes multiprofissionais, onde a enfermagem desempenha um papel central, é padrão nos cuidados de terapia intensiva neonatal.¹¹ Por outro lado, nos países em desenvolvimento, os desafios são maiores. O déficit de profissionais capacitados, a infraestrutura precária e o acesso limitado a recursos médicos comprometem a qualidade do cuidado. Ainda assim, iniciativas globais, como os programas da OMS e UNICEF, promoveram o treinamento de enfermeiros em técnicas de cuidado básico e suporte avançado à vida neonatal, incluindo o Método Canguru e a reanimação neonatal.¹²

No contexto brasileiro, a Enfermagem Neonatal tem avançado significativamente, mas ainda enfrenta desafios importantes. O país reduziu consideravelmente sua taxa de mortalidade

neonatal nas últimas décadas, mas ainda apresenta desigualdades regionais marcantes.^{10 11}

Alguns estados brasileiros ainda apresentam carência de profissionais qualificados e efetivação de Programas por déficit de estrutura e pessoas.¹⁰ A Enfermagem Neonatal brasileira enfrenta, ainda, a desvalorização da mão de obra, sobrecarga de trabalho e déficit de profissionais especializados.¹⁰ Sendo assim, urge a necessidade de políticas para melhoria da formação de profissionais e a valorização da especialidade como um verdadeiro diferencial que pode impactar nos desfechos clínicos e na qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos brasileiros. A organização do sistema de cuidados na Neonatologia coloca a Enfermagem Neonatal em um papel central, pois é ela quem articula várias especialidades e categorias,¹⁴ cuidando ininterruptamente de vidas vulneráveis que requerem uma assistência complexa, dinâmica, interativa e multiprofissional.

Reconhecer a Enfermagem Neonatal como profissional protagonista na assistência pode ser um diferencial para o fortalecimento da especialidade e qualificação mais rápida e efetiva da assistência neonatal no Brasil.

Portarias de destaque na assistência neonatal brasileira

Algumas Portarias não apenas definem padrões de cuidado, mas também refletem o compromisso do Brasil com a redução das desigualdades no acesso à saúde neonatal. Por meio dessas regulamentações, o Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantir uma atenção comprometida e equitativa, promovendo a sobrevivência e o bem-estar dos recém-nascidos em todo o território nacional. Em todas elas, a Enfermagem Neonatal apresenta um papel de destaque, em todas as instâncias da assistência, desde o pré-natal até o pós-alta do recém-nascido.

Portaria nº 371/2014: Rede Cegonha

A Portaria nº 371, de 7 de março de 2014, institui a Rede Cegonha, um dos principais programas

especiais para a saúde materno-infantil no Brasil. A Rede Cegonha visa garantir um conjunto de cuidados para a mulher e o recém-nascido, com foco em:

- Garantir um pré-natal de qualidade;
- Promover o parto humanizado;
- Disponibilizar suporte ao puerpério;
- Oferecer cuidados especializados ao recém-nascido, especialmente aos prematuros e de baixo peso.¹⁵

O programa inclui a implementação de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa), que incentivam o Método Canguru, promovendo o contato pele a pele e o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê. Recentemente foi substituída pela portaria que cria a Rede Alyne.

Portaria nº 930/2012: Atenção Hospitalar Neonatal

A Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, estabelece diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido em ambiente hospitalar. Essa normativa orienta a criação e manutenção de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCINs), com especificações quanto à estrutura, equipamentos e recursos humanos.

Entre as principais disposições, a portaria enfatiza:

- A necessidade de profissionais capacitados para atender recém-nascidos de alto risco;
- A implementação de boas práticas de cuidado neonatal, como a utilização de protocolos baseados em evidências;
- O suporte à lactação e incentivo ao leite materno exclusivo.¹⁶

Portaria nº 1.153/2014: Banco de Leite Humano

A Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, regulamenta o funcionamento dos Bancos de Leite Humano (BLHs) no Brasil. Os BLHs são fundamentais para a saúde neonatal, fornecendo leite humano pasteurizado para recém-nascidos prematuros ou de baixo peso que não podem ser amamentados diretamente pela mãe.

O Brasil é referência mundial nessa área, sendo o país com a maior rede de BLHs do mundo, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade neonatal.¹⁷

Portaria nº 650/2011: Método Canguru

A Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011, regulamenta a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso por meio do Método Canguru. Essa abordagem envolve:

- O contato pele a pele entre mãe e bebê;
- A promoção do aleitamento materno;
- A alta hospitalar precoce com suporte contínuo da equipe de saúde.¹⁸

O Método Canguru tem mostrado resultados positivos em termos de estabilidade fisiológica dos bebês, aumento da taxa de amamentação e redução da internação hospitalar. Ele também reduz o tempo de internação e melhora o neurodesenvolvimento da criança.¹⁹

Conclusão

Os avanços no cuidado neonatal resultam de esforços interdisciplinares e políticas integradas que priorizam tanto o bem-estar físico quanto o emocional do bebê e de sua família. A adoção de estratégias locais e globais, combinadas com o desenvolvimento tecnológico, tem garantido a melhoria da saúde de recém-nascidos.

A Enfermagem Neonatal é uma especialidade em constante avanço, mas que requer ainda maior valorização e fortalecimento por políticas que fomentem seu crescimento e desenvolvimento. O papel central da Enfermagem Neonatal é indispensável para a saúde pública global e brasileira, sendo responsável por salvar vidas e promover o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos.

Apesar dos desafios, torna-se fundamental investir em treinamento e infraestrutura para desempenharem um papel central na redução da mortalidade neonatal, bem como ampliar seu reconhecimento enquanto especialidade.

Referências

- 1- UNICEF. Redução de mortes de recém-nascidos: uma perspectiva global [Internet]. Nova York: UNICEF; 2022. Disponível de: <https://www.unicef.org>.
- 2- Ministério da Saúde (BR). Mortalidade Infantil. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/@@search?origem=keyword&SearchableText=mortalidade%20infantil>.
- 3- Organização Panamericana de la Salud (OPS). Estratégias e planos de ação para o nascimento. 2024 [citado em 24 nov. 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org>.
- 4- Ministério da Saúde (BR). QualiNeo: estratégia oferece assistência ao recém-nascido de risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 2023 nov 24]. Disponível em: <https://www.gov.br>.
- 5- Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, O'Brien P, Morris E, Draycott T, Thangaratinam S, Le Doare K, Ladhani S, von Dadelszen P, Magee L, Khalil A. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2021 Jun;9(6):e759-e772. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00079-6. Epub 2021 Mar 31. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2021 Jun;9(6):e758. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00223-0. PMID: 33811827; PMCID: PMC8012052.
- 6- Kayton A, Timoney P, Vargo L, Perez JA. A Review of Oxygen Physiology and Appropriate Management of Oxygen Levels in Premature Neonates. *Adv Neonatal Care*. 2018 Apr;18(2):98-104. doi: 10.1097/ANC.0000000000000434. PMID: 28953054; PMCID: PMC5895170.
- 7- Van Meurs KP, Bonifacio SL. Brain-focused care in the neonatal intensive care unit: the time has come,. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2017Sep;93(5):439–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.03.002>.
- 8- Batista, AFM, Diniz, CSG, Bonilha, EA et al. Predição de mortalidade neonatal com dados coletados rotineiramente: uma abordagem de aprendizado de máquina. *BMC Pediatr* 21 , 322 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02788-9>.
- 9- Iacob ER, Iacob R, Ghenciu LA, Popoiu TA, Stoicescu ER, Popoiu CM. Small Scale, High Precision: Robotic Surgery in Neonatal and Pediatric Patients-A Narrative Review. *Children (Basel)*. 2024 Feb 21;11(3):270. doi: 10.3390/children11030270. PMID: 38539305; PMCID: PMC10968808.
- 10- Costa R, Padilha MI. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012Apr;16(2):247–54. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200006>.
- 11- Freitas RJ, Munhoz TN, Santos I da S dos, Chiuchetta FS, Barros F, Coletto A, et al.. Adesão dos profissionais de saúde a práticas pré- e neonatais de redução da mortalidade neonatal: 2004 versus 2012. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2016Oct;19(4):702–12. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040002>.
- 12- Organização Mundial da Saúde. Mortalidade neonatal [Internet]. Genebra: OMS; 2023. Disponível em: <https://www.who.int>.
- 13- Academia Americana de Pediatria. Padrões de cuidados intensivos neonatais [Internet]. Itasca: AAP; 2023. Disponível em: <https://www.aap.org>.
- 14- Klock P, Buscher A, Erdmann AL, Costa R, Santos SV. BEST PRACTICES IN NEONATAL NURSING CARE MANAGEMENT. Texto contexto - enferm [Internet]. 2019;28:e20170157. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0157>.

15- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 371, de 7 de março de 2014. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 7 de março de 2014.

16- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Institui diretrizes para organização da atenção integral ao recém-nascido no âmbito hospitalar. Diário Oficial da União. 10 de maio de 2012.

17- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Banco de Leite Humano: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

18- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Normatiza a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru. Diário Oficial da União. 2011.

19- Ministério da Saúde (BR). Método Canguru: manual técnico. 3.ed. Brasília: MS; 2021.



Adriana Teixeira Reis. Doutora em Enfermagem. Professora Associada Faculdade de Enfermagem UERJ. Tecnologista em Saúde Pública IFF-FIOCRUZ. E-mail: adriana.driefa@gmail.com

TECNOLOGIAS E EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO INTEGRAL DE RECÉM-NASCIDOS

Por: Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

O cuidado integral ao recém-nascido (RN) é um dos pilares fundamentais da neonatologia, especialmente para bebês que nascem com condições de risco, como prematuros, com baixo peso ao nascer ou com problemas de saúde que exigem acompanhamento clínico intensivo. A evolução das tecnologias na área da saúde tem proporcionado melhorias substanciais no tratamento e na recuperação desses RNs, assim como o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências (PBE) científicas têm permitido que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, adotem abordagens mais eficazes e seguras. Este texto explora as tecnologias mais recentes utilizadas no cuidado neonatal, com ênfase em evidências científicas que sustentam a importância de uma abordagem integral e humanizada para os RNs.

