Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32400

O IMPACTO DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA UTI NEONATAL PARA O VÍNCULO ENTRE PAIS E BEBÊ

THE IMPACT OF HUMANIZED CARE IN THE NEONATAL ICU ON THE BOND BETWEEN PARENTS AND BABY

Flávia Padilha Barros de Sousa[1]
Luana Guimarães[2]

RESUMO: A internação de recém-nascidos prematuros, de baixo peso ou com condições clínicas graves na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal provoca a separação física entre o bebê e sua família, favorecendo sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e sofrimento emocional que podem fragilizar a construção do vínculo afetivo. Este trabalho teve como objetivo analisar a contribuição da assistência humanizada para o vínculo entre pais e bebê durante a internação neonatal, considerando as práticas recomendadas para o cuidado centrado na família. Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, de natureza básica, com abordagem qualitativa e delineamento transversal, realizada entre 10 de fevereiro e 30 de abril de 2026 nas bases LILACS, SciELO e BVS, com inclusão de publicações em língua portuguesa dos últimos cinco anos, disponíveis em domínio público, complementadas por documentos oficiais do Ministério da Saúde e pela legislação brasileira. Os estudos analisados evidenciam que o acolhimento, a comunicação qualificada e a participação dos pais nos cuidados reduzem a sensação de impotência, fortalecem a confiança parental e favorecem a aproximação afetiva com o bebê. O Método Canguru destacou-se como a principal estratégia de humanização, por promover o contato pele a pele, o aleitamento materno e a participação ativa da mãe e do pai. Identificaram-se, contudo, barreiras como sobrecarga de trabalho, limitações estruturais, restrições de visita e capacitação insuficiente das equipes. Conclui-se que a humanização da assistência contribui para reduzir o sofrimento emocional da família e fortalecer o vínculo entre pais e bebê, sendo indispensáveis a capacitação dos profissionais de enfermagem e o fortalecimento das políticas públicas de humanização neonatal.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Método Canguru. Relações Pais-Filho. Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT: The hospitalization of premature, low-birth-weight or severely ill newborns in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) causes physical separation between the baby and the family, fostering feelings of fear, anxiety, insecurity and emotional distress that can weaken the construction of the affective bond. This study aimed to analyze the contribution of humanized care to the bond between parents and baby during neonatal hospitalization, considering the practices recommended for family-centered care. It is a bibliographic literature review, of a basic nature, with a qualitative approach and cross-sectional design, carried out between February 10 and April 30, 2026 in the LILACS, SciELO and BVS databases, including publications in Portuguese from the last five years, available in the public domain, complemented by official documents of the Ministry of Health and Brazilian legislation. The

[1] Graduanda em Enfermagem. Faculdade Mauá de Goiás.
[2]Docente e orientadora do curso de Enfermagem. Faculdade Mauá de Goiás.

studies analyzed show that welcoming, qualified communication and parental participation in care reduce the feeling of powerlessness, strengthen parental confidence and favor emotional closeness with the baby. The Kangaroo Method stood out as the main humanization strategy, as it promotes skin-to-skin contact, breastfeeding and the active participation of the mother and father. However, barriers were identified, such as work overload, structural limitations, visiting restrictions and insufficient training of the teams. It is concluded that humanized care contributes to reducing the family's emotional distress and strengthening the bond between parents and baby, and that the training of nursing professionals and the strengthening of public policies on neonatal humanization are indispensable.

Keywords: Humanization of Care. Neonatal Intensive Care Units. Kangaroo-Mother Care Method. Parent-Child Relations. Neonatal Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um serviço hospitalar destinado ao atendimento de recém-nascidos graves ou potencialmente graves, que necessitam de vigilância contínua, suporte tecnológico avançado e assistência especializada. Nela são internados, sobretudo, bebês prematuros, de baixo peso ao nascer e com condições clínicas que ameaçam a vida, o que exige uma equipe preparada para intervir com rapidez e precisão (TORRES et al., 2024; BRASIL, 2012). Embora indispensável para a sobrevivência desses recém-nascidos, a UTIN constitui um ambiente marcado por ruídos, luminosidade intensa, procedimentos invasivos e rotinas rígidas, que impõem a separação física entre o bebê e sua família logo após o nascimento.

Nesse contexto, a humanização da assistência surge como uma proposta de cuidado que valoriza não apenas a dimensão técnica, mas também as necessidades emocionais, sociais e relacionais do recém-nascido e de seus pais. No Brasil, essa perspectiva é sustentada pela Política Nacional de Humanização (PNH), que defende o acolhimento, a valorização dos sujeitos e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e familiares (BRASIL, 2013), e pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru, que orienta o cuidado ao bebê prematuro e de baixo peso com ênfase no contato pele a pele e na participação da família (BRASIL, 2007; BRASIL, 2017).

Do ponto de vista epidemiológico, o período neonatal concentra elevada parcela da mortalidade infantil, em razão da vulnerabilidade própria dessa fase da vida, o que justifica a necessidade de cuidados especializados e de unidades neonatais estruturadas (TORRES et al., 2024). Ao mesmo tempo, o aumento da sobrevida de recém-nascidos cada vez mais prematuros tem prolongado o tempo de internação, ampliando o período em que pais e bebês permanecem

separados. Estudos realizados em maternidades públicas brasileiras demonstram que a internação neonatal provoca níveis moderados a elevados de estresse nas mães, sobretudo relacionados à alteração do papel parental e à sensação de impotência diante do sofrimento do filho (OLIVEIRA, E. T. A. et al., 2026; ALVES, T. F. et al., 2025).

Apesar do reconhecimento das políticas de humanização, a literatura aponta que sua implementação ainda é desigual entre os serviços e que muitos profissionais desconhecem o conteúdo da PNH, aplicando práticas humanizadas de forma empírica, baseadas na sensibilidade individual (VALTRICH et al., 2026; SILVA, P. M. S.; MELO; SILVA, L. F., 2022). Persistem, ainda, restrições de visita, limitações estruturais e uma visão centrada na díade mãe-bebê que tende a excluir o pai do cuidado (AFONSO; FRANCISCO; CASTRO, 2021). Diante desse cenário, emerge a seguinte questão norteadora: de que maneira a humanização da assistência na UTI Neonatal contribui para o fortalecimento do vínculo entre pais e bebê durante a internação?

A realização desta revisão justifica-se, do ponto de vista científico, pela necessidade de reunir e integrar evidências recentes, publicadas em língua portuguesa, sobre as práticas humanizadas na UTIN e seus efeitos sobre a família, uma vez que a produção nacional encontra-se dispersa entre estudos sobre o Método Canguru, o estresse parental, a comunicação e a atuação da enfermagem. A síntese desses achados permite compreender a humanização como um conjunto articulado de práticas, e não como ações isoladas.

No âmbito profissional, o tema é particularmente relevante para a enfermagem, que permanece ao lado do recém-nascido e da família durante as 24 horas do dia e atua como principal elo entre os pais e o bebê internado (TEIXEIRA et al., 2022). Compreender como o acolhimento, a comunicação e a inclusão dos pais nos cuidados interferem na formação do vínculo pode subsidiar a tomada de decisão dos enfermeiros, orientar a elaboração de protocolos assistenciais e qualificar a prática cotidiana nas unidades neonatais.

Sob a perspectiva social, o fortalecimento do vínculo entre pais e bebê repercute sobre a saúde emocional da família, o aleitamento materno, a segurança dos pais para cuidar do filho após a alta e o desenvolvimento infantil. Assim, os resultados desta revisão podem contribuir para a formulação e o aprimoramento de políticas públicas de humanização neonatal, para a garantia do direito de permanência dos pais junto ao filho hospitalizado, assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), e para a construção de uma assistência mais acolhedora e centrada na família.

