

**Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática**

**Care practices favoring integral care to high-risk newborns: a systematic review**

**Prácticas cuidadoras que favorecen la atención integral del recién nacido de alto riesgo: revisión sistemática**

Elysangela Dittz Duarte<sup>I</sup>, Roseni Rosângela de Sena<sup>II</sup>, Tatiana Silva Tavares<sup>III</sup>

<sup>I</sup> Enfermeira. Doutora em saúde da criança e do adolescente. Profa. Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: [dittzduarte@ig.com.br](mailto:dittzduarte@ig.com.br).

<sup>II</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Emérita, Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: [rosenisena@uol.com.br](mailto:rosenisena@uol.com.br).

<sup>III</sup> Aluna do curso de Graduação em Enfermagem, bolsista PIBIC/CNPq, UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: [tatianasilvatavares@yahoo.com.br](mailto:tatianasilvatavares@yahoo.com.br).

**RESUMO**

A busca de um cuidado que contemple as dimensões biopsicossociais do recém-nascido, não limitadas às que garantem a sua sobrevivência, tem sido promovida através de diferentes práticas que consideramos serem favorecedoras da integralidade. Neste estudo realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática com o objetivo de identificar práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco. A busca foi realizada nas bases de dados BDNF, LILACS, MEDLINE, PAHO, WHOLIS e BVS INTEGRALIDADE, utilizando-se os indexadores Cuidados Integrados de Saúde, Neonatologia, Recém-nascido e Unidades de terapia intensiva neonatal, no período de 1988 a 2009. Foram selecionadas 17 publicações, em inglês, português e espanhol. Os resultados foram agrupados nas categorias: cuidado centrado no recém-nascido e na família, trabalho em equipe multiprofissional, participação da mãe e dos familiares no cuidado ao recém-nascido e continuidade da assistência. Concluiu-se que iniciativas são tomadas para possibilitar um cuidado integral mas que, para construção da integralidade da assistência ao neonato de risco, ainda existem dificuldades a serem superadas, principalmente em relação à ampliação do foco do cuidado e à reorganização do processo de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

**Descritores:** Cuidados Integrados de Saúde; Neonatologia; Recém-nascido; Unidades de terapia intensiva neonatal.

**ABSTRACT**

The search of a care that contemplates biological, psychic and social dimensions of the newborns has been promoted through different practical that we consider to be supporters of the integrality of health care. A systematic literature review was carried out with the goal of identifying practices that favor the integrality of health care to high-risk newborns. A search was carried out in the databases BDNF, LILACS, MEDLINE, PAHO, WHOLIS and BVS INTEGRALIDADE, using the indexers Comprehensive Health Care, Neonatology, Newborn and Intensive Care Units, Neonatal, in the period between 1988 and 2009. Seventeen publications in English, Spanish and Portuguese were selected. Results were grouped in the following categories: newborn and family-focused care, multiprofessional teamwork, participation of the mother and the family members in newborn care and continuity of care. The conclusion was that initiatives are taken to make integral care possible; nevertheless, there are still hurdles to be overcome in order to build true integral assistance to high-risk newborns, especially with regards to widening care focus and reorganizing the work process in Neonatal Intensive Care Units.

**Descriptors:** Comprehensive Health Care; Neonatology; Newborn; Intensive Care Units, Neonatal.

**RESUMEN**

La búsqueda de un cuidado que contemple dimensiones biológicas, psíquicas y sociales del recién nacido no limitadas a las que garanten su sobrevivencia, tienen sido promovidas a través de diferentes prácticas que consideramos ser partidarios de la integralidad de la atención. Revisión bibliográfica sistemática con el propósito de identificar prácticas cuidadoras que favorecen la integralidad de la atención al recién nacido de alto riesgo. La búsqueda fue realizada en las bases de datos BDNF, LILACS, MEDLINE, PAHO, WHOLIS y BVS INTEGRALIDADE empleando los indexadores Atención Integral de Salud, Neonatología, Recién Nacido e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal en el periodo entre 1988 y 2009. Fueron seleccionadas 17 publicaciones en inglés, portugués y español. Los resultados se agruparon en las siguientes categorías: cuidado centrado en el recién nacido y en la familia, trabajo en equipo multiprofesional, participación de la madre y de los familiares en la atención al recién nacido y continuidad de la asistencia. Se llegó a la conclusión de que para construir la integralidad de la asistencia al recién nacido de riesgo aún deben superarse algunas dificultades vinculadas con la ampliación del foco del cuidado y con la reorganización del proceso de trabajo.