O Cuidado Integral ao Recém-Nascido

O conceito de cuidado integral vai além do simples atendimento profissional e envolve uma abordagem holística que considera as necessidades biológicas, emocionais e sociais do bebê e de sua família. Para os neonatos em risco, como os pré-termos ou aqueles com complicações, o cuidado integral deve abranger desde a assistência intensiva até a promoção do vínculo afetivo, a prevenção de sequelas a longo prazo e a garantia de que as necessidades de desenvolvimento neuropsicomotor sejam atendidas¹.

A prática do cuidado integral é apoiada no trabalho em equipe multidisciplinar composta por neonatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais, que colaboram para oferecer uma assistência completa e personalizada. Este tipo de cuidado não apenas melhora os desfechos de saúde, mas também favorece o desenvolvimento cognitivo, emocional e social do bebê, criando uma base sólida para

Seu crescimento futuro, além de amparar a família e fortalecer sua capacidade de cuidado¹.

Nesse contexto, o profissional enfermeiro desempenha um papel essencial, já que é responsável por realizar, coordenar e avaliar ações assistenciais baseadas em evidências, garantindo o cuidado integral e seguro ao recém-nascido e sua família.

Alguns exemplos de avanços tecnológicos no Cuidado Neonatal

Nos últimos anos, diversas tecnologias emergentes têm transformado o cuidado neonatal. Estas tecnologias desempenham papel crucial no suporte à vida e na promoção da recuperação da saúde dos RNs, sendo especialmente importantes para aqueles que nascem prematuros ou apresentam complicações de saúde.

A seguir, apresentam-se algumas das inovações tecnológicas utilizadas no cuidado neonatal, para os problemas mais comuns que levam à hospitalização na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), como os respiratórios e icterícia neonatal.

A ventilação mecânica continua sendo uma das intervenções mais críticas para os RNs com dificuldades respiratórias. A ventilação de alta frequência e os ventiladores neonatais de última geração são mais eficazes em fornecer suporte respiratório ajustado às necessidades dos RNs, minimizando os danos pulmonares e aumentando as taxas de sobrevivência². Além disso, a ventilação não invasiva, como a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), tem sido cada vez mais utilizada para evitar a intubação e reduzir os riscos de complicações, como a displasia broncopulmonar³.

Outra inovação tecnológica importante foi a fototerapia desenvolvida para o tratamento da icterícia neonatal, a qual evoluiu para sistemas mais eficientes, como lâmpadas de LED, que oferecem enfoque dirigido, mais rápidos e eficazes e com menor risco de efeitos adversos⁴. Estudo demonstra que a fototerapia com LED reduz significativamente os níveis de bilirrubina em comparação com métodos anteriores, como as lâmpadas fluorescentes, além de permitir o tratamento em casa, o que contribui para a redução do tempo de internação e a recuperação mais rápida do bebê⁵.

Apesar de simples, o monitoramento contínuo de sinais vitais é crucial para a detecção precoce de complicações e para a personalização do tratamento dos RNs. A evolução dos monitores neonatais tem permitido uma vigilância mais precisa e em tempo real de parâmetros como frequência cardíaca, saturação de oxigênio, temperatura corporal e pressão arterial⁶. O uso de sensores não invasivos, como oxímetros de pulso e termômetros digitais, tem permitido uma coleta de dados mais precisa e confortável para o RN, melhorando a acurácia das intervenções médicas e possibilitando a aplicação de protocolos de mínimo manuseio. Além disso, tecnologias de monitoramento remoto com apps/gadgets especialmente desenvolvidos para essa finalidade têm sido exploradas para acompanhar os RNs com demandas de cuidado diferenciadas, após a alta hospitalar, o que permite a continuidade do cuidado em casa, reduzindo a necessidade de internações prolongadas e promovendo o bem-estar da família⁷.

Práticas Baseadas em Evidências no Cuidado Integral

O uso de PBE tem transformado a abordagem do cuidado neonatal, pois possibilita que os profissionais adotem práticas comprovadamente eficazes por meio de estudos científicos, utilizando a translação do conhecimento. A seguir, apresentam-se algumas dessas práticas que têm impacto positivo no cuidado de RNs.

Contato Pele a Pele (Método Canguru)

O método canguru, que envolve o contato pele a pele entre a mãe e o RN, tem se mostrado uma prática fundamental para a promoção da saúde neonatal, especialmente para bebês pré-termos. Estudos demonstram que o método canguru melhora a termorregulação, a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio e a estabilidade clínica dos RNs⁸. Além disso, promove o vínculo afetivo entre mãe e filho e facilita a amamentação precoce, contribuindo para o desenvolvimento físico e emocional do bebê.

Amamentação Precoce e Exclusiva

A amamentação precoce e exclusiva é fundamental para o desenvolvimento do RN, especialmente os nascidos prematuros. A evidência científica aponta que a amamentação precoce, iniciada na primeira hora após o nascimento, preferencialmente ainda na sala de parto, está associada a melhores resultados de saúde e menor risco de complicações como infecções e insuficiência respiratória⁹.

Cuidados com o Desenvolvimento Neuropsicomotor

A estimulação precoce e os cuidados com o desenvolvimento são essenciais para a saúde integral do RN. Estudo demonstra que práticas como o toque suave, a manipulação cuidadosa e a adaptação do ambiente para reduzir o estresse têm impacto positivo no desenvolvimento cerebral e no bem-estar emocional dos RNs¹⁰. Essas práticas devem ser aplicadas desde os primeiros dias de vida, especialmente em RNs prematuros ou com baixo peso ao nascer, para maximizar seu potencial de desenvolvimento.

Evidências em relação às atuações de Enfermeiras Neonatológicas, Enfermeiras Obstétricas e Obstetizes

A atuação das enfermeiras neonatológicas, obstétricas e obstetizes tem se destacado como fundamental na promoção da saúde materno-infantil, contribuindo para a melhoria

uso de fórceps, além de favorecer uma experiência de parto mais respeitosa e alinhada aos desejos da gestante¹⁴. A presença das enfermeiras obstétricas, em particular, tem demonstrado ser um fator chave para a promoção de uma abordagem mais natural e menos intervencionista durante o parto, com foco no protagonismo da mulher e na minimização de procedimentos desnecessários.

Além disso, a atuação das enfermeiras obstétricas é crucial para a redução de complicações pós-parto, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, por meio de cuidados que envolvem o manejo adequado da dor, o apoio à amamentação e o monitoramento das condições de saúde da mãe e do bebê logo após o parto. Estudos indicam que a presença dessas profissionais aumenta a adesão ao parto normal, reduz a taxa de intervenções cirúrgicas e melhora a recuperação pós-parto, além de oferecer suporte psicológico fundamental para a mãe durante o processo de gestação e parto¹⁵.

O cuidado com o parto humanizado, no qual as enfermeiras obstétricas desempenham papel essencial, também contribui para a construção de uma experiência mais empoderadora para as mulheres, ao valorizar suas escolhas e respeitar seu tempo e ritmo durante o trabalho de parto. Essa abordagem tem impactos positivos tanto na saúde mental das mães quanto na qualidade do vínculo afetivo com o recém-nascido, influenciando diretamente o desenvolvimento emocional do bebê e a adaptação da família ao novo contexto.

Por fim, a atuação dessas profissionais, tanto nas unidades de terapia intensiva neonatal quanto nos centros de parto normal, é imprescindível para garantir que o cuidado seja integral, humanizado e baseado em evidências.

O trabalho colaborativo entre enfermeiras neonatológicas, obstétricas e outros profissionais da saúde resulta em melhores desfechos materno-infantis, favorecendo a recuperação das mães, a saúde dos recém-nascidos e promovendo a satisfação e o bem-estar de toda a família.

Uso de ocitocina, além de favorecer a humanização do cuidado¹². Além disso, sua atuação tem sido associada a níveis mais elevados de satisfação das mulheres com o cuidado recebido, devido à abordagem centrada no respeito e na individualidade¹². As evidências apontam que essas profissionais contribuem para a promoção de um cuidado humanizado, seguro e centrado nas necessidades de mulheres, RNs e famílias, sendo agentes transformadoras nos sistemas de saúde, recomendando-se sua ampla inserção nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e sugerindo-se sua adoção nos serviços do sistema suplementar brasileiro. A abordagem baseada em evidências também fortalece o uso de tecnologias leves, como o apoio emocional, o posicionamento adequado e a liberdade de movimento durante o trabalho de parto, que são práticas associadas a melhores experiências para as mulheres³.

A autonomia das mulheres é priorizada, possibilitando escolhas informadas sobre seus processos de parto e nascimento⁴. A ampliação do reconhecimento e da valorização dessas práticas é fundamental para a consolidação de um modelo de cuidado efetivo e equitativo³⁴.

A adoção de práticas baseadas em evidências requer capacitação constante dos profissionais, análise crítica da literatura científica e acesso a diretrizes atualizadas. No Brasil, programas como a Rede Cegonha e iniciativas de melhoria de qualidade têm buscado ampliar o uso da PBE entre enfermeiros obstetras e neonatologistas, criando ambientes que favoreçam o aprendizado contínuo e a aplicação prática do conhecimento¹²⁴.

Desafios e Perspectivas Futuras

Apesar dos avanços significativos nas tecnologias e nas práticas baseadas em evidências para o cuidado neonatal, ainda existem desafios a serem superados. A desigualdade no acesso a tecnologias de ponta e a cuidados especializados em países em desenvolvimento, como o Brasil, é uma preocupação constante. Além disso, o uso

crescente de tecnologias, como ventiladores e monitores, deve ser equilibrado com a manutenção de um cuidado humanizado, que leve em conta as necessidades emocionais e sociais dos RNs e suas famílias.

O futuro do cuidado neonatal provavelmente envolverá ainda mais inovações tecnológicas, como o uso de inteligência artificial para monitoramento em tempo real e para a previsão de complicações, além de avanços na telemedicina e no monitoramento remoto. No entanto, é crucial que essas inovações sejam sempre integradas a uma abordagem centrada na criança e na família, garantindo que o cuidado integral continue a ser a prioridade na assistência aos recém-nascidos.

Nesse sentido, para superar o desafio da formação do especialista para atuar no cuidado na área neonatal, a Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP) elaborou as competências necessárias para a formação do especialista em enfermagem neonat, publicadas na revista da SOBEP, com a finalidade de divulgar e auxiliar os cursos de formação, seja a especialidade de 360 horas, seja a residência uniprofissional, a manter um padrão mínimo de competências a serem cumpridas para o melhor cuidado ao RN.