Para responder à questão proposta, foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura, de natureza básica, com abordagem qualitativa e delineamento transversal. A busca foi conduzida no período de 10 de fevereiro a 30 de abril de 2026, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) "humanização da assistência", "unidades de terapia intensiva neonatal", "método canguru", "relações pais-filho" e "enfermagem neonatal", combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, a exemplo da estratégia "unidades de terapia intensiva neonatal" AND ("humanização da assistência" OR "método canguru") AND "relações pais-filho".

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos publicados em língua portuguesa, nos últimos cinco anos, disponíveis na íntegra e em domínio público, que abordassem a humanização da assistência neonatal, o vínculo entre pais e bebê, o Método Canguru, a experiência das famílias na UTIN ou a atuação da equipe de enfermagem. Foram excluídos trabalhos duplicados, resumos sem texto completo, publicações que não respondiam à questão norteadora e estudos fora do recorte temporal estabelecido. A seleção ocorreu, inicialmente, pela leitura de títulos e resumos e, em seguida, pela leitura analítica dos textos completos. De forma complementar, foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde e a legislação brasileira referente à atenção neonatal, por constituírem as bases normativas da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS). Ferramentas de inteligência artificial foram utilizadas apenas como apoio à organização e à revisão textual, sendo todas as informações conferidas nas fontes originais pela autora.

Diante do exposto, o objetivo geral deste trabalho é analisar a contribuição da assistência humanizada na UTI Neonatal para o fortalecimento do vínculo entre pais e bebê, considerando as práticas recomendadas para o cuidado neonatal centrado na família. Como objetivos específicos, propõe-se: descrever os impactos emocionais da internação neonatal sobre os pais; identificar as práticas de humanização que favorecem o vínculo, com destaque para o acolhimento, a comunicação qualificada e a participação familiar nos cuidados; analisar as contribuições do Método Canguru para o vínculo afetivo e o aleitamento materno; e discutir o papel da enfermagem, a importância da capacitação profissional e as políticas públicas de humanização neonatal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Caracterização dos estudos selecionados

A partir da estratégia de busca descrita, foram selecionados estudos de diferentes delineamentos — pesquisas qualitativas, estudos transversais, estudo de métodos mistos e revisões integrativas —, além de documentos normativos nacionais. O Quadro 1 apresenta a síntese das publicações que fundamentaram a discussão, organizadas por autoria, ano, tipo de estudo e principais contribuições para o tema.

Quadro 1 – Síntese dos estudos selecionados para a revisão

Autor(es) / Ano	Tipo de estudo	Principais contribuições
Afonso, Francisco e Castro (2021)	Estudo qualitativo	Concepção da equipe de enfermagem sobre a participação paterna na UTIN; barreiras e benefícios da presença do pai.
Cañedo et al. (2021)	Estudo qualitativo	Continuidade da posição canguru no domicílio e adaptação dos pais após a alta.
Reichert et al. (2021)	Estudo qualitativo	Terceira etapa do Método Canguru na atenção primária; lacunas de capacitação e de comunicação entre serviços.
Silva, Melo e Silva (2022)	Revisão integrativa	Práticas de humanização na UTIN e seus impactos na recuperação dos recém-nascidos.
Teixeira et al. (2022)	Revisão de literatura	Ações de enfermagem para a construção de uma relação humanizada com os pais.
Andrade et al. (2024)	Revisão integrativa	Benefícios fisiológicos e emocionais do Método Canguru para bebês prematuros e seus pais.
Prampero, Rodrigues e Arenales (2024)	Estudo transversal	Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em mães de bebês internados em UTIN.
Santana et al. (2024)	Revisão de literatura	Papel do enfermeiro na UTIN durante a pandemia e estratégias para preservar o vínculo familiar.
Torres et al. (2024)	Revisão de literatura	Perfil dos recém-nascidos internados e atuação do enfermeiro diante das intercorrências.
Aguiar et al. (2025)	Revisão integrativa	Benefícios do Método Canguru no estímulo ao aleitamento materno.
Alves, T. F. et al. (2025)	Métodos mistos	Contextos de estresse parental na UTIN; papel parental como domínio mais estressor.
Dalla Costa et al. (2026)	Estudo qualitativo	Percepções de pais sobre a assistência durante a internação dos filhos na UTIN.
Oliveira, E. T. A. et al. (2026)	Estudo transversal	Nível e dimensões do estresse de mães de recém-nascidos em UTIN.
Valtrich et al. (2026)	Estudo qualitativo	Humanização sob a ótica de enfermeiros de UTIN; barreiras estruturais e de formação.
Brasil (2007; 2012; 2013; 2017)	Documentos oficiais	Normas do Método Canguru, organização das unidades neonatais e Política Nacional de Humanização.

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

A análise do conjunto de estudos revela predominância de pesquisas qualitativas e de revisões de literatura publicadas em periódicos nacionais, o que demonstra o interesse da enfermagem brasileira pela temática da humanização neonatal. Observa-se, por outro lado,

menor número de estudos quantitativos e longitudinais que mensurem os efeitos das práticas humanizadas sobre o vínculo ao longo do tempo. Os achados foram organizados em eixos temáticos correspondentes aos objetivos específicos e são discutidos nas seções seguintes.

2.2 A UTI neonatal: contexto e organização do cuidado

No Brasil, a organização da atenção ao recém-nascido grave ou potencialmente grave é regulamentada pela Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes para o cuidado integral e humanizado e classifica os leitos das unidades neonatais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012). Essa organização em níveis de cuidado busca garantir que cada recém-nascido receba a assistência adequada à sua condição clínica e que a família seja progressivamente inserida no cuidado à medida que o bebê se estabiliza.

Os recém-nascidos internados na UTIN são, em sua maioria, prematuros e de baixo peso, com condições como desconforto respiratório, infecções, distúrbios metabólicos e malformações, que exigem monitorização contínua e intervenções frequentes (TORRES et al., 2024). Para atender a essas demandas, a unidade dispõe de incubadoras, ventiladores mecânicos, monitores multiparamétricos, bombas de infusão e uma série de dispositivos que, embora essenciais, tornam o ambiente pouco familiar e, muitas vezes, assustador para os pais.

O ambiente da UTIN também impõe ao próprio recém-nascido estímulos excessivos, como ruídos dos alarmes, iluminação constante, manipulações repetidas e procedimentos dolorosos, que contrastam com o ambiente intrauterino e podem interferir em sua organização neurocomportamental. Por essa razão, a humanização do cuidado neonatal envolve tanto a atenção à família quanto a adequação do ambiente às necessidades do bebê, incluindo o controle de ruídos e luminosidade, o agrupamento de cuidados e o manejo não farmacológico da dor (BRASIL, 2017; SILVA, P. M. S.; MELO; SILVA, L. F., 2022).

A atuação da equipe neonatal, portanto, não deve se restringir à dimensão biológica. Torres et al. (2024) destacam que o trabalho da enfermagem na UTIN deve buscar a melhora ou a manutenção da saúde do recém-nascido e, simultaneamente, o acolhimento da família. Essa dupla dimensão do cuidado é o ponto de partida para compreender a humanização como prática que integra a competência técnica à sensibilidade relacional.

2.3 A prematuridade e o recém-nascido de baixo peso

A prematuridade, definida pelo nascimento antes de 37 semanas completas de gestação, e o baixo peso ao nascer, caracterizado por peso inferior a 2.500 gramas, estão entre as principais causas de internação em unidades neonatais. Esses recém-nascidos apresentam imaturidade de diversos sistemas orgânicos, como o respiratório, o neurológico, o imunológico e o termorregulador, o que os torna mais vulneráveis a complicações e exige cuidados intensivos e prolongados (BRASIL, 2017; TORRES et al., 2024).

A imaturidade neurológica do prematuro o torna particularmente sensível aos estímulos do ambiente. Ruídos intensos, luminosidade constante, manipulações frequentes e procedimentos dolorosos podem desorganizar o comportamento do bebê, interferir em seu sono e repercutir sobre seu desenvolvimento. Por essa razão, o cuidado ao recém-nascido prematuro deve ser orientado pela observação de seus sinais de estresse e de conforto, permitindo que a equipe e os pais adaptem o manuseio às suas necessidades individuais (BRASIL, 2017).