**Descriptor:** Atención Integral de Salud; Neonatología; Recién nacido; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

## INTRODUÇÃO

A necessidade de aparatos tecnológicos para a assistência aos neonatos de risco torna necessária a internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A UTIN é um espaço assistencial que concentra alta tecnologia e onde se tem a atuação ininterrupta de profissionais de diversas categorias com qualificação técnica e científica. São inegáveis os avanços proporcionados pelo desenvolvimento tecnológicos, científicos e terapêuticos da UTIN para a sobrevivência dos neonatos de risco, mas também faz parte dessa realidade o aumento da incidência de infecções cruzadas e de doenças iatrogênicas, e o estabelecimento de um ambiente restrito, tenso e agressivo. Acresce-se a esse fato a interferência da internação na relação entre mãe-filho, especialmente no estabelecimento de vínculo e na participação materna no cuidado com o filho.

Em geral, a UTIN é um ambiente hostil, com iluminação intensa, uso de aparelhos e equipamentos tecnológicos e ruído de alarmes. Além disso, diversos profissionais circulam constantemente, configurando a UTIN como um lugar agitado e estressante<sup>(1)</sup>. Dentre os aspectos que caracterizam esse espaço de cuidado podem-se destacar a assistência ao recém-nascido orientada para a cura da doença, a ênfase no diagnóstico e tratamento, e uma participação da mãe e familiares limitada, prejudicando a interação dos mesmos no cuidado do recém-nascido.

Ao considerarmos as necessidades dos neonatos de receberem cuidados que contemplem também outras dimensões de suas vidas, que não apenas aquelas fisiopatológicas têm-se, durante sua permanência na UTIN, obstáculos para o alcance de uma assistência que seja favorecedora do seu crescimento e desenvolvimento. A necessidade de superar esses obstáculos tem direcionado para a valorização da inclusão dos pais na assistência e para um cuidado que, além de abranger a cura do corpo biológico, compreenda também os aspectos psicossociais e a qualidade de vida do recém-nascido<sup>(2)</sup>. Para isso, é preciso que o cuidado seja realizado, considerando-se o vínculo, o acolhimento, a assistência multiprofissional, a desospitalização, a continuidade da atenção a longo prazo e o desenvolvimento integral da criança e da família. São condições de cuidado ao recém-nascido que coadunam com um cuidado orientado pela integralidade.

A integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que se materializa no cotidiano de saúde, assumindo distintos sentidos que expressam atributos desejáveis das práticas de saúde, organização dos serviços de saúde, abrangência das respostas governamentais aos problemas de saúde, contemplando ações assistenciais e preventivas, dentre outros<sup>(3)</sup>. Nessa perspectiva de orientação das práticas cuidadoras e levando em conta as especificidades do cuidado ao recém-nascido, no que se refere à dependência de cuidados, há que se considerar que o cuidado ao neonato norteado pelo princípio da integralidade deve ter centralidade nas suas necessidades, buscando-se contemplar suas diferentes dimensões e a inclusão da família, em especial a mãe.

No cuidado integral, o acesso a diferentes tipos de tecnologia, como equipamentos, saberes estruturados e relações estabelecidas, é fornecido de forma oportuna, mas são valorizadas as tecnologias de relações, por exemplo, diálogo, vínculo e acolhimento. A subjetividade deve ser considerada, almejando-se superar o reducionismo e as

práticas fragmentadas. Pressupõe ainda o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, possibilitando a articulação dos fazeres e saberes de diferentes profissões. Para isso, é necessária uma articulação das ações em um plano de trabalho definido conjuntamente<sup>(2)</sup>.

Na busca por um cuidado ao recém-nascido internado na UTIN que produza resultados desejáveis nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais, defendemos que as práticas profissionais sejam orientadas pela integralidade. Assim, foi objetivo deste estudo identificar, a partir de uma revisão sistemática da literatura, práticas cuidadoras que favoreçam a integralidade do cuidado ao recém-nascido assistido na UTIN, considerando a polissemia desse termo.