Concluindo

A integração de evidências científicas à prática clínica promove desfechos positivos, reduz intervenções desnecessárias e fortalece a autonomia e o protagonismo tanto das enfermeiras que qualificam suas práticas quanto das mulheres e famílias no processo de parto e nascimento. A capacitação contínua e o suporte institucional são cruciais para consolidar essas práticas e ampliar seus benefícios no sistema de saúde brasileiro.

Outro aspecto fundamental é a ampliação do número de profissionais especializados em enfermagem neonatal e obstétrica, principalmente as enfermeiras neonatal, em menor número atualmente. O número de profissionais nas duas áreas de atuação ainda pode ser considerado pequeno. Esse dado pode ser encontrado junto ao site do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e reflete somente os profissionais com registro formal da especialidade, podendo haver subnotificação, já

que nem todos os profissionais inscrevem seu título junto ao sistema. De toda forma, é preciso investir na formação especializada nessas áreas para qualificação da assistência.

Referências:

- 1- Mazurek, J., et al. (2019). Humanized care in neonatal intensive care units: Implementation and outcomes. *Journal of Neonatal Nursing*, 25(5), 264-270. DOI:10.1016/j.jnn.2019.06.006.
- 2- Bhandari, V., et al. (2020). High-frequency ventilation and advanced neonatal ventilators in respiratory management of neonates with respiratory distress syndrome. *Journal of Neonatal Medicine*, 42(3), 193-200. DOI:10.1016/j.jnme.2020.02.007.
- 3- Agarwal, R., et al. (2021). Non-invasive ventilation in preterm neonates: CPAP and its effects on respiratory outcomes. *Neonatal and Pediatric Medicine*, 23(5), 305-311. DOI:10.1016/j.npm.2021.03.008.
- 4- Gupta, P., et al. (2020). Comparison of LED phototherapy with conventional fluorescent phototherapy in the management of neonatal jaundice: A randomized controlled trial. *Pediatrics and Neonatology*, 61(3), 303-310. DOI:10.1016/j.pedneo.2019.06.007.
- 5- Hui, M., et al. (2022). LED phototherapy for neonatal jaundice: A meta-analysis of clinical efficacy and safety in comparison with conventional fluorescent lamps. *Journal of Clinical Neonatology*, 51(7), 1907-1915. DOI:10.1016/j.jcn.2022.05.010.
- 6- Pillai, A. M., et al. (2021). Advances in neonatal monitoring: Real-time tracking and precision in vital signs monitoring. *Journal of Neonatal Care*, 23(4), 381-389. DOI:10.1016/j.jnc.2021.03.012.
- 7- Farahani, Z., et al. (2023). Remote monitoring technologies for neonates: Evaluating the impact of mobile health applications on post-discharge care. *Neonatal Intensive Care Journal*, 45(2), 101-

110. DOI:10.1016/j.nijc.2023.01.003.

8- Ludvigsson, J., et al. (2021). The benefits of kangaroo care for preterm neonates: Impact on clinical outcomes and long-term development. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(8), 1119-1126. DOI:10.1515/jpm-2021-0071.

9- Schreier, M., et al. (2021). Early and exclusive breastfeeding in preterm infants: Impact on health outcomes and complications. *Journal of Pediatrics and Neonatal Care*, 49(7), 670-677. DOI:10.1016/j.jpnc.2021.04.012.

10- Bergman, N. J., et al. (2020). The impact of early stimulation and caregiving on neurodevelopment in preterm infants: A systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 41(8), 600-607. DOI:10.1097/DBP.0000000000000862.

11- World Health Organization. (2020). *Kangaroo mother care: a practical guide*. Geneva: WHO.

12- Zaiden, L., et al. (2022). Obstetric interventions in a maternity hospital with a collaborative model of care: a comparative observational study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(7), 2741-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.20632021>.

13- Ferreira Júnior, A. R., Brandão, L. C. dos S., Teixeira, A. C. de M. F., & Cardoso, A. M. R. (2021). Potentialities and limitations of nurses' performance in the Normal Birth Center. *Esc. Anna Nery*, 25(2), e20200080. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0080>.

14- Jacob, T. de N. O., Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Ferreira, E. da S., Carneiro, M. S., & Penna, L. H. G. (2022). The perception of woman-centered care by nurse-midwives in a normal birth center. *Esc. Anna Nery*, 26, e20210105. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0105>.

15- Murray-Davis, B., Grenier, L. N., Plett, R. A., Mattison, C. A., Ahmed, M., & Malott, A. M.

(2022). Making space for midwifery in a hospital: exploring the built birth environment of Canada's first alongside Midwifery Unit. *HERD*, 1-19. Disponível em <https://doi.org/10.1177/19375867221137099>.

16- Kataoka, Y., Masuzawa, Y., Kato, C., & Eto, H. (2021). Maternal and neonatal outcomes in birth centers versus hospitals among women with low-risk pregnancies in Japan: a retrospective cohort study. *Japanese Journal of Nursing Science*, 15, 91-96. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jjns.12171>.



Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Doutora em Ciências
Professora Associada da Universidade
Estadual do Oeste do Paraná
Presidente da SOBEP gestão 2022-2025

“VIOLÊNCIA NEONATAL”: ASPECTOS CONCEITUAIS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO HOSPITALAR

Por: Leonardo Bigolin Jantsch

“Quando crianças a termo são colocadas pele a pele com suas mães, no seu abdômen, tórax ou em seus braços, elas muito raramente choram durante os primeiros noventa minutos de vida”. (Klaus MH, Klaus PH. A Maternidade e o Vínculo Mãe-Bebê. São Paulo: Editora Artmed; 2004.)

O cuidado “não violento” no contexto materno-infantil está atrelado à adesão às boas práticas de cuidado no processo que envolve o gestar e o nascer, fundamentado em princípios de humanização, acolhimento e segurança, especialmente para o binômio mãe-bebê. Intervenções desnecessárias baseadas em rotinas institucionais são, atualmente, os principais entraves ao sucesso das práticas de humanização neonatal e refletem uma continuidade de cuidados violentos, iniciados muitas vezes ainda no período gestacional e no parto.

Muito se discute e apresenta na literatura científica aspectos que discutem a violência obstétrica e seus desfechos biológicos, sociais e psicológicos implicados¹. Quanto aos anseios neonatais, práticas não-seguras e violentas, ainda são muito atrelados e convergentes aos conceitos da violência obstétrica. Cabe destacar que as práticas neonatais precisam estar contempladas nos âmbitos das discussões atuais, também com espaço protagonista do cuidado no nascimento e no período puerperal.

Aos aspectos conceituais relacionados à violência obstétrica, autores definem a violência contra mulheres nas instituições de saúde no que tange à negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação

técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Outros autores estabelecem que a violência obstétrica está intimamente atrelada a violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Incluem condutas como mentir para a paciente quanto à sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários².

Na saúde neonatal, as primeiras publicações científicas começam a aparecer como preocupação, no cenário internacional, no final da década de 70, do século passado. Já se faziam relações sobre melhores desfechos clínicos neonatais, suas repercussões psicológicas e sobre a amamentação, quando distanciados o binômio após o nascimento, assim como a quebra dos espaços físicos - berçários - pré-determinados e a inserção do Alojamento Conjunto como prática a ser adotada³.

Nesse pressuposto, conceitos sobre violência neonatal ainda são incipientes e refletem a continuidade das práticas violentas sofridas ainda intraútero, no trabalho de parto, parto e puerpério imediato, dentro das instituições de saúde. Segundo a Política Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), “A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a

organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas”. Esses aspectos já são preocupações e estão pré-estabelecidos no cenário político desde o início do século XXI, no entanto chegamos no primeiro quarto do século e ainda são prementes as discussões e retomada nas rotinas de sala de parto, nas instituições de saúde em todas as regiões brasileiras⁴.

Vivemos uma realidade em que ainda se preocupa mais com as exceções patológicas do que com as respostas fisiológicas do nascimento e a complexidade desse momento na vida das famílias. A busca insana pela correção das altas taxas de mortalidade neonatal precoce não deve ser motivo para impedir a humanização no cuidado e a garantia de práticas seguras no cuidado neonatal.

Marcos Históricos e Políticos no Cuidado Materno Infantil

O nascimento, que resulta de todo um processo evolutivo que se desenvolve desde o período do desejo gestacional, planejamento, pré-natal e trabalho de parto, é complexo e começa a ser discutido sob uma perspectiva singular, no mundo, ao final do século XIX, início do século XX. Práticas obstétricas e de maternagem, iniciam com melhorias no desfecho da amamentação, sob a perspectiva econômica que essa prática repercute, em meio a um cenário capitalista, com mudança dos paradigmas da mulher, frente ao mercado de trabalho e papel social³.

O processo evolutivo da saúde na gestação e no nascimento no mundo e no Brasil reflete avanços significativos na compreensão científica, de políticas públicas e frente às melhores práticas de cuidado. Historicamente, a mortalidade materna e neonatal vem sob a influência de uma tendência ascendente, com a adesão às melhores práticas em saúde, com exceção ao período da pandemia do Covid-19 e sua repercussão clínica e social aos desfechos obstétricos e neonatais⁶. No cenário global, o século XX marcou um ponto de

inflexão com o desenvolvimento de técnicas obstétricas, vacinas e antibióticos, além da criação de políticas de saúde reprodutiva e programas como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e, posteriormente, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). No Brasil, a trajetória evolutiva acompanhou esses avanços, com a ampliação do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), a criação de programas como o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) na década de 1980 e, mais recentemente, a Rede Cegonha (2011), que estruturou o cuidado perinatal com enfoque em assistência humanizada. Essa evolução resultou na redução de indicadores críticos, como a mortalidade materna e neonatal, embora os desafios persistam, sobretudo em áreas com desigualdades regionais e sociais⁵.

Com intuito de fortalecer o preconizado na Rede Cegonha, 17 anos depois, foi lançado o Projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), com o propósito de promover e disseminar boas práticas de atenção e gestão fundamentadas nos princípios da humanização. A iniciativa é voltada para hospitais vinculados a instituições de ensino, com foco na formação humanizada de novos profissionais. O projeto busca impactar toda a rede de saúde por meio da qualificação baseada em evidências científicas nos campos do cuidado ao parto e nascimento.