Para os pais, o nascimento prematuro costuma ocorrer de forma inesperada, interrompendo a gestação e a preparação emocional para a chegada do filho. A imagem de um bebê pequeno, frágil, conectado a aparelhos e mantido dentro de uma incubadora contrasta com o bebê imaginado durante a gravidez, o que pode gerar estranhamento, medo de tocá-lo e dificuldade inicial de reconhecê-lo como filho (OLIVEIRA, E. T. A. et al., 2026). Andrade et al. (2024) destacam que sentimentos de ansiedade e impotência são comuns após um parto prematuro, o que reforça a importância de intervenções que aproximem os pais do bebê desde os primeiros momentos.

Compreender as particularidades do recém-nascido prematuro e de baixo peso é, portanto, fundamental para a humanização da assistência, pois permite que a equipe oriente os pais sobre as características do filho, explique as razões de cada cuidado e os ensine a interpretar os sinais do bebê. Esse conhecimento compartilhado reduz o medo, favorece a confiança e prepara a família para assumir progressivamente os cuidados, constituindo uma das bases para a construção do vínculo afetivo (TEIXEIRA et al., 2022).

2.4 Humanização da assistência: fundamentos e princípios

A humanização da assistência em saúde pode ser compreendida como um modo de cuidar que reconhece o paciente e sua família como sujeitos de direitos, valorizando suas necessidades, sentimentos, valores e saberes. A Política Nacional de Humanização, instituída

pelo Ministério da Saúde em 2003, propõe a transformação das práticas de atenção e gestão no SUS, tendo como diretrizes o acolhimento, a clínica ampliada, a cogestão, a valorização do trabalho e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013).

No contexto neonatal, a humanização assume características específicas, uma vez que o paciente é um recém-nascido que depende integralmente de outros para ter suas necessidades atendidas e cuja família vive uma situação de crise. Silva, Melo e Silva (2022) observam que a individualização do cuidado é um dos pontos centrais da humanização na UTIN, pois protocolos aplicados de maneira padronizada, sem considerar as necessidades de cada recém-nascido, podem trazer prejuízos ao seu desenvolvimento e bem-estar.

A literatura evidencia, contudo, um distanciamento entre a política e a prática. Em estudo com enfermeiros de uma UTIN do oeste do Paraná, Valtrich et al. (2026) identificaram que a PNH é pouco difundida entre os profissionais e que a humanização é aplicada de forma empírica, fundamentada na sensibilidade e na experiência individual. Achado semelhante foi descrito por Silva, Melo e Silva (2022), segundo os quais muitos profissionais declaram desconhecer o conteúdo da política, embora relatem adotar, no cotidiano, valores como respeito, dignidade e cuidado com o próximo.

Esses achados indicam que a humanização não depende apenas da existência de normas, mas da forma como elas são incorporadas à cultura institucional e à formação dos profissionais. Quando a humanização se apoia exclusivamente na boa vontade individual, torna-se vulnerável à sobrecarga de trabalho, à rotatividade das equipes e à falta de recursos, o que reforça a necessidade de estratégias institucionais e de educação permanente (VALTRICH et al., 2026).

No cuidado neonatal humanizado, a família deixa de ser vista como visitante e passa a ser reconhecida como parte da equipe de cuidado. Esse princípio, que fundamenta o chamado cuidado centrado na família, pressupõe o respeito aos valores e às escolhas dos pais, o compartilhamento de informações, a participação nas decisões e o envolvimento progressivo nos cuidados ao bebê (ALVES, T. F. et al., 2025). Trata-se, portanto, de uma mudança de paradigma que desloca o foco exclusivo da doença para a experiência integral do recém-nascido e de sua família.

2.5 O impacto emocional da internação neonatal sobre os pais

O nascimento de um filho costuma ser idealizado como um momento de alegria e de encontro. Quando o recém-nascido precisa ser internado em uma UTIN, essa expectativa é

bruscamente interrompida, dando lugar a sentimentos de medo, tristeza, culpa, insegurança e impotência. Teixeira et al. (2022) destacam que a internação do recém-nascido na UTI provoca nos pais medo, ansiedade, angústia e sensação de impotência, o que pode dificultar inclusive o relacionamento com a equipe de enfermagem.

Estudos recentes têm buscado mensurar esse sofrimento. Em pesquisa transversal com 81 mães de recém-nascidos internados em UTIN de uma maternidade pública de referência em Teresina, Oliveira, E. T. A. et al. (2026) identificaram estresse global de nível moderado, sendo a alteração do papel parental a dimensão mais estressante, classificada como muito estressante. Os itens com maior pontuação referiam-se a sentir-se incapaz de proteger o bebê da dor, sentir-se impossibilitada de ajudá-lo e estar separada do filho. Já a dimensão relacionada aos sons e imagens da unidade foi considerada a menos estressante, ainda que ver o bebê em ventilação mecânica tenha sido um dos aspectos mais difíceis.

Resultados convergentes foram encontrados por Alves, T. F. et al. (2025), que, em estudo de métodos mistos realizado em duas UTIN com pais de recém-nascidos, observaram que o domínio do papel parental apresentou a maior média de estresse, tanto nos dados quantitativos quanto nos relatos qualitativos. Esses achados demonstram que o sofrimento dos pais está menos relacionado ao ambiente tecnológico em si e mais à impossibilidade de exercer o papel de cuidadores, o que reforça a importância de práticas que devolvam aos pais a possibilidade de cuidar.

A saúde mental materna também tem sido investigada. Prampero, Rodrigues e Arenales (2024), ao avaliarem 25 mães de bebês internados em UTIN, identificaram sintomas de depressão em 28%, ansiedade-estado em 32%, ansiedade-traço em 20% e estresse em 28% das participantes, sendo que 44% apresentavam ao menos um indicador clínico de comprometimento emocional. Um dado relevante desse estudo é que não houve diferença significativa na saúde emocional materna conforme a gravidade clínica do bebê, o que indica que o sofrimento está associado à experiência da internação em si, independentemente do quadro clínico do filho.

Na perspectiva qualitativa, Dalla Costa et al. (2026) descrevem que o medo, a ansiedade e a insegurança iniciais dos pais tendem a dar lugar, gradualmente, à esperança e à gratidão ao longo da internação, à medida que se estabelece uma relação de confiança com a equipe e os pais passam a participar dos cuidados. Esse processo evidencia que o sofrimento parental não é estático e pode ser modificado pela forma como a assistência é conduzida.

Diante desses achados, compreende-se que o cuidado na UTIN precisa contemplar a saúde emocional dos pais como parte integrante da assistência. O reconhecimento precoce de sinais de sofrimento psíquico, o encaminhamento para apoio psicológico quando necessário e a criação de espaços de escuta são medidas que contribuem para que a família consiga enfrentar a internação de forma menos traumática (PRAMPERO; RODRIGUES; ARENALES, 2024).

2.6 O vínculo entre pais e bebê no contexto da UTI neonatal

O vínculo entre pais e bebê pode ser compreendido como o laço afetivo que se constrói a partir da proximidade, do contato físico, da troca de olhares, da voz e dos cuidados cotidianos. Esse processo, que se inicia ainda na gestação, é intensificado nos primeiros dias de vida, quando o contato contínuo entre mãe, pai e filho favorece o reconhecimento mútuo e a adaptação da família à nova realidade (BRASIL, 2017).

A internação na UTIN interrompe esse percurso natural. A separação física, a presença de equipamentos entre os pais e o bebê, a fragilidade aparente do recém-nascido e o receio de machucá-lo podem dificultar o toque e a aproximação. Oliveira, E. T. A. et al. (2026) mostram que a separação do filho está entre os aspectos mais estressantes vivenciados pelas mães, e que ver o bebê com agulhas, sondas e aparência de sofrimento intensifica a sensação de distanciamento.