## METODOLOGIA

A revisão bibliográfica sistemática consiste na identificação, apreciação crítica e síntese de estudos primários, seguindo uma metodologia rigorosa, explícita e reprodutível. Esse tipo de revisão tem como principais características a ampla busca de estudos, sua seleção utilizando-se critérios de inclusão e exclusão e a avaliação de sua qualidade metodológica<sup>(4)</sup>.

Para a revisão sistemática pode-se utilizar diferentes métodos de tratamento e apresentação dos dados, a escolha do método deve considerar, dentre outros, o tipo de pesquisa utilizado nos estudos primários. Como as questões referentes ao cuidado são abordadas, principalmente pelas pesquisas qualitativas, para este estudo optou-se pelo tratamento e apresentação dos dados por meio da metassíntese ou integração de pesquisa qualitativa. Esta consiste na análise e síntese dos resultados de cada pesquisa e na realização de inferências derivadas da análise dos dados como um todo, de forma que o resultado final seja fiel à interpretação feita pelos autores de cada um dos estudos. A escolha da metassíntese justifica-se por esta permitir reunir o conteúdo disponível sobre determinado tema, ajudando a compreendê-lo e a ampliar o conhecimento a respeito, sem desconsiderar a complexidade metodológica e o contexto dos pesquisadores de cada estudo primário<sup>(4)</sup>.

Definiram-se, como fonte de busca, os bancos de dados: BDNF, LILACS, MEDLINE, PAHO, WHOLIS e BVS INTEGRALIDADE. Bases de dados nacionais e internacionais, consideradas referências na produção na área da saúde. Foram utilizados os descritores Cuidados Integrais de Saúde, Neonatologia, Recém-nascido e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

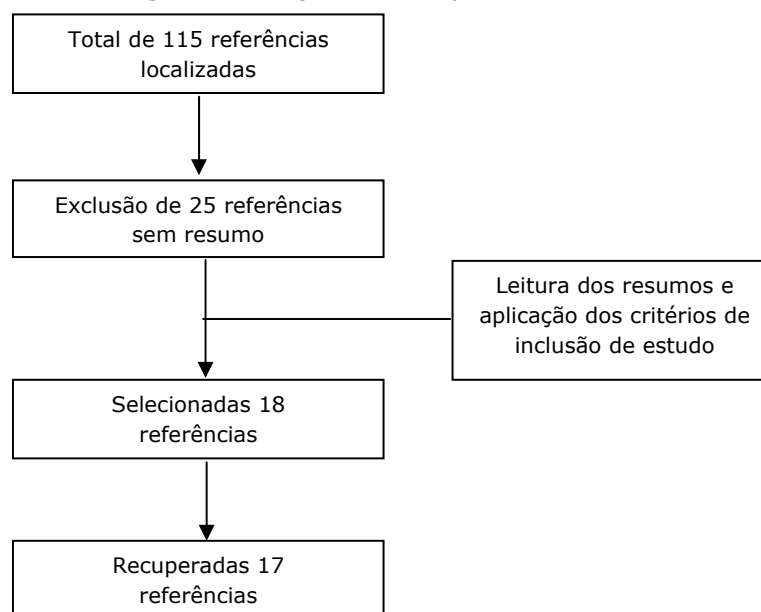
No Quadro 1 encontra-se a combinação de indexadores utilizada na busca. Considerando que a BVS INTEGRALIDADE tem como objetivo divulgar documentos de relevância para a construção da integralidade da atenção e do cuidado em saúde, nessa base de dados a busca foi realizada com os descritores [Neonatologia], [Recém-nascido] e [Unidades de Terapia Intensiva Neonatal] isoladamente.