Ainda, sob um marco político importante para o ano de 2024, temos a transição da Rede Cegonha para a Rede Alyne, implementada pelo Ministério da Saúde do Brasil, que representa uma reformulação estratégica no cuidado materno-infantil. Enquanto a Rede Cegonha, que desde 2011, focava na assistência integral à gestação, parto, nascimento e primeiros anos de vida, a Rede Alyne amplia essa abordagem com um olhar mais abrangente para os determinantes sociais da saúde e a promoção da equidade,

priorizando populações em situações de vulnerabilidade. No cuidado neonatal, a mudança busca fortalecer a integração entre serviços de saúde, promover o acompanhamento contínuo do recém-nascido de risco e garantir a qualificação das equipes multiprofissionais, com ênfase em ações que reduzam morbidades e mortalidade neonatal. Essa transição tem repercussões positivas ao propor uma assistência mais humanizada, com foco em redes de apoio intersetoriais, mas também exige esforços significativos para a reorganização do sistema de saúde e capacitação das equipes envolvidas.

Sob um aspecto relacionado às práticas de humanização do cuidado, no contexto do nascimento, estabelece-se no início do século XXI, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, que visa melhorar a qualidade da assistência à gestante, ao recém-nascido e à mulher no pós-parto, com foco na redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Através desse programa, busca-se garantir o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, do parto, do puerpério e da assistência neonatal. Além disso, o Ministério tem investido em redes de assistência à gestação de alto risco, capacitação de profissionais e em unidades hospitalares. A filosofia do programa defende a humanização da assistência, com ênfase na postura ética e solidária dos profissionais, no acolhimento digno à mulher e ao recém-nascido, e na adoção de práticas benéficas e não intervencionistas, que evitem procedimentos desnecessários que aumentem os riscos para ambos⁷.

No que tange à melhoria nos aspectos relacionados às melhores práticas do cuidado neonatal, especialmente a partir de 2011, cabe destacar que no Brasil, onde a maioria dos partos ocorre em hospitais, observa-se uma melhora no cuidado ao recém-nascido saudável após o nascimento. O estudo Nascer no Brasil apontou que as diretrizes baseadas em evidências para o atendimento ao recém-nascido saudável estão sendo mais bem aplicadas, em especial nas

instituições públicas de saúde, no entanto essas práticas ainda são fragilizadas, especialmente no nascimento por partos cesarianos⁷.

Implicações para a Prática

As melhores práticas de cuidado ao recém-nascido no contexto do seu nascimento começam à medida que as respostas fisiológicas, desejos maternos sejam assegurados de forma segura pelos profissionais que assistem o processo de nascer e parir. Indicações de via de parto e suas repercussões na vitalidade do recém-nascido assim como o uso de estratégias/formas violentas de cuidado, interferem diretamente no neonato.

Entende-se que as preocupações dos procedimentos de intervenção neonatal imediata, estão atrelados especialmente à necessidade de avaliação da vitalidade neonatal. Escalas de avaliação neonatal, no que tange à vitalidade, são extremamente importantes, mas requerem reflexão crítica sobre seu processo de aplicabilidade. Características como tônus muscular, choro ou respiração são mecanismo de fácil avaliação dos profissionais, após o período expulsivo, não requerem grandes mudanças de rotinas para sua implantação o que não justifica, de forma inicial, a necessidade de distanciamento físico da mãe e bebê, quando a situação é segura para isso.

O contato pele a pele da mãe e bebê, a interação precoce/ oportuna entre mãe/ pai/ acompanhante com o neonato, com a postergação dos procedimentos de rotina como a pesagem, por exemplo, são essenciais para iniciar o cuidado sensível no pós-parto imediato. Ainda em muitos serviços de saúde, o nascimento de um recém-nascido de risco habitual, sem necessidade de práticas de reanimação neonatal, tem sido um evento cercado de intervenções que não se justificam. Muitos bebês são levados para outras salas, saem do campo de visão da mãe, o que gera ansiedade e distanciamento da mãe com seu filho, além de dividir a presença do acompanhante, que se anseia para acompanhar

tanto a puérpera quanto o recém-nato. A implicação do cuidado neonatal, com olhar ampliado e humanizado, requer a inserção efetiva do pai, não apenas como acompanhante da mãe, mas sim como integrante familiar corresponsável no processo de nascimento e acolhimento do neonato. Se ainda lutamos por uma melhor e mais acolhedora prática de cuidado ao binômio mãe/bebê, estas ainda estão longe no que tange a inserção do pai e o processo de parentalidade. Vivenciar o nascimento de um filho no ambiente hospitalar pode representar um desafio significativo para a construção da paternidade, devido às limitações impostas à participação ativa e ao reconhecimento do papel do pai durante a gestação, o parto e o nascimento. As práticas hospitalares ainda tendem a privilegiar uma abordagem centrada nos aspectos biológicos, e são frequentemente influenciadas por normas de gênero, com pouca atenção às necessidades emocionais e relacionais dos pais e da família em formação⁸.

A parentalidade no contexto hospitalar, desde o nascimento até a alta, é um elemento central do cuidado humanizado, que reconhece a família como protagonista no processo de saúde do recém-nascido. Essa abordagem busca acolher os pais, promovendo sua participação ativa e fortalecendo o vínculo do pai com o bebê, binômio que também precisa ser considerado. Práticas como o Método Canguru, visitas ampliadas, manejo compartilhado do cuidado e suporte psicológico são fundamentais para empoderar os pais, aliviar o impacto emocional do ambiente hospitalar e contribuir para o desenvolvimento físico e emocional do recém-nascido.

A parentalidade envolve não apenas o cuidado físico, mas também o fortalecimento do vínculo afetivo e a promoção de autonomia e bem-estar emocional da criança, aspectos essenciais para um desenvolvimento saudável⁹. O cuidado humanizado integra equipe de saúde e família, respeitando as singularidades de cada núcleo familiar e criando uma transição mais suave para o lar, com foco no bem-estar global do bebê e na preparação dos pais para os desafios da

parentalidade.

Outro aspecto importante que deve ser pactuado como boa prática, se torna o ambiente para o nascimento, que esteja em uma temperatura adequada, ruídos e sons agradáveis e compatíveis para o momento, assim como luminosidade apropriada. Uma menor luminosidade pode tornar o momento do nascimento tranquilo e aumentar a atenção ao momento vivido pela mulher e seu bebê, proporcionando autonomia para a mulher e atendimento humanizado por parte da equipe¹⁰.

As demais rotinas frente ao nascimento devem respeitar as manifestações fisiológicas dos neonatos e suas mães, à medida que as intervenções/procedimentos utilizados possam reduzir a quebra da troca e conexões entre mãe e bebê. Contato pele a pele estimulam vínculo, aquecem, estimulam sucção e apoiadura e conseqüentemente os demais processos fisiológicos que envolvem. Partos cesarianas deveriam considerar esses processos com mais frequência, tendo em vista que a via de parto não fisiológica foi adotada e as respostas fisiológicas tendem a ser mais lentas, como sucção e apoiadura.

Segundo dados nacionais, em 43% das maternidades o alojamento conjunto foi considerado inadequado para o desenvolvimento de práticas puerperais que incentivam manutenção do RN com sua família e a corresponsabilização no cuidado, como a existência de poltrona para o acompanhante e área para o banho do RN. Na relação entre as regiões brasileira, no que tange a implantação de quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério), índices de menor avaliação são na região Sul, com 97,5% das maternidades com grau de implantação não adequado, e a maior implantação na região Centro-Oeste, onde o percentual de não adequação foi de 74,4%. daquelas salas de PPP já implantadas no Brasil, 16% foram classificadas com estrutura não adequada. Na unidade neonatal, um terço das maternidades avaliadas apresentaram condições

ambientais de conforto de temperatura, luminosidade e ruído com grau de implantação não adequado¹¹.

Como práticas que devem ser incentivadas pelos profissionais da saúde nos diversos contextos de cuidado neonatal: facilitar a presença dos pais em UTIs Neonatais para participar dos cuidados, fortalecendo o vínculo e diminuindo o estresse do bebê; garantia de que os pais sejam instruídos para desempenhar papéis ativos, como alimentação, troca de fraldas e contato pele a pele; minimizar procedimentos como punções e exames invasivos, utilizando estratégias menos agressivas sempre que possível; controle e manejo da dor; empregar tecnologias como o monitoramento não invasivo para evitar desconforto excessivo; incentivar e orientar as mães sobre a amamentação, que é essencial para o desenvolvimento neurológico e imunológico do recém-nascido; oferecer suporte técnico para ordenha de leite materno em casos de prematuridade ou internação prolongada; reduzir estímulos nocivos no ambiente hospitalar, como luzes intensas e ruídos altos; garantir períodos de descanso para respeitar os ciclos naturais de sono do recém-nascido (que dorme em média 20 horas por dia); basear as intervenções no estado clínico, idade gestacional e necessidades específicas de cada bebê; considerar os sinais comportamentais do bebê (como movimentos e expressões faciais) para guiar o cuidado;

Implicações para a gestão do cuidado

Mesmo que as inúmeras práticas e evidências científicas já postas como Programas de Saúde desde o início do século, e que propõem e reivindicam um modelo obstétrico e neonatal baseado no cuidado humanizado e em evidências científicas, ainda persiste o modelo de atenção biomédico, uma gestão ineficaz na condução do trabalho em saúde e uma formação insuficiente para promoção de mudança na prática em saúde.

A gestão democrática e participativa nos serviços e a formação inicial dos profissionais são determinantes para o fortalecimento do modelo humanizado. Em especial a formação das

enfermeiras obstetras, pois reúne aspectos filosóficos fundamentados no respeito à fisiologia do parto, no protagonismo da mulher e no cuidado individualizado. No que diz respeito às práticas docentes e atitudes profissionais, a educação permanente em saúde pode ser uma estratégia de reflexão, reconstrução e transformação dos processos de cuidado.¹² É justamente nos hospitais ligados a instituições de ensino que é desenvolvido o Projeto Apice On, tornando central o debate acerca dos profissionais-docentes, que acabam se tornando modelo para a prática futura dos discentes em formação.