A literatura demonstra, entretanto, que o vínculo pode ser fortalecido mesmo nesse contexto adverso, desde que os pais sejam acolhidos e estimulados a participar dos cuidados. Silva, Melo e Silva (2022) observaram que a presença da mãe na UTIN torna o ambiente mais acolhedor para o bebê e que o manejo realizado pela mãe fortalece o vínculo afetivo. Dalla Costa et al. (2026), por sua vez, relatam que o envolvimento nos cuidados diários, como a alimentação, a ordenha do leite e o toque suave, aumentou a confiança, a sensação de segurança e o vínculo dos pais com o filho.

Valtrich et al. (2026) identificaram que práticas como o contato pele a pele, a colostroterapia, o uso de ninhos e de polvos de crochê e o acesso livre dos pais durante as 24 horas fortalecem o vínculo entre mãe e bebê, mesmo diante das limitações estruturais da unidade. Esses dados reforçam que o vínculo não depende apenas do tempo de convivência, mas da qualidade das oportunidades de interação oferecidas aos pais.

O fortalecimento do vínculo durante a internação também repercute após a alta. Pais que participaram ativamente dos cuidados sentem-se mais seguros para cuidar do bebê no

domicílio, o que favorece a continuidade do aleitamento materno, a adesão ao acompanhamento de saúde e a prevenção de reinternações (TEIXEIRA et al., 2022; CAÑEDO et al., 2021). Assim, o vínculo construído na UTIN constitui um investimento no desenvolvimento futuro da criança e na saúde da família.

2.7 Acolhimento e comunicação qualificada

O acolhimento é a porta de entrada da humanização. Ele se inicia no primeiro contato dos pais com a UTIN, momento geralmente marcado por choque, medo e desorientação. Receber os pais com atenção, apresentar a equipe, explicar o funcionamento da unidade e os equipamentos conectados ao bebê e incentivar o primeiro toque são atitudes que reduzem a ansiedade inicial e favorecem a aproximação com o filho (TEIXEIRA et al., 2022).

A comunicação qualificada é apontada pelos estudos como elemento essencial da assistência humanizada. Alves, T. F. et al. (2025) identificam a comunicação eficiente, o compartilhamento da responsabilidade pelos cuidados com os pais e o respeito aos valores familiares como aspectos essenciais para a recuperação e a reabilitação do recém-nascido. Dalla Costa et al. (2026) relatam que os pais demonstraram elevada satisfação com o cuidado atencioso da equipe multiprofissional, que incluía explicações sobre o diagnóstico do bebê e apoio à família.

Teixeira et al. (2022) destacam que o enfermeiro deve atuar como educador, explicando procedimentos e diagnósticos em linguagem clara, esclarecendo dúvidas, chamando os pais e o bebê pelo nome e oferecendo materiais informativos de fácil compreensão. Esses gestos, aparentemente simples, comunicam respeito, reconhecem a identidade do recém-nascido e de sua família e contribuem para a construção de uma relação de confiança.

A comunicação também precisa ser contínua e coerente entre os diferentes membros da equipe. Informações contraditórias, ausência de profissionais nos momentos de visita ou a delegação exclusiva das notícias ao médico podem gerar insegurança e desconfiança nos pais. Por isso, é recomendável que a equipe estabeleça momentos regulares para atualizar a família sobre o estado de saúde do bebê, assegurando que os pais compreendam as informações recebidas e participem das decisões sobre o cuidado (ALVES, T. F. et al., 2025).

A experiência da pandemia de covid-19 evidenciou a importância da comunicação para a manutenção do vínculo. Diante das restrições de visita, Santana et al. (2024) descrevem estratégias adotadas pelas equipes para preservar a aproximação entre pais e bebê, como o

revezamento de visitas entre pais assintomáticos, o uso de celulares higienizados e protegidos por filme plástico para que a família pudesse ver o bebê e a realização de visitas virtuais agendadas. Essas iniciativas demonstram que, mesmo em contextos de restrição, a criatividade e o compromisso da equipe podem manter viva a conexão entre a família e o recém-nascido.

2.8 Participação dos pais nos cuidados e cuidado centrado na família

A participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido é um dos pilares do cuidado centrado na família. Ao realizarem ações como trocar fraldas, higienizar, alimentar, posicionar, acalmar e tocar o bebê, os pais deixam de ser espectadores e passam a exercer o papel de cuidadores, o que reduz a sensação de impotência e fortalece a identidade parental (DALLA COSTA et al., 2026).

Esse aspecto é especialmente relevante quando se considera que a alteração do papel parental é a principal fonte de estresse para as mães na UTIN (OLIVEIRA, E. T. A. et al., 2026; ALVES, T. F. et al., 2025). Assim, a inclusão dos pais nos cuidados atua diretamente sobre o fator que mais causa sofrimento, transformando a experiência da internação em uma oportunidade de aprendizado e de aproximação afetiva.

A participação deve ser gradual e respeitar as condições clínicas do bebê, o desejo e o preparo dos pais. Inicialmente, o toque suave e a contenção facilitada podem ser estimulados mesmo em recém-nascidos mais graves; à medida que o bebê se estabiliza, os pais podem assumir cuidados mais complexos, como a higiene, a alimentação por sonda supervisionada e o posicionamento canguru (BRASIL, 2017). O enfermeiro tem papel fundamental na orientação, no apoio e na supervisão desse processo, adaptando as ações às necessidades de cada família.

A presença contínua dos pais na unidade é condição indispensável para essa participação. O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 12, com redação dada pela Lei nº 13.257/2016, determina que os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990). Valtrich et al. (2026) identificaram que o acesso livre dos pais durante 24 horas constitui uma das práticas que fortalecem o vínculo entre mãe e bebê.

Há, contudo, desafios para garantir essa permanência. Muitas famílias residem em outros municípios, enfrentam dificuldades financeiras para o deslocamento, precisam cuidar de outros filhos ou retornar ao trabalho. Dalla Costa et al. (2026) observaram, ainda, que os pais

manifestaram insatisfação com as visitas de familiares ampliados, por percebê-las como risco à recuperação do recém-nascido, o que indica a necessidade de estabelecer, junto à família, regras claras e flexíveis que conciliem a presença da rede de apoio com a segurança do bebê.

O apoio entre pais que vivenciam a mesma experiência também se mostra relevante. Após a alta, os pais valorizaram o compartilhamento de experiências com outras famílias, que proporcionou suporte emocional e a sensação de não estarem sozinhos (DALLA COSTA et al., 2026). Grupos de pais, rodas de conversa e espaços de convivência na unidade podem, assim, ser incorporados como estratégias de humanização, favorecendo a troca de saberes e o fortalecimento emocional da família.

2.9 Apoio emocional e rede de suporte à família

A internação neonatal afeta toda a dinâmica familiar. Além do sofrimento relacionado ao estado de saúde do bebê, os pais precisam reorganizar a rotina, lidar com o afastamento do trabalho, cuidar de outros filhos e, muitas vezes, deslocar-se diariamente entre o domicílio e o hospital. Esse conjunto de demandas pode sobrecarregar emocional e financeiramente a família, tornando indispensável a oferta de apoio por parte da equipe e dos serviços de saúde (ALVES, T. F. et al., 2025).

O apoio emocional deve integrar o plano de cuidado desde a admissão do recém-nascido. A escuta qualificada, a disponibilidade da equipe para acolher dúvidas e angústias e a validação dos sentimentos dos pais contribuem para que a família se sinta amparada. Prampero, Rodrigues e Arenales (2024) recomendam atenção especial à saúde emocional das mães de bebês internados, independentemente da gravidade clínica do filho, uma vez que sintomas de ansiedade, depressão e estresse foram identificados mesmo entre mães de bebês com quadros menos graves.