**Quadro 1:** Descritores utilizados nas bases de dados.

Base de Dados	Descritor
BDEF, MEDLINE, LILACS, PAHO, WHOLIS	[Cuidados Integrals de Saúde] AND [Neonatologia]
	[Cuidados Integrals de Saúde] AND [Recém-nascido]
	[Cuidados Integrals de Saúde AND [Unidades de terapia intensiva neonatal]
	[Neonatologia] AND
	[Recém-nascido] AND
	[Unidades de terapia intensiva neonatal] AND
BVS INTEGRALIDADE	[Neonatologia]
	[Recém-nascido]
	[Unidades de terapia intensiva neonatal]

Para esta revisão, definiu-se como critérios de inclusão estudos primários qualitativos que possibilitassem a discussão acerca da construção da integralidade ao recém-nascido na UTIN, publicados a partir da criação do Sistema Único de Saúde, sendo, portanto de 1988 a 2009. Foi definido também que seriam utilizados artigos, dissertações e teses escritos em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Estabeleceu-se como critério de exclusão a ausência de resumo, a indisponibilidade de recuperar o trabalho na íntegra através de Comutação Bibliográfica e a inadequação ao objeto de estudo.

Após a obtenção da lista com as referências (total de referências 115), realizou-se a codificação das mesmas, a exclusão daquelas que não possuíam resumo (25), a leitura dos resumos, a seleção das referências relacionadas ao objeto do estudo (18) e a recuperação do material bibliográfico. Das 18 referências selecionadas uma foi excluída por inviabilidade de obter o trabalho na íntegra. Procedeu-se à leitura das publicações na íntegra por dois dos pesquisadores, validando sua inclusão na revisão.

**Figura 1:** Fluxograma da seleção das referências.

Em um primeiro contato com o material selecionado, aplicou-se um instrumento para sistematizar as informações dos estudos acerca de autoria, ano e periódico de publicação, objetivo, metodologia e principais resultados. Em seguida, procederam-se leituras sucessivas de forma a identificar as ideias centrais de cada estudo. As ideias centrais foram agrupadas de acordo com suas similaridades e discordâncias, possibilitando a estruturação das categorias. Por fim, as categorias foram relacionadas, sendo elaboradas novas interpretações de forma que o resultado final fosse mais amplo que apenas a junção dos resultados dos estudos primários. Para a análise dos dados foi considerado a experiência e conhecimento das autoras e a produção de pesquisadores que são referência para o tema em estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Integraram a amostra dessa revisão oito artigos, seis dissertações de mestrado e três teses de doutorado. A primeira publicação identificada na literatura internacional foi em 1997 e, na literatura nacional, em 2001. A partir da primeira publicação identificada, a média de produção internacional foi de 0,30 publicação/ano e nacional de 1,44 publicação/ano. O ano de 2009 destacou-se da média, apresentando cinco publicações. No Quadro 2 encontra-se a descrição dos estudos selecionados.

**Quadro 2:** Descrição dos estudos selecionados.

<b>Título do Estudo</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo de publicação</b>
Primary follow-up care in a multidisciplinary setting enhances catch-up growth of very-low-birth-weight infants	Bryson SR, Theriot L, Ryan NJ, Pope J, Tolman N, Rhodes P <sup>(5)</sup>	1997	Artigo J Am Diet Assoc
Comprehensive follow-up care and life-threatening illnesses among high-risk infants: a randomized controlled trial	Broyles RS, Tyson JE, Heyne ET, Heyne RJ, Hickman JF, Swint M et al <sup>(6)</sup>	2000	Artigo JAMA
"Agora eu me sinto como uma mãe de muito tempo": A mulher que realiza o cuidado mãe canguru	Duarte ED <sup>(7)</sup>	2001	Dissertação Escola de Enfermagem UFMG
Programa de Internação Domiciliar Neonatal: espaço para a construção da autonomia no cuidado materno com a criança	Lopes TC <sup>(8)</sup>	2005	Dissertação Faculdade de Medicina UFMG
Participatory approaches in the co-design comprehensive referral system	Edwards N, Roelofs S <sup>(9)</sup>	2005	Artigo Can Nurse
Cuidado, trabalho e diálogo: as interações na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em UTI	Braga PP <sup>(10)</sup>	2006	Dissertação Escola de Enfermagem UFMG
A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Dittz ES <sup>(11)</sup>	2006	Dissertação Faculdade de Medicina UFMG
A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva	Dittz ES, Melo DCC, Pinheiro ZMM <sup>(12)</sup>	2006	Artigo Rev Ter Ocup
Follow-up care for infants with chronic lung disease: a randomized comparison of community- and center-based models	O'Shea TM, Nageswaran S, Hiatt DC, Legault C, Moore ML, Naughton M et al <sup>(13)</sup>	2007	Artigo Pediatrics
A operacionalização do processo de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal	Duarte APP, Ellensohn L <sup>(14)</sup>	2007	Artigo Rev Enferm UERJ
Sentidos Atribuídos aos Cuidados Domiciliares pelas Mães de Recém-Nascidos Egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Siqueira MBC <sup>(15)</sup>	2008	Dissertação Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca FIOCRUZ
O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana	Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC <sup>(16)</sup>	2008	Artigo Rev enfermagem UERJ
O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Duarte ED <sup>(2)</sup>	2009	Tese Faculdade de Medicina UFMG
A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal	Dittz ES <sup>(17)</sup>	2009	Tese Faculdade de Medicina UFMG
A alta do recém-nascido da unidade de terapia Intensiva neonatal: implicações para a continuidade do cuidado	Oliveira SR <sup>(18)</sup>	2009	Dissertação Escola de Enfermagem UFMG
Itinerário da paternidade: a construção social da integralidade do cuidado ao recém-nascido e família na UTI-Neonatal	Lopes TC <sup>(19)</sup>	2009	Tese Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade	Duarte ED, Sena RR, Xavier CC <sup>(20)</sup>	2009	Artigo Rev Esc Enferm USP