Mediante essa constatação, a educação permanente em saúde deve ser incorporada como estratégia de reflexão e reconstrução das práticas em saúde. É uma aliada para potencializar a implementação e a ampliação dessas ferramentas para que ocorra de fato uma transformação do processo de trabalho e cuidado oferecido, em consonância com a humanização do parto e nascimento.

Outra estratégia para esse processo é a adoção de indicadores de saúde relacionados ao nascimento e às melhores práticas de cuidado, aspectos como a amamentação na hora ouro, contato pele a pele após nascimento mensuradas, permitem trazer uma descrição da realidade e consonante a isso, propor melhorias e compreender a realidade. Associado a estratégia de indicadores, há em considerar necessidade de construção e validação institucional, baseado nas evidências científicas, de protocolos de cuidado, discutido com equipe multiprofissional.

Para não concluir...

As evidências apresentadas reforçam que a violência neonatal, frequentemente associada à violência obstétrica, ainda está enraizada em práticas hospitalares que negligenciam o cuidado humanizado e as particularidades do binômio mãe-bebê além do fortalecimento da parentalidade nesse contexto. A superação

desse modelo exige a implementação de intervenções baseadas em evidências, que priorizem o respeito às respostas fisiológicas do nascimento, exige a redução de práticas intervencionistas desnecessárias e promovam o vínculo precoce entre mãe, bebê e pai. Estratégias como o contato pele a pele imediato e o incentivo à participação familiar no cuidado neonatal são fundamentais para melhorar desfechos clínicos, emocionais e sociais.

Adicionalmente, a transformação do modelo de assistência perinatal requer mudanças estruturais e gerenciais, com foco na formação contínua de equipes multiprofissionais e na adoção de políticas públicas alinhadas aos princípios de humanização. Iniciativas como a Rede Alyne e o Apice On representam avanços significativos ao propor práticas integradas e intersetoriais que abordam tanto os determinantes sociais da saúde quanto os aspectos clínicos do cuidado. A consolidação dessas estratégias é essencial para reduzir desigualdades regionais e melhorar indicadores como mortalidade neonatal e morbidades associadas ao período perinatal.

Por fim, a criação de protocolos clínicos baseados em evidências e o monitoramento de indicadores de qualidade, como a amamentação na primeira hora e o alojamento conjunto adequado, são indispensáveis para avaliar e ajustar continuamente as práticas assistenciais. Assim, a humanização do cuidado neonatal transcende a aplicação de técnicas, envolvendo uma mudança paradigmática que privilegia o acolhimento, a dignidade e o bem-estar global das famílias, garantindo um início de vida mais saudável e equitativo.

Referências:

- 1- Leite TH, Almeida LF, Gomes VE, Oliveira MF, Bonfim CV. Epidemiologia da violência obstétrica: uma revisão narrativa do contexto brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(9):e12222023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.12222023>.
- 2- Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHRD, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc*. 2017;29:e155043. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>
- 3- Ledesma-Luján FX, Chi-Chan J, Rodríguez-Beas AR, Zamora-Vega I. Alojamiento conjunto: relación intrahospitalaria madre-hijo en el puerperio. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1983 Jul;40(7):375-8. Disponível em: PMID: 6684939.
- 4- Ledo BC, Góes FGB, Santos AST dos, Pereira-Ávila FMV, Silva ACSS da, Bastos MP da C. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021;25(1):e20200102. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0102>.
- 5- Nicida LR de A, Teixeira LA da S, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020Nov;25(11):4531–46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>.
- 6- Oliveira IVG, et al. Mortalidade materna no Brasil: análise de tendências temporais e agrupamentos espaciais. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2024;29(10):e05012023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.05012023>. Acesso em: 17 nov. 2024.
- 7- Gomes MASM, et al. Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas?. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021;26(3):859-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26032020>. Acesso em: 17 nov. 2024.
- 8- da Silva Santos S, Morais RDCM, Silveira AO,

Medeiros CC, Franzoi MAH. A construção da paternidade ao nascimento do filho a termo e saudável. Rev Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. 2021;2:767-78.

9- Gorin MC, Mello R, Machado RN, Carneiro TF. O estatuto contemporâneo da parentalidade. Rev SPAGESP. 2015;16(2):3-15.

10- Rodrigues LSP, Shimo AKK. Baixa luminosidade em sala de parto: vivências de enfermeiras obstétricas. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2019;40:e20180464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180464>.

11- Bittencourt SD de A, Vilela ME de A, Marques MC de O, Santos AM dos, Silva CKRT da, Domingues RMSM, et al.. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021Mar;26(3):801–21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>.

12- Santos JLG dos, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013Mar;66(2):257–63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>.

das Missões. Pesquisador no Grupo de Pesquisa em Saúde Materno Infantil (GPESMI) da UFSM/PM. E-mail: leonardo.jantsch@ufsm.br.



Enfermeiro Neonatologista. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira

IMPACTOS DA PATERNIDADE ATIVA E RESPONSIVA PARA O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS

Por: Herbert Fagundes de Souza; Josielson Costa da Silva

A identidade paterna esteve por muito tempo atrelada a um membro familiar que deveria assumir as funções de protetor e provedor, assegurando assim as necessidades materiais e financeiras no ambiente doméstico.¹. No entanto, diversas transformações no campo social, econômico, cultural com ampla inclusão da mulher no mercado de trabalho, tais perspectivas sofreram e sofrem ressignificações. Nesse sentido, mudanças na construção social da identidade masculina têm influenciado o entendimento do homem frente ao cuidado com seus filhos², resultando na valorização da chamada “paternidade ativa e responsiva”.

Diferentemente da “paternidade”, que significa o ato de ser pai, independentemente dessa relação de parentesco ser biológica ou socioafetiva, a paternidade ativa e responsiva refere-se ao processo de paternagem. Tal conceito remete a construção de um vínculo paterno prático e afetivo com o filho, suprimindo as necessidades físicas, emocionais e sociais do mesmo.⁴. Desse modo, ser um pai ativo e responsivo significa assumir o lugar de promotor e receptor do cuidado, compartilhando as responsabilidades com sua parceria, buscando atuar de maneira atenciosa, responsiva, sensível e comunicativa no ciclo gravídico-puerperal estendendo-se aos cuidados posteriores com o neonato.

Partindo do exercício paterno centrado nos cuidados do recém-nascido, é possível ampliar os olhares para os impactos da paternidade ativa e responsiva junto ao crescimento e desenvolvimento no período neonatal. Para tanto, esse envolvimento paterno deve ser iniciado desde o planejamento familiar, ao acompanhamento da gestação, ao envolvimento junto ao parto e ao manejo de filhos e filhas nos arranjos familiares.

Durante o planejamento familiar, bem como no período gestacional, o homem pode precocemente ocupar, e dar início ao processo de paternidade, dividindo com a sua parceria momentos importantes para o desenvolvimento do casal. Torna-se necessário assim o apoio à gestante, bem como o início do vínculo relacional com o conceito, haja vista que o feto é capaz de diferenciar as vozes dos pais pelo som desde o seu desenvolvimento no útero, podendo reconhecer a sons da voz paterna. A construção desse vínculo inicial pode ocorrer a partir de conversas e carícias na barriga da gestante, do apoio emocional e instrumental a ela, da participação nos preparativos para a chegada do bebê e, principalmente, da participação no pré-natal.⁵

Neste sentido, visando a promoção de uma gestação saudável, responsável e segura, é essencial promover, favorecer e estimular a paternidade ativa e responsiva nesse período. Tal promoção deve ocorrer a partir da consideração de que o casal fica grávido e não apenas a gestante, devendo ambos receberem a devida atenção e orientação por profissionais da área da saúde nos serviços prestados, destaca-se neste contexto a atuação de enfermeiros e enfermeiras no acompanhamento do pré-natal, bem como nas consultas de crescimento e desenvolvimento da criança. Ao fim da gestação, dá-se início ao a um momento crucial de participação paterna, o trabalho de parto. Tal envolvimento é coberto pela Lei 11.108/2005 (Lei do acompanhante), que garante à parturiente, seja na rede pública ou privada, o direito à

presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato.⁸ No caso do acompanhante escolhido ser o pai, a sua participação ativa poderá trazer uma série de benefícios, destacando-se o suporte emocional, o encorajamento, a realização de massagens e incentivos às caminhadas, a intermediação com a equipe que assistirá o parto, o preenchimento documentais, o clampeamento e corte do cordão umbilical entre outras iniciativas desenvolvidas pelo pai em um cenário de parto.

Do ponto de vista materno, a participação ativa do pai no parto se configura como uma tecnologia não invasiva que pode resultar na(o): diminuição do tempo de trabalho para parir, da dor, da necessidade de medicação e procedimentos invasivos desnecessários, do medo, da violência obstétrica e/ou institucional e da ocorrência de depressão pós-parto; aumento da segurança, da confiança, da satisfação e do bem-estar emocional; favorecimento do vínculo entre o casal e aumento da possibilidade de adesão ao aleitamento humano.³⁻⁶⁻⁷⁻⁹ Já do ponto de vista paterno, acompanhar o nascimento do filho ou filha se configura como uma ação empoderadora, podendo resultar na reafirmação da paternidade e reconstrução da identidade masculina. Enfim, tais ações contribuirão para a corresponsabilização paterna no cuidado com o neonato e para a construção de uma relação mais afetiva e sensível, fortalecendo o vínculo pai-bebê.⁹

Diante do exposto, visando um parto seguro, humanizado e que seja capaz de favorecer o vínculo familiar precoce, é importante, já nas consultas de pré-natais que o casal seja orientado acerca da lei do acompanhante e que seja estimulada, durante a gestação, a participação ativa e responsiva do pai neste momento e sua extensão do cuidado da criança nos primeiros meses de vida.

O nascimento de um filho ou filha pode modificar todo um contexto de rotina vivenciado pelo arranjo familiar. Esta é uma fase de vulnerabilidade materna, na qual o Ser que

gesta encontra-se em recuperação pós-parto e sente-se sobrecarregado pelas demandas do recém-nascido após o nascimento. Os cuidados voltados para o neonato requerem ações conjuntas dentro de uma rede de apoio, destacando as atividades paternas para com o cuidado do seu filho ou filha. O recém-nascido necessita de cuidados com a alimentação, com a imunidade, com a manutenção da pele e anexos e com a adaptação ao ambiente e com a promoção do bem-estar e conforto. Portanto, a participação ativa e responsiva do pai na concretização dessas necessidades torna-se imprescindível, promovendo benefícios para sua parceria, garantindo a sobrevivência do neonato e favorecendo um crescer e desenvolver saudável.