A atuação integrada da equipe multiprofissional, com a participação de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, amplia as possibilidades de suporte à família. O psicólogo pode oferecer acompanhamento aos pais em sofrimento; o assistente social pode orientar sobre direitos, benefícios e recursos de apoio ao deslocamento e à permanência; e a equipe de enfermagem, pela proximidade cotidiana, pode identificar precocemente sinais de esgotamento e mobilizar os demais profissionais (BRASIL, 2017).

A rede de apoio familiar e social também exerce papel relevante. A presença de avós, irmãos e outros familiares pode oferecer conforto e suporte prático aos pais, desde que organizada de forma compatível com a segurança do bebê e com as preferências da família. Dalla Costa et al. (2026) observaram que o compartilhamento de experiências com outros pais proporcionou suporte emocional e a sensação de não estarem sozinhos, o que evidencia o potencial de grupos de apoio e de espaços de convivência nas unidades neonatais.

A espiritualidade e a esperança são, igualmente, recursos utilizados pelas famílias para enfrentar a internação. O respeito às crenças e aos valores dos pais, previsto entre os princípios do cuidado centrado na família, favorece a construção de uma relação de confiança e reconhece a família em sua singularidade (ALVES, T. F. et al., 2025). Assim, o apoio emocional não se limita a intervenções especializadas, mas permeia todas as interações entre a equipe e a família ao longo da internação.

2.10 A participação paterna na UTI neonatal

Embora o vínculo entre pais e bebê envolva tanto a mãe quanto o pai, a literatura revela que a figura paterna ainda ocupa posição secundária nas práticas assistenciais da UTIN. Em estudo com a equipe de enfermagem, Afonso, Francisco e Castro (2021) identificaram que os profissionais tendem a compreender a família como a díade mãe-filho, mencionando a mãe em primeiro lugar e limitando o envolvimento ativo do pai nos cuidados ao recém-nascido.

Os mesmos autores, entretanto, relatam que a equipe reconhece benefícios importantes da presença paterna, como bebês mais calmos, fortalecimento do vínculo entre pai e filho e efeitos positivos da voz e do toque paterno, incluindo melhor ganho de peso e menos dor. O Método Canguru e a realização de cuidados práticos, como alimentar, trocar e higienizar o bebê, foram apontados como as principais formas de inserir o pai no cuidado (AFONSO; FRANCISCO; CASTRO, 2021).

Diversas barreiras dificultam a participação paterna, entre elas a curta duração da licença-paternidade prevista na legislação brasileira, as visitas breves ou pouco frequentes, a ansiedade diante de um ambiente desconhecido e a ausência de incentivo institucional (AFONSO; FRANCISCO; CASTRO, 2021). Os autores concluem que a concepção de paternidade presente na equipe ainda é ultrapassada e reforça o estigma do pai como cuidador secundário, recomendando ações de educação permanente e a elaboração de protocolos que favoreçam o engajamento paterno.

Incluir o pai no cuidado neonatal não apenas fortalece o vínculo com o bebê, mas também oferece suporte à mãe, divide responsabilidades e contribui para a construção de uma parentalidade compartilhada. Dessa forma, a humanização da assistência deve reconhecer a família em sua diversidade, acolhendo o pai, a mãe e outras figuras de referência como sujeitos ativos no cuidado ao recém-nascido.

2.11 O Método Canguru: histórico, fundamentos e etapas

O Método Canguru teve origem em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, na Colômbia, como alternativa para enfrentar a superlotação das unidades neonatais, a escassez de incubadoras e as elevadas taxas de infecção hospitalar, propondo que as mães mantivessem seus bebês prematuros em contato pele a pele, em posição vertical, junto ao tórax (BRASIL, 2017). No Brasil, o método foi incorporado como política pública de saúde por meio da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, inicialmente publicada em 2000 e atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007).

No modelo brasileiro, o Método Canguru é compreendido de forma mais ampla do que a simples posição canguru. Trata-se de um modelo de atenção perinatal voltado ao cuidado humanizado, que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial e se fundamenta no acolhimento ao bebê e à sua família, no respeito às individualidades, na promoção do contato pele a pele o mais precocemente possível e no envolvimento da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2017). Andrade et al. (2024) sintetizam o método em três pilares: o contato pele a pele, a participação da família e o apoio da equipe multiprofissional.

O método é desenvolvido em três etapas. A primeira etapa inicia-se no pré-natal da gestação de alto risco e se estende ao parto e à internação do recém-nascido na UTIN ou na UCINCo, período em que se busca o acolhimento dos pais, o livre acesso à unidade, o estímulo ao toque e, assim que possível, a realização da posição canguru. A segunda etapa ocorre na UCINCa, onde a mãe permanece de forma contínua com o bebê, praticando a posição canguru pelo maior tempo possível e assumindo progressivamente os cuidados. A terceira etapa começa após a alta hospitalar e consiste no acompanhamento ambulatorial e na atenção básica até que o bebê atinja o peso de 2.500 gramas (BRASIL, 2017).

A terceira etapa representa um desafio para a continuidade do cuidado. Reichert et al. (2021), em estudo com mães e profissionais da atenção primária, identificaram conhecimento

limitado sobre o método, muitas vezes reduzido à posição canguru, ausência de capacitação dos profissionais da atenção primária, comunicação frágil entre o hospital e a rede básica, escassez de visitas domiciliares e foco do acompanhamento restrito ao crescimento e desenvolvimento. Os autores recomendam a capacitação das equipes, a corresponsabilização entre hospital e atenção primária e a melhoria da comunicação no momento da alta.

Apesar dessas dificuldades, a experiência das famílias no domicílio tende a ser positiva. Cañedo et al. (2021) observaram que os pais mantiveram a posição canguru em casa após a alta, cada família à sua maneira, sem interromper a prática, e que, apesar dos desafios cotidianos, compreendiam claramente a importância do método para o recém-nascido prematuro ou de baixo peso. Esse dado evidencia que, quando bem orientados durante a internação, os pais incorporam o método à rotina familiar, prolongando seus benefícios para além do ambiente hospitalar.

2.12 Contribuições do Método Canguru para o vínculo e o aleitamento materno

O Método Canguru é apontado de forma consistente pela literatura como a principal estratégia de humanização na atenção neonatal, por seus efeitos sobre o bebê, os pais e o aleitamento materno. Em relação ao recém-nascido, Andrade et al. (2024) descrevem benefícios como a estabilidade da temperatura corporal, a regularidade das frequências cardíaca e respiratória, a melhor oxigenação, o ganho de peso e o melhor desenvolvimento neurológico, além da redução do estresse e da dor e do aumento da sensação de segurança.

No que se refere à família, a posição canguru proporciona um contato íntimo e prolongado entre os pais e o bebê, permitindo que a mãe e o pai sintam o calor, a respiração e os movimentos do filho, o que favorece o reconhecimento mútuo e o fortalecimento do vínculo afetivo. Andrade et al. (2024) relatam que os pais que assumem papel ativo no cuidado referem vínculo mais forte e menos ansiedade e sentimentos de impotência, que são comuns após um parto prematuro.

O Método Canguru também exerce influência importante sobre o aleitamento materno. Aguiar et al. (2025) destacam que, quando realizada corretamente, a posição canguru está associada a maior adesão e manutenção da amamentação, menor ocorrência de desmame precoce, melhor sucção e maior produção de leite. Para a mãe, a prática relaciona-se a maior produção láctea, facilidade na pega e prevenção de complicações mamárias. Os autores

ressaltam, ainda, que a continuidade do método no domicílio favorece o vínculo entre pais e bebê e a manutenção do aleitamento.

A relação entre o Método Canguru e o aleitamento materno reforça o caráter integrado do cuidado humanizado. O contato pele a pele estimula a produção de leite e a disposição da mãe para amamentar; a amamentação, por sua vez, intensifica a proximidade entre mãe e filho e contribui para a recuperação do bebê. Esse ciclo positivo depende, contudo, do apoio da equipe de saúde, que deve orientar a ordenha, a técnica de amamentação e a transição da alimentação por sonda para o seio materno (AGUIAR et al., 2025; BRASIL, 2017).