As categorias construídas a partir do agrupamento das ideias centrais encontradas nos estudos foram: Cuidado centrado no recém-nascido e na família, trabalho em equipe multiprofissional, participação da mãe e dos familiares no cuidado ao recém-nascido e continuidade da assistência.

### **Cuidado centrado no recém-nascido e na família**

Na literatura tem sido destacada a importância do cuidado em UTIN centrado nas necessidades de saúde do recém-nascido e de sua família, reafirmando a importância de inclusão da família e uma abordagem psicossocial. A inclusão da família implica na ampliação das ações dos profissionais identificando e atendendo às suas demandas específicas de cuidado<sup>(2,11-12,15,17,20)</sup>. Entre as principais necessidades dos familiares, estão aquelas apresentadas pelas mães de apoio para enfrentar a condição de ter um filho internado e permanecer na instituição, a possibilidade de participar do cuidado e a existência de diálogo com a equipe acerca da evolução do filho<sup>(2,20)</sup>.

Apesar de se verificarem nos estudos as possibilidades de um cuidado integral, foi constatado que a centralização das ações nas necessidades do neonato depende da disponibilidade do profissional e de sua lógica para definir prioridades na assistência<sup>(10,20)</sup>. Consta-se que a atuação dos profissionais ainda é majoritariamente orientada especialmente para a cura clínica, procurando-se a manutenção e recuperação do funcionamento do organismo<sup>(2,10,18,20)</sup>. E ainda, o profissional privilegia no cuidado as situações que conferem maior risco ao neonato ou aquelas que compõem a rotina assistencial, desconsiderando os aspectos subjetivos do cuidado<sup>(20)</sup>.

### **Trabalho em equipe multiprofissional**

Foi constatada a importância do trabalho multiprofissional na atenção ao recém-nascido<sup>(2,5,10)</sup>. Verificou-se que, para a construção desse trabalho, faz-se necessário viabilizar relações interpessoais, valorizar a fala e os saberes dos diferentes profissionais, exercitar cotidianamente a autonomia e a responsabilização, além de criar projetos terapêuticos coletivos numa perspectiva usuário-centrada<sup>(2,10,20)</sup>. Para os profissionais, o trabalho em equipe proporciona maior satisfação, permite a troca de experiências e aprendizagem, otimiza a assistência e responde de maneira ampliada às necessidades e demandas do recém-nascido e sua família<sup>(10)</sup>.