No que tange aos cuidados com a alimentação, é necessário discutir sobre a nutrição do bebê e o lugar do pai nesta prática. Neste contexto, destaca-se a importância do leite humano para a saúde do recém-nascido, sendo considerado o alimento padrão ouro para crianças de até 6 meses de idade. Isto porque ele hidrata e apresenta uma combinação completa de nutrientes, fatores de crescimento, hormônios e anticorpos necessários para a nutrição e proteção do lactente.¹⁰

Nesse sentido, é importante que, caso seja um desejo da puérpera, a amamentação seja iniciada na primeira hora de vida¹⁰, podendo o pai participar deste momento, atuando: estimulando a amamentação no pós-parto imediato; auxiliando no posicionamento do neonato junto ao seio materno, podendo garantir o contato pele a pele com a lactante; favorecendo o conforto e o bem-estar de todos, bem como promovendo trocas afetuosas a partir de carícias e elogios direcionados ao seu arranjo familiar. Além disso, ao longo dos dias seguintes o pai pode apoiar a manutenção do aleitamento humano exclusivo através do(a): apoio emocional e estímulo diante das possíveis dificuldades; suporte no manejo clínico da amamentação; compartilhamento das tarefas domésticas e dos cuidados com a criança para reduzir a sobrecarga materna; busca por conhecimento acerca de uma amamentação de qualidade; não oferecimento de produtos que prejudiquem a amamentação, como fórmula infantil e chupetas.¹¹

Assim, é essencial investir no envolvimento e na participação paterna no contexto do aleitamento humano. O pai estimula, potencializa e facilita esta prática alimentar, fortalecendo, a partir dela, os vínculos familiares, além de ampliar o alcance dos seus benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e psicossociais.²

Ademais, deve-se garantir a imunização do recém-nascido para além do reforço adquirido pela ação do leite humano, sendo necessário que ele seja vacinado. Isto porque a vacina é a medida mais eficaz para prevenir inúmeras doenças evitáveis. Desse modo, a importância do pai se dá a medida em que ele se informa sobre o calendário vacinal infantil e garante a imunização neonatal, que inclui a administração da vacina BCG e a primeira dose da vacina contra a hepatite B. É importante que, regularmente, o pai possa participar ativamente desses processos, facultando ao lactente a aquisição de outras vacinas correspondente aos primeiros meses de vida, promovendo a continuidade da proteção e fortalecendo o desenvolvimento infantil.³⁻⁶

Acredita-se que o compartilhamento dos cuidados com o recém-nascido beneficia a dinâmica familiar, promove uma divisão equilibrada de tarefas, fortalece os vínculos afetivos e contribui para a criação de um ambiente seguro e acolhedor, garantindo o cuidado integral da criança. Nesse contexto, outras ações primárias de cuidado para além da nutrição e imunização são as de manutenção da pele e anexos, como cuidado com o coto umbilical, unhas e cabelo. Assim, o pai pode garantir a integridade dermatológica do neonato ao ofertar ou participar do banho, trocar as fraldas e roupas, higienizar o coto umbilical, aparar as unhas e evitar a exposição direta ao sol.¹²

A interação paterna com o neonato é um fator crucial para formação de vínculos saudáveis, bem como desenvolvimento neurocognitivo de bebês. Historicamente, a interação paterna ocorria com maior frequência quando a criança já tinha uma idade mais avançada, concentrando-se em aspectos de disciplina e

educação.¹³. Contudo, a participação ativa do pai pode começar durante a gestação e se estender ao longo da vida da criança, envolvendo-se diretamente nos cuidados diários. Um impacto amplamente discutido nas ações de cuidado e que merece atenção neste momento é a promoção e manutenção do vínculo pai-bebê. O que é este vínculo paterno e como ele pode impactar no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido? O vínculo refere-se ao elo afetivo construído entre os pais e filhos. Existe ainda o conceito de apego, que se refere a capacidade de construção de laços afetivos com seus pais.¹⁴. Embora o vínculo e o apego sigam direções opostas — do adulto para a criança e da criança para o adulto, respectivamente, ambos se complementam e estão intrinsecamente conectados, favorecendo uma relação sócio emocional singular, duradoura e segura.

O vínculo seguro junto ao pai é um fator de proteção que, a curto e longo prazo, auxilia no comportamento da criança e na promoção do desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança. Traduzindo ao olhar da criança, o seu apego ao pai está associado a maior autonomia, socialização, autoestima, conforto, segurança emocional e capacidade de aprendizagem e de superações de obstáculos.¹³⁻¹⁵⁻¹⁶

É importante reafirmar que a criança, desde muito cedo, percebe a presença paterna.⁵⁻¹⁷. Nesse sentido, o processo de vinculação precoce do pai com o recém-nascido é necessário, representando um fator de proteção ao desenvolvimento saudável da criança e a sua adaptação sociocultural ao mundo. Ademais, para além dos fatores para promoção do vínculo paterno destacam-se ações do cuidado entre pai e filhas ou filhos materializados por meio do contato pele a pele paterno a partir do método canguru; da realização de banhos terapêuticos, como o banho de Ofurô; da vocalização através de conversas, brincadeiras e contagem de histórias; do manejo clínico do bebê, segurando-o face a face e da proteção contra agravos no período neonatal.

Por fim, é necessário destacar a importância dos profissionais de enfermagem, que, por estarem presentes nas ações de cuidado ao longo de todo o

ciclo vital, desempenham um papel fundamental na promoção da paternidade ativa e responsiva.² Entre diversas possibilidades, esses profissionais têm a capacidade de estimular o vínculo paterno-infantil o mais precocemente possível, acompanhando e orientando o pai durante o planejamento familiar, a gestação, o parto, o período neonatal e em todas as etapas do crescimento e desenvolvimento da criança.

O pai deve participar ativamente dessas etapas, valorizando sua autonomia e estimulando o envolvimento precoce nos cuidados para com seus filhos. No que tange ao crescimento e desenvolvimento da criança, o pai não só apoia, como promove, constroi, viabiliza e materializa ao lado da sua parceria, ações concretas para o desenvolvimento infantil de qualidade. Dessa forma, conclui-se que a maternagem e paternagem com o compartilhamento de responsabilidades, caminham juntas para favorecer todo o processo de crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.

Referências

- 1 - Rêgo RM, Souza AM, Rocha TN, Alves MD. Paternidade e amamentação: mediação da enfermeira. Acta Paul Enferm. 2016; 29(4):374-80. Doi <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600052>
- 2 - Silva JC, Sousa AR, Andrade FM, Calf RC, Whitaker COM, Palombo CNT, et al. Promoção da paternidade ativa na amamentação de recém-nascidos. 2023; 12(1): 194-208. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p194a208>
- 3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para pais : como exercer uma paternidade ativa. Brasília, 2018.
- 4 - Abade F, Romanelli G. Paternidade e paternagem em famílias patrifocais. Rev Estud Fem. 2018; 26(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n250106>
- 5 - Santos SC, Kreutz CM. O envolvimento do pai na gestação do primeiro filho. Pensando Fam. 2014; 18(2):62-76. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200006#:~:text=A%20participa%C3%A7%C3%A3o%20e%20o%20envolvimento,fam%C3%ADlia%2C%20dar%20apoio%20emocional%20e
- 6 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. 1ª Ed. Brasília, DF, 2023.
- 7 - Cavalcanti TR, De Holanda VR. PARTICIPAÇÃO PATERNA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E SEUS EFEITOS SOB A SAÚDE DA MULHER. Enferm Em Foco. 2019; 10(1). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n1.1446>
- 8 - Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2005 [acesso em 16 mai 2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm
- 9 - Pereira DB, Carvalho IL do N, da Penha JC, Miranda AML, Jorge HMF, de Abreu IM, Sarmiento AV. PARTICIPAÇÃO PATERNA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO. Rev. baiana enferm. 2022; 36. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/artic/e/view/45538>
- 10 - Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Aleitamento Materno. Departamento Científico de Aleitamento Materno, 2020 [internet]. [acesso em 11 de julho de 2024] Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22800f-GUIAPRATICO-GuiaPratico_de_AM.pdf

Em Estud. 2017; 21(4):557. Doi: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v21i4.29871>

11 - Rocha Gutmann VL, Silva CD, Fazio IA, Mota MS, Acosta DF. Cuidados com o recém-nascido: a contribuição do pai no aleitamento materno. VITTALLE Rev Cienc Saúde. 2018; 30(2):21-30. Doi: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v30i2.7945>

AUTORES:



Herbert Fagundes de Souza,
Graduando em Enfermagem na UFBA.
Bolsista CNPq projeto 42/2022

12 - Sociedade Brasileira de Pediatria. Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido: da higienização e hidratação ao tratamento. Departamento Científico de Dermatologia, 2024 [internet]. [acesso em 16 de julho de 2024] Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2024/abril/11/_24424L-GPA_ISBN_-_Cuidado_Pele_e_Anexos_do_RN.pdf

13 - Benczik EBP. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. Rev. Psicopedagogia. 2011; 28(85): 67-75. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862011000100007

14 - Klaus MH, Kennell JH, Klaus P. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artmed; 2000.

15 - Morgado PS. Influência do vínculo pais-bebê no desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido: conhecimentos e práticas de fisioterapeutas em unidades de terapia intensiva neonatal [dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2019.



Josielson Costa da Silva
Professor Adjunto II da Escola de Enfermagem da UFBA. Doutor em Enfermagem e Saúde. Intensivista Neonatal e Pediátrico

16 - Poeira A, Dias A, Condinho L, Cerdeira R, Frias A. O processo de vinculação do pai com o recém-nascido: uma revisão narrativa. A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida. 2021; 17: 222-39. DOI: 10.37885/210705251. ISBN: 978-65-5360-021-8.