Do ponto de vista da equipe, Silva, Melo e Silva (2022) apontam que o Método Canguru e outras práticas, como as redes nas incubadoras, trouxeram benefícios aos recém-nascidos. Valtrich et al. (2026), por sua vez, incluem o contato pele a pele e a colostroterapia entre as práticas humanizadas que fortalecem o vínculo mãe-bebê. Esses achados demonstram que o método é reconhecido pelos profissionais como recurso terapêutico e relacional, e não apenas como uma técnica de posicionamento.

Andrade et al. (2024) alertam, entretanto, que a adoção do método pode ser limitada pela falta de infraestrutura em algumas UTIN, pela necessidade de capacitação das equipes, pela resistência de alguns profissionais e pelas condições clínicas do recém-nascido, defendendo o fortalecimento de políticas públicas e do apoio institucional para superar essas barreiras. Assim, a efetividade do Método Canguru depende de um compromisso coletivo da instituição, da equipe e da gestão.

2.13 Aleitamento materno e ordenha do leite como estratégias de vínculo

O aleitamento materno ocupa lugar de destaque no cuidado humanizado ao recém-nascido internado, por seus benefícios nutricionais, imunológicos e afetivos. Para muitos bebês prematuros, contudo, a amamentação direta ao seio não é possível nos primeiros dias ou semanas de vida, em razão da imaturidade da sucção, da coordenação entre sucção, deglutição e respiração e das condições clínicas que exigem alimentação por sonda. Nesse período, a ordenha do leite materno e sua oferta ao bebê constituem formas importantes de manter a mãe envolvida no cuidado (BRASIL, 2017).

Dalla Costa et al. (2026) identificaram que a participação dos pais em atividades como a alimentação e a ordenha do leite aumentou sua confiança e a sensação de segurança, além de fortalecer o vínculo com o filho. Ao oferecer o próprio leite, ainda que por meio de uma sonda,

a mãe reconhece-se como provedora de cuidado e participa ativamente da recuperação do bebê, o que contribui para reduzir os sentimentos de impotência e de culpa frequentemente relatados.

A colostroterapia, mencionada por Valtrich et al. (2026) entre as práticas humanizadas que fortalecem o vínculo entre mãe e bebê, permite que o recém-nascido receba o colostro desde os primeiros dias, mesmo quando ainda não pode ser alimentado por via oral. Associada ao contato pele a pele, essa prática estimula a produção láctea e prepara a transição para a amamentação ao seio (AGUIAR et al., 2025).

A manutenção da lactação durante a internação, entretanto, representa um desafio para muitas mães, que enfrentam cansaço, estresse, distância do bebê e dificuldades para realizar a ordenha com a frequência necessária. O apoio da equipe de enfermagem, com orientações sobre a técnica de ordenha, o armazenamento do leite, o posicionamento do bebê e a pega correta, é decisivo para o sucesso do aleitamento. Aguiar et al. (2025) destacam que orientações claras da equipe multiprofissional estão associadas a maior número de prematuros que iniciam a amamentação antes da alta.

Dessa forma, o incentivo ao aleitamento materno na UTIN deve ser compreendido não apenas como uma medida nutricional, mas como uma estratégia de humanização que integra a mãe ao cuidado, fortalece o vínculo afetivo e contribui para a continuidade do cuidado após a alta. A articulação entre o Método Canguru, a ordenha, a colostroterapia e o apoio profissional potencializa esses benefícios, favorecendo uma experiência de amamentação mais segura e satisfatória para a mãe e o bebê (AGUIAR et al., 2025; BRASIL, 2017).

2.14 Preparo para a alta hospitalar e continuidade do cuidado

O preparo para a alta hospitalar é parte essencial da humanização da assistência neonatal e deve ser iniciado desde a admissão do recém-nascido, e não apenas nos dias que antecedem a saída da unidade. Teixeira et al. (2022) defendem que a preparação da família ocorra de forma contínua ao longo da internação, uma vez que a confiança construída nesse período sustenta a segurança dos pais para cuidar do bebê no domicílio.

Durante a internação, os pais devem ser orientados e treinados para realizar os cuidados que serão necessários em casa, como a higiene, a amamentação ou a alimentação complementar, a administração de medicamentos, a manutenção da posição canguru, o reconhecimento de sinais de alerta e a organização do acompanhamento ambulatorial. Quanto maior a participação

dos pais nos cuidados durante a internação, maior tende a ser sua autonomia e tranquilidade após a alta (DALLA COSTA et al., 2026).

A continuidade do cuidado após a alta depende da articulação entre o hospital, o ambulatório de seguimento e a atenção primária à saúde. No Método Canguru, essa continuidade corresponde à terceira etapa, que prevê o acompanhamento do bebê e da família até que a criança atinja 2.500 gramas (BRASIL, 2017). Reichert et al. (2021) identificaram, entretanto, fragilidades nessa transição, como a ausência de contrarreferência, a escassez de visitas domiciliares e o desconhecimento do método pelos profissionais da atenção primária, o que pode comprometer os benefícios obtidos durante a internação.

Por outro lado, Cañedo et al. (2021) evidenciaram que os pais mantêm a posição canguru no domicílio e se adaptam à nova rotina de cuidados, demonstrando satisfação com o acompanhamento ambulatorial da terceira etapa. Esses achados reforçam que o vínculo e a segurança construídos na UTIN se prolongam no ambiente familiar quando os pais recebem orientação adequada e acompanhamento contínuo.

Assim, a humanização da assistência neonatal não se encerra com a alta hospitalar. A elaboração de planos de alta individualizados, a comunicação efetiva entre os serviços, a realização de visitas domiciliares e a oferta de canais de contato para esclarecimento de dúvidas são estratégias que garantem a continuidade do cuidado e favorecem a consolidação do vínculo entre pais e bebê no domicílio (REICHERT et al., 2021).

2.15 Práticas humanizadas no ambiente da UTI neonatal

Além do Método Canguru, a humanização da UTIN envolve um conjunto de práticas voltadas ao conforto e ao desenvolvimento do recém-nascido, que também favorecem a aproximação dos pais. Entre elas, destacam-se o controle de ruídos e luminosidade, o agrupamento dos cuidados para preservar o sono, o posicionamento adequado com o uso de ninhos e rolos, a contenção facilitada e o manejo não farmacológico da dor, como a sucção não nutritiva e o contato pele a pele (BRASIL, 2017).

Silva, Melo e Silva (2022) identificaram, em revisão integrativa, o uso de redes nas incubadoras e de polvos de crochê como estratégias de humanização. Os autores observaram que as redes beneficiaram os recém-nascidos, enquanto o uso do polvo, em um estudo com dez bebês, não alterou de forma significativa a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a

saturação de oxigênio. Esse resultado indica que algumas práticas difundidas nas unidades ainda carecem de evidências robustas, o que exige avaliação crítica e cautela em sua adoção.

A colostroterapia, que consiste na administração de pequenas quantidades de colostro na cavidade oral do recém-nascido, foi citada por Valtrich et al. (2026) entre as práticas que fortalecem o vínculo, por envolver diretamente a mãe na oferta do seu leite ao filho, mesmo quando o bebê ainda não pode ser amamentado. Práticas como essa demonstram que é possível incluir a família no cuidado desde os primeiros dias de internação.

Valtrich et al. (2026) relatam, ainda, que recursos como ninhos e brinquedos terapêuticos muitas vezes são obtidos por meio de doações, o que revela a fragilidade do financiamento das ações de humanização e a dependência da iniciativa individual das equipes. A institucionalização dessas práticas, com previsão de recursos e protocolos, é fundamental para que a humanização deixe de ser exceção e se torne parte da rotina assistencial.