Mesmo frente à potencialidade do trabalho multiprofissional os estudos evidenciam que no cotidiano do cuidado na UTIN, o processo de trabalho é fragmentado e centrado no profissional médico, estabelecendo-se relações de poder hierarquizadas. Os núcleos profissionais realizam o cuidado separadamente, reafirmando a divisão técnica do trabalho em saúde. O cumprimento de rotinas prevalece em relação ao planejamento participativo e dinâmico da assistência<sup>(2,10,18)</sup>. Dessa forma, o cuidado é centrado na realização de procedimentos e os profissionais têm dificuldade de construir um foco comum no recém-nascido<sup>(2,18)</sup>.

Em um dos estudos fica evidente a diferença de percepção entre familiares e profissionais em relação ao trabalho em equipe. Os profissionais relatam que seu trabalho ocorre de forma "inter e transdisciplinar" tendo como foco o recém-nascido. Os familiares que acompanham o neonato internado, por sua vez, percebem limites para a realização do trabalho em equipe, como a

dissociação de tarefas entre as diferentes categorias profissionais e a ausência de um projeto assistencial comum. Indicam ainda que os profissionais estejam mais preparados para os aspectos bio-patológicos da assistência, como o atendimento a urgência e a identificação e resolução de intercorrências. Neste estudo, destaca-se a importância dos terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais que por sua formação profissional e por não permanecerem apenas dentro da unidade assistencial conseguem vislumbrar as implicações sociais e psicológicas da doença do neonato<sup>(2,20)</sup>.

A comunicação verbal é apontada, no estudo, como um instrumento que contribui para a construção da integralidade e para o trabalho em equipe. Os profissionais consideram-na como estratégia fundamental, capaz de direcionar e otimizar o cuidado, de permitir uma percepção ampliada da situação e de viabilizar a continuidade da assistência. Contudo, no cotidiano do serviço, a comunicação torna-se secundária devido à prioridade dada aos equipamentos tecnológicos<sup>(5,18)</sup>.

A comunicação escrita é identificada como instrumento da assistência, sendo destacada a importância do prontuário para tornar comuns as ações, a partir do registro dos profissionais. A existência de formulários de evolução, separados para cada categoria profissional, prejudica a utilização dessa ferramenta pela equipe<sup>(10)</sup>. Diante da complexidade e especificidade das necessidades do recém-nascido e sua família, verifica-se a importância dos registros apropriados para se evitar o comprometimento da assistência e a fragmentação do cuidado<sup>(14)</sup>.

### **Participação da mãe e dos familiares no cuidado ao recém-nascido**

A participação dos familiares no cuidado ao recém-nascido é citada nos estudos analisados como favorecedor do desenvolvimento do vínculo afetivo entre pais e filhos<sup>(2,10-12,15-18,20)</sup>. Essa participação dos pais e família no cuidado vai além de seu livre acesso à UTIN e tem limites circunscritos pela disputa de saber entre profissionais e familiares. Os profissionais não reconhecem o saber das mães em relação ao filho e apenas delegam tarefas para que elas executem ao invés de incluí-las na tomada de decisões. A inclusão da mãe no cuidado depende do interesse dos profissionais em incorporá-las e da reorganização do processo de trabalho na UTIN<sup>(11,17)</sup>.

Verifica-se que a distância entre profissionais e pais prejudica a humanização da assistência, a confiança na equipe e a autonomia dos pais para cuidar do filho após a alta, dificultando a construção da integralidade do cuidado<sup>(10,15,18)</sup>. É importante haver uma relação entre profissionais e pais, mediado pela escuta e diálogo, com esclarecimentos em relação à condição da criança<sup>(2,10-12,15-18)</sup>. A equipe deve manter os pais informados sobre ambiente, equipamentos e rotinas da UTIN, responder às dúvidas com linguagem compreensível e valorizar a tomada de decisões partilhadas<sup>(2,12,16-17)</sup>. Os profissionais podem favorecer o desenvolvimento do vínculo entre mãe e recém-nascido ao incentivar a presença junto ao bebê, o toque, a fala e o olhar, estimular a participação no cuidado e sua realização, incentivar o aleitamento materno e o cuidado mãe-canguru<sup>(12)</sup>. A maior interação e inclusão dos pais no cuidado favorece o enfrentamento da experiência de ter um prematuro na UTIN<sup>(2,10-12,15,17)</sup>.