17 - Moraes CJ, Granato TM. Tornando-se pai: Uma revisão da literatura sobre a transição para a paternidade. Psicol

ACOLHIMENTO À PERDA GESTACIONAL E NEONATAL

Por: Juliana de Oliveira Marcatto; Ellen Cristina Vargas Oliveira; Leydiane Andrade Ferreira; Paula Janaína Matins Rocha; TÁCILA FAGUNDES LACERDA BRAGA RODRIGUES

A perda gestacional e neonatal configura um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. De acordo com dados do Ministério da Saúde, no ano de 2022 foram notificados 21.712 óbitos neonatais e 27.394 óbitos fetais. No que se refere aos abortamentos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 55 milhões de abortos ocorreram entre 2010 e 2014 no mundo¹. No Brasil, vários estudos buscaram estimar dados relacionados à prevalência de abortos. Entretanto, os resultados são controversos, possivelmente em decorrência de diferenças metodológicas durante a etapa de coleta dos dados dos estudos, carência de dados do sistema de saúde suplementar e ausência de padronização dos diferentes sistemas de informação da saúde².

O fato é que, apesar das perdas gestacionais e neonatais serem frequentes no contexto de maternidades públicas e privadas, existem muitas dificuldades relacionadas ao acolhimento das famílias durante o pré-natal, parto/nascimento e após a alta hospitalar.

Os estudos revelam grandes impactos à saúde física, emocional, psíquica e espiritual das famílias que vivenciam esta situação, com repercussões imediatas, em médio e longo prazo^{3,4}. Além de ser uma experiência individual, o processamento do luto parece ser fortemente influenciado pelas condições das mulheres e famílias antes da perda, pelos cuidados prestados durante o percurso clínico, após a alta hospitalar e pela atuação da rede de apoio.

Apesar da ausência de ensaios clínicos randômicos acerca da temática, diretrizes de acolhimento à perda gestacional vêm sendo propostas em diversos países do mundo⁵. A organização de práticas de cuidado nos diferentes

Pontos da rede de atenção à saúde vêm sendo propostas por meio de estudos descritivos, transversais e qualitativos. Tais estudos demonstram que, com a adoção de um conjunto de boas práticas relacionadas ao acolhimento das famílias em situações de perda gestacional e neonatal, é possível prevenir complicações relacionadas ao processamento do luto e apoiar as famílias que vivenciam essa experiência. No Brasil, uma diretriz de acolhimento à perda gestacional e neonatal foi publicada em 2021, propondo o início do cuidado no momento da comunicação da notícia difícil, seja ela a morte do bebê ou o diagnóstico de uma malformação, seguindo com um conjunto de cuidados direcionados até o término do acompanhamento da gestação subsequente, caso ocorra³.

A morte de um bebê representa a perda de uma perspectiva futura e o luto decorrente dessa perda apresenta muitas especificidades que o diferenciam do luto em outros contextos, sejam eles concretos ou simbólicos. Sendo assim, nos tópicos a seguir abordaremos a experiência de cuidado à perda gestacional e neonatal nos diferentes pontos de atenção, quais sejam: pré-natal, internação e seguimento ambulatorial, destacando os aspectos estruturantes da assistência. Ainda que não seja possível transformar uma experiência de dor profunda em uma experiência boa, a prática clínica tem demonstrado que, dar às famílias a possibilidade de decidir as condutas a serem adotadas à luz das melhores evidências científicas e de seus valores, tem apoiado o processo de integração e ressignificação da perda de seus bebês.

Acompanhamento durante o pré-natal

O objetivo primário do acompanhamento durante o pré-natal é garantir o desenvolvimento

Saudável da gestante e do bebê, reduzindo riscos. A relação do bebê com a família, por vezes, se estabelece antes mesmo da concepção, através de um conjunto de expectativas acerca do conceito e de sua relação com o mundo⁶.

A notícia de uma condição potencialmente limitante durante a gestação gera um alto nível de estresse com impactos diversos que afetam a dimensão biológica, psicológica, social, emocional e espiritual, sendo fundamental o acolhimento por parte da rede de apoio das famílias e o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar especializada capaz de manejar os desafios apresentados desde o diagnóstico até o acompanhamento após a alta hospitalar⁷.

O momento da comunicação da notícia difícil é especialmente delicado e possivelmente será lembrado pela família por toda a vida, independentemente do desfecho. A comunicação não é uma competência nata, e como qualquer outra habilidade, precisa ser treinada para que cumpra o objetivo almejado. Vários protocolos de comunicação de notícias difíceis vêm sendo desenvolvidos em diferentes contextos assistenciais com o objetivo de orientar profissionais de saúde acerca dos elementos estruturantes da comunicação. Forte e colaboradores desenvolveram uma metodologia denominada “hierarquia da comunicação”, na qual acessar a confiança da família, acolher as emoções e informar a condição clínica de maneira acessível são os elementos centrais para um processo de comunicação efetivo. De acordo com os autores, promover informações técnicas sem que previamente o paciente confie no profissional e seja acolhido em suas emoções, inviabiliza a compreensão da informação, podendo gerar sofrimento adicional para além daquele inerente à condição⁸.

Além de possibilitar a realização de exames propedêuticos e o acesso às diferentes especialidades, a elaboração do plano de cuidados é um dos principais objetivos do pré-natal. Durante o processo, a equipe estabelece um espaço de diálogo, educação e assimilação

do que é “valor” para a família e garante que todos os envolvidos tenham informações semelhantes (pacientes e familiares), favorecendo a tomada de decisão compartilhada. Um plano de cuidados de bebês com condições ameaçadoras à continuidade da vida não é estático. Ele pode ser modificado e flexível se surgirem novas circunstâncias ou se os desejos mudarem. Em algumas situações, durante o pré-natal, as famílias podem ser instruídas acerca da possibilidade de que as condições de nascimento e evolução do bebê guiem o processo decisório⁹.

Durante o pré-natal é importante que a família seja apoiada em seu processo de luto antecipatório, ainda que o desfecho seja incerto. Independente de tratar-se de uma condição limitadora da continuidade da vida ou não, a morte do bebê sonhado ocorre e novos planos precisam ser estabelecidos. A equipe multidisciplinar tem como desafios fazer com que a família compreenda que não estará sozinha durante a trajetória, que oscilações entre o polo do medo e da esperança são esperadas, que há espaço para a dor e para a vivência de experiências afetivas, que o silenciamento das condições e das emoções geralmente não diminui a experiência de sofrimento e que a promoção de memórias é fortemente recomendada e parece apoiar o processo de luto.

O cuidado intra-hospitalar ao parto e nascimento

Mudar o cenário da assistência obstétrica no Brasil tem sido um desafio nas últimas décadas rumo a uma assistência mais respeitosa e segura, o que inclui alterações estruturais dos serviços, de paradigmas culturais, qualificação dos profissionais, com inclusão de enfermeiras obstetras e outras boas práticas com sólidas evidências científicas. Da mesma forma, nos últimos anos tem-se discutido sobre os desafios e recomendações para oferta do melhor cuidado no parto e nascimento em situações de luto gestacional e neonatal¹⁰.

O luto decorrente da morte de um bebê apresenta várias peculiaridades. A brevidade da vida resulta em ausência de memórias e na morte do que “ainda não foi”, de expectativas futuras. Além disso, a falta de capacitação dos profissionais de saúde e o desconhecimento da população geral e da rede de

apoio, dificultam o cuidado e aumentam o risco de danos adicionais.

Sendo assim, um conjunto de cuidados específicos devem ser adotados para que, a despeito da dor e do sofrimento decorrentes da morte do bebê, a família vivencie uma experiência de cuidado à luz das melhores evidências disponíveis na literatura¹¹.

Desde a chegada da família para a internação, deve ficar claro que eles serão acompanhados pela equipe multidisciplinar e que toda conduta será apresentada pela equipe com a participação da família, baseada nos princípios bioéticos da verdade e da beneficência.

Caso o plano de cuidados não tenha sido elaborado durante o pré-natal, é fundamental buscar estabelecer a confiança da família, acolher as emoções e comunicar a situação clínica, buscando acurácia para tomada de decisão. Cuidados voltados para o preparo do ambiente são fundamentais na promoção de acolhimento e privacidade. Considerando que os ambientes hospitalares geralmente não estão preparados para garantir o cuidado em situações de perda gestacional ou neonatal, idealmente essas famílias devem ser colocadas em leitos privativos, afastados do contato com famílias que vivenciam o nascimento de bebês saudáveis¹².

A construção de memórias afetivas é outro aspecto importante do conjunto de cuidados a serem instituídos no momento do parto e nascimento. Orientações acerca dos possíveis benefícios de tocar, acariciar, pegar o bebê no colo, vestir com roupas que gerem memória afetiva, fazer registros fotográficos, guardar a impressão palmar, plantar, mechas de cabelo, realizar rituais religiosos e permitir que a família se despeça do bebê, pode fornecer recursos emocionais para validação da história do bebê. Socialmente existe uma compreensão equivocada de que essa exposição pode intensificar a experiência de dor. Entretanto, os trabalhos têm demonstrado que vivenciar a experiência gera elementos que protegem as famílias do desenvolvimento de luto complicado^{3,13}. Portanto, trata-se de ofertar as possibilidades de cuidados para que a família

decida como proceder, considerando sua trajetória e valores. A organização de um “kit memória” pode ser uma ferramenta utilizada para introduzir as orientações às famílias e oportunizar a organização dessas intervenções.

No momento da alta hospitalar, é importante que a mulher e sua família sejam orientadas em relação aos cuidados com as mamas, quanto à importância da consulta puerperal e do acolhimento ao luto. A articulação do atendimento junto à unidade básica de saúde ou a proposição de um seguimento ambulatorial é um componente importante do cuidado após a alta hospitalar.

Acolhimento ao luto na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Quando o bebê nasce e é encaminhado para a UTIN, a família é exposta a experiências intensas de medo, ansiedade, angústia e esperança. Os avanços tecnológicos relacionados à assistência de recém-nascidos criticamente enfermos e a capacitação da mão de obra especializada, resultaram em aumento da sobrevivência de recém-nascidos mais prematuros e pequenos ou com doenças graves. Entretanto, diante dessas possibilidades, também foram inaugurados desafios relacionados ao cuidado integral dos bebês e suas famílias, especialmente quando a morte acontece como desfecho. A maneira como foram trabalhadas as possibilidades de cuidado durante o pré-natal e o momento do parto/nascimento, bem como os cuidados empenhados nessas etapas, impactam na compreensão da família e na trajetória durante a internação na UTIN¹⁴.