2.16 O papel da enfermagem e a capacitação profissional

A equipe de enfermagem ocupa posição central na humanização da assistência neonatal. Por permanecer ao lado do recém-nascido durante todo o período de internação, a enfermagem é o principal elo entre o bebê e seus pais, cabendo-lhe acolher, orientar, apoiar e incluir a família nos cuidados (TEIXEIRA et al., 2022). Santana et al. (2024) descrevem o enfermeiro como mediador entre a família e a equipe, responsável por avaliar as necessidades familiares e elaborar planos de cuidado que contemplem tanto o recém-nascido quanto seus pais.

Teixeira et al. (2022) observam que as ações de enfermagem podem estimular o vínculo entre pais e bebê, mas que a inclusão da família ainda é incompleta, em parte devido aos horários padronizados de visita. Os autores defendem que o preparo da família deve começar na admissão e prosseguir até a alta, uma vez que a confiança construída durante a internação sustenta a segurança dos pais para cuidar do bebê em casa. Recomendam, também, a sistematização da assistência de enfermagem com inclusão da família, por meio de oficinas, encontros em grupo e ações de sensibilização.

A capacitação profissional é condição indispensável para a efetivação da humanização. Valtrich et al. (2026) identificaram que os treinamentos institucionais se concentram em temas técnicos, como higienização das mãos e manuseio do recém-nascido, com pouca atenção às dimensões relacionais e afetivas do cuidado. Reichert et al. (2021) apontam a ausência de capacitação dos profissionais da atenção primária sobre o Método Canguru, e Afonso, Francisco

e Castro (2021) recomendam educação permanente para superar concepções ultrapassadas sobre a participação paterna.

A educação permanente deve abordar, além dos conteúdos técnicos, temas como comunicação de notícias difíceis, acolhimento de famílias em sofrimento, cuidado centrado na família, Método Canguru, aleitamento materno e cuidado ao desenvolvimento. A formação contínua permite que os profissionais compreendam a humanização como competência profissional, e não apenas como atributo pessoal, contribuindo para a qualidade e a continuidade da assistência (VALTRICH et al., 2026).

É necessário reconhecer, ainda, que o cuidado humanizado também depende do bem-estar de quem cuida. Santana et al. (2024) relatam que muitos enfermeiros se sentem despreparados para lidar com o óbito neonatal e vivenciam sentimentos de culpa, impotência e frustração, defendendo a criação de espaços para que as equipes expressem suas emoções. Valtrich et al. (2026) destacam que a sobrecarga de trabalho afeta o bem-estar dos enfermeiros e, consequentemente, a qualidade do cuidado. Assim, humanizar a assistência implica também humanizar as condições de trabalho dos profissionais.

2.17 Humanização em situações de crise: pandemia e óbito neonatal

Situações de crise colocam à prova a capacidade das equipes de manter a humanização da assistência. A pandemia de covid-19 impôs restrições rigorosas ao acesso dos pais às unidades neonatais, com exigência de higienização das mãos, uso de máscaras e aventais, limitação de visitas e protocolos variáveis entre as instituições (SANTANA et al., 2024). Essas medidas, necessárias para a proteção dos recém-nascidos e das equipes, intensificaram a separação entre pais e bebês e o sofrimento das famílias.

Mesmo nesse cenário, Santana et al. (2024) destacam que a presença dos pais continuou sendo reconhecida como importante para o bebê, e que estratégias foram adotadas para preservar o vínculo, como o revezamento de visitas, o uso de celulares para que a família pudesse ver o filho e as visitas virtuais agendadas. Os autores relatam, ainda, que o contato pele a pele foi mantido para mães assintomáticas e sem exposição próxima ao vírus, e que mães infectadas poderiam continuar amamentando com reforço das medidas de higiene, desde que ambas estivessem em boas condições clínicas.

Outra situação de crise vivenciada nas unidades neonatais é o óbito do recém-nascido. A perda de um filho no período neonatal representa uma das experiências mais dolorosas para

a família, e a forma como a equipe conduz esse momento pode influenciar o processo de luto dos pais. A humanização, nesse contexto, envolve a comunicação cuidadosa, a possibilidade de os pais permanecerem com o bebê, de segurá-lo no colo e de se despedirem, bem como o encaminhamento para apoio psicológico.

Santana et al. (2024) observaram que muitos enfermeiros se sentem despreparados para lidar com o óbito neonatal, transferindo essa responsabilidade a médicos ou psicólogos e vivenciando sentimentos de culpa, impotência, frustração e, em alguns casos, sintomas depressivos. Esse achado evidencia a necessidade de incluir o cuidado em situações de perda nos processos de formação das equipes e de oferecer espaços de apoio emocional aos profissionais, de modo que possam acolher as famílias sem comprometer a própria saúde mental.

2.18 Desafios e barreiras para a humanização

Apesar dos avanços, a literatura identifica obstáculos importantes à implementação da humanização na UTIN. Entre os principais, destacam-se a sobrecarga de trabalho, a escassez de profissionais, a falta de estrutura física e de recursos materiais, a rotatividade das equipes e o desconhecimento das políticas de humanização (SILVA, P. M. S.; MELO; SILVA, L. F., 2022; VALTRICH et al., 2026).

A estrutura física das unidades nem sempre favorece a permanência dos pais. A ausência de poltronas adequadas para a posição canguru, de espaços de descanso, de alojamento para mães e pais e de áreas de convivência dificulta a presença contínua da família. Andrade et al. (2024) mencionam a falta de infraestrutura como uma das barreiras para a adoção do Método Canguru, e Valtrich et al. (2026) relatam espaço físico limitado como obstáculo ao acolhimento da família.

Barreiras culturais e organizacionais também estão presentes. A resistência de alguns profissionais à presença constante dos pais, o receio de que a família interfira nas rotinas e a manutenção de horários restritos de visita refletem um modelo de cuidado ainda centrado na doença e na equipe (TEIXEIRA et al., 2022; ANDRADE et al., 2024). Silva, Melo e Silva (2022) observam, inclusive, que o manejo do bebê pela mãe pode gerar desconforto em alguns profissionais, o que demonstra a necessidade de diálogo e de sensibilização das equipes.

No plano das políticas e da rede de atenção, a fragilidade da articulação entre o hospital e a atenção primária compromete a continuidade do cuidado após a alta, especialmente na terceira etapa do Método Canguru (REICHERT et al., 2021). A superação dessas barreiras exige

investimentos em infraestrutura, dimensionamento adequado das equipes, educação permanente e fortalecimento da comunicação entre os diferentes níveis de atenção.

2.19 Políticas públicas de humanização neonatal

O Brasil dispõe de um conjunto relevante de políticas e normas voltadas à humanização da atenção neonatal. A Política Nacional de Humanização, instituída em 2003, estabelece princípios e diretrizes que orientam as práticas de atenção e gestão em todo o SUS, incluindo o acolhimento, a ambiência e a valorização dos usuários e trabalhadores (BRASIL, 2013). A Portaria GM/MS nº 1.683/2007 aprovou as normas de orientação para a implantação do Método Canguru, consolidando-o como política pública de atenção ao recém-nascido de baixo peso (BRASIL, 2007).

A Portaria nº 930/2012, por sua vez, definiu as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, estabelecendo critérios para a classificação e habilitação dos leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa e incorporando a perspectiva do cuidado humanizado à organização dos serviços (BRASIL, 2012). O Manual Técnico do Método Canguru, em sua terceira edição, detalha as práticas de cuidado, as etapas do método e o papel da equipe e da família, servindo de referência para a capacitação dos profissionais (BRASIL, 2017).

No campo dos direitos, o Estatuto da Criança e do Adolescente garante a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação da criança, inclusive em unidades neonatais e de terapia intensiva, conforme a redação dada pela Lei nº 13.257/2016, conhecida como Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 1990). Esse dispositivo legal reforça que a presença da família não é uma concessão da instituição, mas um direito da criança e de seus pais.