Estudo evidenciam que apesar das mães e familiares estarem presentes na UTIN a participação no cuidado ao recém-nascido é incipiente<sup>(2,11,15-18)</sup>. Contata-se uma dificuldade dos profissionais em estabelecerem uma comunicação efetiva com os familiares, o que prejudica a participação destes no cuidado do neonato<sup>(2,10-11,15-18)</sup>. Em estudo sobre o diálogo da equipe de saúde com a mãe constatou-se que, na tentativa de comunicação, geralmente, os profissionais utilizam muitos termos técnicos para informarem sobre o estado do recém-nascido e não abrem espaço para a escuta das mães. Assim, elas não compreendem as informações, permanecem desinformadas e com dúvidas sobre o estado de saúde de seus filhos, o que gera incerteza, insegurança e ansiedade, culminando no afastamento do recém-nascido. O diálogo efetivo com as mães favorece a redução do estresse e sofrimento<sup>(16)</sup>.

Nos estudos em que se verificou maior participação das mães nos cuidados do recém-nascido, ficou evidente que a atuação da mãe produz conflitos com a equipe. Os profissionais nem sempre favorecem a presença e participação das mães, mesmo reconhecendo a importância de sua inclusão no cuidado. Enquanto os profissionais orientam o cuidado pelas rotinas de cada serviço, os pais utilizam a percepção e os conhecimentos adquiridos para definir o que é melhor para seus filhos, aproximando mais das necessidades de conforto dele<sup>(2,17,20)</sup>. No esforço de participação dos pais, tem-se uma disputa de poder destes com os profissionais gerando tensões, o que torna desafiador estabelecer relações favorecedoras de autonomia e que possibilitem coexistir o cuidado da mãe e dos profissionais<sup>(17)</sup>. Consideramos que realidades como as apresentadas exigem mudanças no planejamento e implementação da assistência ao recém-nascido pelos profissionais, reorientando sua prática de forma a incorporar o cuidado realizado pelas mães.

Apenas um estudo abordou as peculiaridades da participação paterna no cuidado do filho internado em UTIN. Este estudo evidenciou dificuldades semelhantes às encontradas por outros estudos em relação à participação das mães, como a modificação de rotinas institucionais e práticas dos trabalhadores pela presença dos pais, o que demanda uma reorganização do cuidado. Entretanto, verificou-se também que em relação aos pais existe um limite à participação relacionado à hegemonia cultural do papel da mãe no cuidado e responsabilidade com o filho<sup>(19)</sup>.

O modelo de formação do profissional de saúde, que enfatiza os aspectos biológicos e curativos, é apontado como um limite para a participação dos familiares no cuidado ao recém-nascido<sup>(17)</sup>. Sugerem-se mudanças na formação e investimento na educação permanente para possibilitar que os profissionais de saúde tenham conhecimentos que contemplem, além das dimensões biológicas, as sociais e emocionais<sup>(17-18)</sup>. Para isso, propõem-se a inclusão de conteúdos como cuidado centrado na família, desenvolvimento de apego e vínculo entre pais e filho, acolhimento e relações interpessoais<sup>(18)</sup>.

Para garantir o direito de permanência da mãe junto ao filho, é imprescindível que as instituições de saúde reconheçam as necessidades de cuidado da mãe e da família e adêquem sua infra-estrutura física, suas normas e rotinas e sua estrutura político-administrativa<sup>(11)</sup>. O alojamento materno, o cuidado mãe-canguru e a internação domiciliar são estratégias identificadas nos estudos que

favorecem a permanência da mãe e da família junto ao filho.

O alojamento materno é analisado como um espaço que possibilita às mães repouso e alimentação, acompanhamento de uma equipe multiprofissional durante a internação do filho e qualidade de permanência na instituição hospitalar. A presença constante junto à criança tranquiliza as mães por permitir que atendam as necessidades afetivas do filho e participem de seu cuidado, possibilitando que elas vivenciem ser mãe e desenvolvam autoconfiança para o cuidado<sup>(11)</sup>.