A densidade tecnológica do ambiente da UTIN associada à prática da equipe multidisciplinar voltada principalmente para o atendimento das demandas biológicas do cuidado são os principais desafios nesse contexto. A capacitação continuada das equipes em relação à importância de chamar o bebê pelo nome, de criar oportunidades para construção de memórias afetivas, da valorização de aspectos espirituais e presença de pessoas da rede de apoio, ofertando cuidados alinhados às necessidades de cada família, pode demonstrar empatia e compaixão gerando acolhimento emocional e afetivo, para além do suporte técnico.

É importante destacar que a complexidade do cuidado de uma UTIN não é incompatível com uma abordagem sensível e individualizada. A despeito do volume e complexidade de trabalho ao qual os profissionais estão expostos, em cenários de crise nos quais a vida do bebê pode estar sob ameaça, há espaço para práticas de cuidado que valorizem para além da dimensão biológica do cuidado ao recém-nascido e família, as dimensões sócio afetivas e espirituais.¹⁵ O cuidado de recém-nascidos de vida breve demanda atuação multidisciplinar, integral, centrada nas necessidades do bebê e da família. Escuta qualificada e estar presente são premissas do cuidado praticado por todos os membros da equipe. Quando a cura não é mais possível, o cuidado é ainda mais relevante.

Seguimento ambulatorial do luto gestacional e neonatal

Após a alta hospitalar, as famílias que vivenciam uma experiência de perda gestacional ou neonatal necessitam de acolhimento e acompanhamento para que consigam manejar situações delicadas tais como sentimento de culpa, falta de entendimento dos fatos, crises de identidade, necessidade de retomada do convívio social, além de conflitos de ordem espiritual.

A ausência de um plano de cuidados nessa fase pode dificultar o processamento do luto e comprometer gravemente a saúde física e emocional das mulheres e suas famílias. As principais práticas de cuidado oferecidas às mulheres e famílias são: (1) sessões de aconselhamento, psicoterapia e suporte; (2) participação em grupos de apoio e o apoio social; (3) contato via telefone, e-mail ou correio; (4) visitas domiciliares; (5) consultas de seguimento com a equipe de saúde/estratégias de educação em saúde; (6) prática de rituais religiosos e serviços memoriais. As ações de cuidado devem contemplar os membros da rede de apoio, para além da família nuclear.^{16–18} Estudos demonstram que, mulheres acompanhadas após a alta hospitalar apresentam um trabalho de luto mais próximo do esperado diante da perda, com menos elementos preditores de complicação. Isto é, quando os sentimentos de pesar se tornam incapacitantes e a readaptação à rotina anterior não acontece com o transcorrer do

processo, o luto complicado ou prolongado pode ocorrer. Por outro lado, mulheres submetidas a intervenções de suporte após a alta hospitalar tiveram redução dos índices de sofrimento, com melhor elaboração de sentimentos de medo, abandono e desvalorização.^{19–21}

Diante do exposto, criar fluxos assistenciais que possibilitem o acompanhamento dessas famílias enlutadas é fundamental para minimizar os impactos individuais e sociais decorrentes dessa experiência. Acolher significa criar um espaço seguro de escuta qualificada, em que a mulher e suas famílias possam contar suas vivências e expressar emoções como angústia, medo, raiva, saudade, culpa. Além disso, a identificação da necessidade de intervenções para garantia do atendimento às necessidades humanas básicas tais como alimentação, higiene, sono e segurança é essencial para dar suporte a essa fase inicial do luto.

Cerca de 80% das famílias irão vivenciar um processo de luto de maneira fisiológica e os outros 20% precisarão de acompanhamento especializado.²² Após a alta hospitalar, é muito importante que a equipe acione as unidades básicas de saúde ou que seja estabelecida a vinculação com um serviço de acompanhamento ambulatorial para que a mulher e sua família transicionem da experiência de investimento na perda para o processo de resignificação. O acolhimento ao luto não tem por objetivo o cancelamento da experiência, mas sim, dar às famílias elementos para que sigam a vida enquanto o luto acontece. Esse tempo não é cronológico, acontece em tempos diferentes e de maneiras diferentes em cada experiência.

Avanços em pesquisas, mudanças no processo formativo e valorização da assistência ao luto perinatal no cenário de saúde pública, saúde da mulher e saúde reprodutiva são fundamentais para a promoção de mudanças e fortalecimento da linha de cuidado da saúde da mulher e do recém-nascido.

Referências:

- 1- Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR Jr, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bulletin of the World Health Organization*. 2014 Mar 1;92(3):155.
- 2- Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Feb;22:653–60.
- 3- Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet*. 2016;387(10018):604-16. doi:10.1016/S0140-6736(15)00836-3.
- 4- Salgado HO, Andreucci CB, Gomes ACR, Souza JP. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—a quasi-experimental before-and-after study. *Reprod Health*. 2021;18(1):5. doi:10.1186/s12978-020-01040-4. Erratum in: *Reprod Health*. 2021;18(1):144. doi:10.1186/s12978-021-01191-y. PMID:33407643; PMCID:PMC7787239
- 5- Canada.ca [Internet]. [cited 2024 Nov 25]. Family-centred maternity and newborn care: National guidelines. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html>
- 6- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Área Técnica de Saúde da Mulher. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013. 19 p. ISBN: 78-85-334-2033-5.
- 7- Galvão GMM, Tavares EC, Costa EA, Tavares GR, Bouzada MCF, Byrd SE. A Mother's Account About Lactation in the Context of Perinatal Death. *American International Journal of Humanities, Arts and Social Sciences*. 2020 Sep 18;2(3):9–15. DOI: <https://doi.org/10.46545/aijhass.v2i3.240>.
- 8- Forte DN, Stoltenberg M, Ribeiro SCDC, de Almeida IMMO, Jackson V, Daubman BR. The hierarchy of communication needs: a novel communication strategy for high mistrust settings developed in a Brazilian COVID-ICU. *Palliat Med Rep*. 2024;5(1):86-93. doi:10.1089/pmr.2023.0070. PMID:38415076; PMCID:PMC10898234.
- 9- Stillbirth Centre of Research Excellence. Sample perinatal palliative care plan in Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline: Perinatal Palliative Care. Mater Research and University of Queensland, in partnership with Perinatal Society of Australia and New Zealand (PSANZ); 2024.
- 10- Maushart S. A máscara da maternidade. São Paulo: Melhoramentos; 2006.
- 11- Sriarporn P, Turale S, Lordee N, Liamtrirat S, Hanpra W, Kanthino A. Support program for women suffering grief after termination of pregnancy: A pilot study. *Nurs Health Sci*. 2017 Mar;19(1):75-80. doi:10.1111/nhs.12307. Epub 2016 Sep 12. PMID:27620532
- 12- Nourizadeh R, Nournorouzi L, Hakimi S, Esmaeilpour K, Najmi L. The effect of a coping program on mothers' grief following perinatal deaths. *J Educ Health Promot*. 2022;11(1):248.
- 13- Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Prática profissional no cuidado ao luto materno diante do óbito fetal em dois países. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(3).
- 14- Arruda CP, Gomes GC, Juliano LF, Nornberg PK de O, de Oliveira SM, Nicoletti MC. Reações e sentimentos da família frente à internação do recém-nascido na unidade neonatal. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019 Oct 7;11(15):e1444. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1444>
- 15- Zanfolim LC, Cerchiari EAN, Ganassin FMH. Dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em unidades neonatais. *Psicol Cienc Prof [Internet]*. 2018 Jan;38(1):22-35.

16- Teixeira ML, Viegas LB, Santos LL dos, Santos RS dos, Correa PDS, Pitombeira P de CP, et al. Nurse assistance after perinatal loss: grief after childbirth. *Research, Society and Development*. 2021 Mar 14;10(3):e26510313106–e26510313106.

17- Ferreira R de SA, Silva MKS da, Jorge HMF, Pereira LC, Rocha GST. ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SITUAÇÃO DE PERDA GESTACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA. *REME Rev Min Enferm*. [Internet]. 1º de janeiro de 2021 [citado 25º de novembro de 2024];25(1). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/55029>

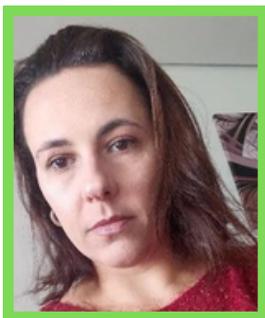
18- Tavares BS, Lirman JL, Silveira MC, Jatobá DM, de Hollanda LJ, de Matos LB, et al. Atuação da equipe multiprofissional na assistência à mulher perante o óbito fetal: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2022 Mar 10;15(3):e9880–e9880.

19- Palas Karaca P, Oskay ÜY. Effect of supportive care on the psychosocial health status of women who had a miscarriage. *Perspectives in psychiatric care*. 2021 Jan;57(1):179–88.

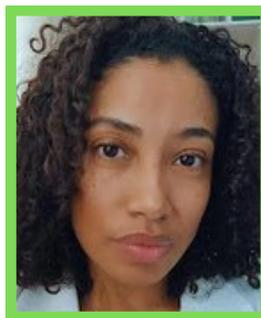
20- Bagheri L, Nazari AM, Chaman R, Ghiasi A, Motaghi Z. The effectiveness of healing interventions for post-abortion grief: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health*. 2020;49(3):426-436

21- Kong GWS, Chung TKH, Lok IH. The impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage--a randomised controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2014 Sep;121(10):1253–62.

22- Lannen PK, Wolfe J, Prigerson HG, Onelov E, Kreicbergs UC. Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *J Clin Oncol*.



Juliana de Oliveira Marcatto. Enfermeira neonatóloga – Professora adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG e coordenadora do projeto Renascer: cuidado multidisciplinar do luto perinatal



Paula Janaína Martins Rocha - Enfermeira Obstétrica Coordenadora do ambulatório do Hospital Sofia Feldman – Unidade Carlos Prates



Ellen Cristina Vargas Oliveira. Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal HC/UFMG/EBSERH



TÁCILA Fagundes Lacerda Braga Rodrigues – Enfermeira obstétrica. Coordenadora do pronto atendimento e centro obstétrico do Hospital Sofia Feldman



Lydiane Andrade Ferreira. Enfermeira Obstétrica do Ambulatório de pré-natal Jenny de Andrade Faria- HC/UFMG/EBSERH