A existência dessas normas, contudo, não assegura por si só a humanização do cuidado. Os estudos analisados demonstram que a efetivação das políticas depende de sua difusão entre os profissionais, da disponibilidade de recursos, da adequação da estrutura física e do compromisso das gestões locais (VALTRICH et al., 2026; REICHERT et al., 2021). Nesse sentido, o fortalecimento das políticas públicas de humanização neonatal passa pela formação dos profissionais, pelo monitoramento da implantação do Método Canguru e pela ampliação de estruturas de apoio à permanência das famílias nas unidades.

2.20 Limitações da literatura e perspectivas futuras

A análise da produção científica evidencia algumas limitações. Grande parte dos estudos nacionais é composta por pesquisas qualitativas realizadas em uma única instituição, com amostras reduzidas, e por revisões de literatura, o que limita a generalização dos achados (DALLA COSTA et al., 2026; VALTRICH et al., 2026). Além disso, os estudos transversais sobre estresse e saúde emocional materna não permitem estabelecer relações de causalidade, e há escassez de pesquisas que acompanhem os pais e os bebês após a alta (OLIVEIRA, E. T. A. et al., 2026; PRAMPERO; RODRIGUES; ARENALES, 2024).

Observa-se também a predominância de estudos centrados na figura materna, com menor número de investigações sobre a experiência paterna e de outros membros da família. Como perspectivas futuras, destacam-se a necessidade de estudos longitudinais que avaliem os efeitos das práticas humanizadas sobre o vínculo e o desenvolvimento infantil, de pesquisas sobre a participação paterna, de avaliações da implantação das três etapas do Método Canguru e de investigações sobre a efetividade de programas de educação permanente para as equipes de enfermagem (AFONSO; FRANCISCO; CASTRO, 2021; REICHERT et al., 2021).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão permitiu analisar a contribuição da humanização da assistência na UTI Neonatal para o fortalecimento do vínculo entre pais e bebê, confirmando que a internação neonatal representa uma experiência de intenso sofrimento para a família, marcada por medo, ansiedade, insegurança e sensação de impotência. Os estudos analisados demonstram que a principal fonte de estresse dos pais está relacionada à alteração do papel parental e à separação do filho, mais do que ao ambiente tecnológico da unidade, o que evidencia a importância de práticas que devolvam aos pais a possibilidade de cuidar.

Verificou-se que o acolhimento, a comunicação qualificada e a participação dos pais nos cuidados constituem pilares da assistência humanizada, capazes de reduzir o sofrimento emocional, fortalecer a confiança parental e favorecer a aproximação afetiva com o recém-nascido. O envolvimento em ações como o toque, a alimentação, a higiene e a ordenha do leite transforma a experiência da internação em oportunidade de aprendizado e de construção do vínculo, com repercussões positivas sobre a segurança dos pais para cuidar do bebê após a alta.

O Método Canguru destacou-se como a principal estratégia de humanização neonatal, ao promover o contato pele a pele, o aleitamento materno e a participação ativa da mãe e do pai,

com benefícios fisiológicos para o recém-nascido e emocionais para a família. Evidenciou-se, ainda, a necessidade de valorizar a participação paterna, historicamente secundarizada nas práticas assistenciais, e de fortalecer a continuidade do cuidado na terceira etapa do método, por meio da articulação entre o hospital e a atenção primária.

Constatou-se, por outro lado, que a humanização ainda enfrenta barreiras importantes, como a sobrecarga de trabalho, a limitação da estrutura física, as restrições de visita, o desconhecimento das políticas e a capacitação insuficiente das equipes. Nesse sentido, a enfermagem, por sua presença contínua junto ao recém-nascido e à família, ocupa posição estratégica, sendo fundamental investir em sua formação permanente, abrangendo tanto as competências técnicas quanto as dimensões relacionais e afetivas do cuidado, bem como em condições de trabalho que preservem o bem-estar dos profissionais.

Destacou-se, também, que a humanização deve estar presente em todas as fases da internação, desde o acolhimento inicial até o preparo para a alta, incluindo o apoio emocional à família, o incentivo ao aleitamento materno e à ordenha do leite, a adequação do ambiente às necessidades do recém-nascido e o cuidado em situações de crise, como as restrições impostas pela pandemia e o óbito neonatal. A continuidade do cuidado após a alta, por meio da articulação entre o hospital e a atenção primária, mostrou-se fundamental para que o vínculo e a segurança construídos na UTIN se consolidem no ambiente familiar.

Conclui-se que a humanização da assistência na UTI Neonatal contribui de forma significativa para reduzir o sofrimento emocional da família e fortalecer o vínculo entre pais e bebê, favorecendo um cuidado neonatal mais acolhedor e centrado na família. Para que essa contribuição se concretize em todos os serviços, é indispensável o fortalecimento das políticas públicas de humanização neonatal, com investimentos em infraestrutura, dimensionamento adequado das equipes e educação permanente. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais e de pesquisas que contemplem a experiência paterna, de modo a ampliar o conhecimento sobre os efeitos das práticas humanizadas no vínculo familiar e no desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Gustavo Assis; FRANCISCO, Nycolas Ferreira Xavier; CASTRO, Rosane Belo Carvalho de. Participação paterna na unidade de terapia intensiva neonatal segundo a concepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 10, n. 2, p. 225-232, 2021. DOI: https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i2.3815.

AGUIAR, Bethânia de Sousa et al. Benefícios do método canguru no estímulo ao aleitamento materno em recém-nascidos: revisão integrativa. **Revista Cereus**, Gurupi, v. 16, n. 4, p. 334-344, 2025. DOI: https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v16n4p334-344.

ALVES, Thauana Ferreira et al. Contextos de estresse parental na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 25, n. 50, e14950, 2025. DOI: https://doi.org/10.21527/2176-7114.2025.50.14950.

ANDRADE, Mariana Carriço de et al. Impactos positivos do método canguru em bebês prematuros: revisão integrativa. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 3, n. 2, p. 1855-1863, 2024. DOI: https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.236.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Redação do art. 12 dada pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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 (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização – PNH**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido**: Método Canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAÑEDO, Mayara Carolina et al. "Vou para casa. E agora?" A difícil arte do Método Canguru no domicílio. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, e52, 2021. DOI: https://doi.org/10.5902/2179769263253.

DALLA COSTA, Lediana et al. Percepções de pais sobre a assistência durante internação de filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 27, e96485, 2026. DOI: https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796485.

OLIVEIRA, Emanuel Thomaz de Aquino et al. Nível e dimensões do estresse de mães de recém-nascidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 27, e96457, 2026. DOI: https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796457.

PRAMPERO, Maithê Cristhine; RODRIGUES, Olga Maria Piazentin Rolim; ARENALES, Nadja Guazzi. Saúde emocional materna e o estado de saúde de bebês internados em UTI neonatal. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 17, n. 2, 2024.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva et al. Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20200077, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0077.

SANTANA, Layla Cristina Batista et al. O papel do enfermeiro na UTI neonatal durante a pandemia COVID-19. **Revista Pró-univerSUS**, Vassouras, v. 15, n. 2, p. 104-113, maio/jul. 2024. DOI: https://doi.org/10.21727/rpu.15i2.3133.

SILVA, Pollianna Marys de Souza e; MELO, Rayza Helene Batista de; SILVA, Larissa Fernandes. Informação em saúde: práticas de humanização em UTI neonatal e seus impactos a partir das rotinas e condutas na recuperação dos recém-nascidos. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**, Fortaleza, v. 7, n. especial III, p. 129-142, fev. 2022.

TEIXEIRA, Leandro Barbosa et al. Ações de enfermagem na construção de uma relação humanizada com pais de recém-nascidos internados em UTI neonatal. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 3, e331218, 2022. DOI: https://doi.org/10.47820/recima21.v3i3.1218.

TORRES, Elda Carla Costa et al. O enfermeiro diante das principais intercorrências na Unidade Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 24, e17999, 2024. DOI: https://doi.org/10.25248/reaenf.e17999.2024.

VALTRICH, Barbara Chastalo et al. A humanização sob a óptica de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 30, n. 3, p. 1262-1277, 2026. DOI: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v30i3.2026-12557.