O cuidado mãe-canguru é uma possibilidade de a mãe retomar o contato físico com o bebê. Ela geralmente sente-se externa ao processo de cuidado do neonato prematuro, devido à necessidade de nos primeiros dias de vida ele permanecer na incubadora e de seu cuidado ser realizado principalmente pelos profissionais. Com essa modalidade de cuidado, a mulher pode desempenhar as atribuições maternas, nutrido e protegendo o filho, o que, dentre outros, favorece o desenvolvimento do vínculo e a recuperação do recém-nascido<sup>(7)</sup>. O cuidado mãe-canguru apresenta diversos benefícios como a redução no período de separação mãe-filho, o estímulo ao aleitamento materno, maior preparo das mães para cuidar do seu filho e diminuição na permanência hospitalar<sup>(15)</sup>.

A internação domiciliar de crianças egressas da UTIN foi analisada como favorecedora do período de adaptação para a continuidade dos cuidados no domicílio quando a criança ainda pode ter complicações e a presença dos profissionais torna-se relevante tanto para a evolução da criança quanto para a segurança dos pais. Essa modalidade de assistência favorece maior vinculação da equipe com a família, relações de responsabilização e a autonomia das mães no cuidado com seus filhos<sup>(8)</sup>.

### **Continuidade da assistência**

Estudos enfatizam a necessidade de reconhecer a alta do recém-nascido da UTIN para outros setores do hospital, para outros serviços ou para o domicílio, como uma etapa crítica da assistência, quando se pretende garantir a continuidade e a integralidade do cuidado ao recém-nascido<sup>(15,18)</sup>. Os pais devem ser preparados para cuidar do filho no domicílio durante toda a internação deste na UTIN, do contrário a alta que deveria ser acompanhada de sentimento de alegria, é vivenciada com temor e ansiedade pelos pais, devido a dúvida sobre sua capacidade de cuidar do recém-nascido<sup>(15)</sup>.

Estudo sobre a alta do neonato da UTIN evidenciou que no planejamento e implementação da alta deve ser elaborado um plano organizado e adequado de alta, contemplando as necessidades do recém-nascido e o preparo dos pais para seus cuidados. Verificou-se a importância da estruturação do cuidado em redes assistenciais, possibilitando o intercâmbio entre pessoas e instituições<sup>(18)</sup>.

Constatou-se a falta de articulação da UTIN com outros níveis de atenção à saúde e a necessidade de se criar um fluxo na atenção básica para garantir a continuidade da assistência às crianças<sup>(8)</sup>. Nas publicações internacionais, são apontadas alternativas para o acompanhamento de crianças de alto risco<sup>(6,9,13)</sup>. Essas alternativas de organização da assistência possibilitam a continuidade do cuidado após a alta da UTIN e podem ser adaptadas para a



atenção primária e secundária, aumentando a efetividade do atendimento e favorecendo a construção da integralidade.

Uma das alternativas de acompanhamento após a alta consiste no atendimento em ambulatorios por uma equipe composta de enfermeiros e médicos especialistas. Apresenta, como principais características, a facilidade de contato com profissionais utilizando-se de recursos como o contato telefônico para atender problemas agudos fora do horário de atendimento, transporte para crianças que precisam de cuidados imediatos, valorização do relacionamento entre profissional e mãe, orientação para a mãe e visita domiciliar. Essa estratégia de acompanhamento mostrou-se efetiva para reduzir doenças que resultam em morte ou admissão em unidades de cuidados intensivos, sem aumentar os custos<sup>(6)</sup>.

Outra alternativa identificada foi o acompanhamento por telefone quando não é possível o atendimento em clínica. Nessa modalidade, um enfermeiro entra em contato com o cuidador da criança e, após obter dados sobre seu estado de saúde por meio de um questionário, discute mudanças na conduta com um médico e comunica ao cuidador e à família. A família pode realizar contatos telefônicos com o enfermeiro quando necessário. O acompanhamento por telefone foi considerado seguro para crianças com necessidades médicas complexas relacionadas a doenças crônicas<sup>(13)</sup>.

Nos estudos internacionais, foi apresentada também uma proposta de sistema abrangente de referência para mães e crianças de localidades carentes, que inclui fornecer habilidades clínicas para os trabalhadores de saúde de diferentes níveis, estabelecer um sistema de referência emergencial com equipes de resgate locais, criar fundos para redução da pobreza para mulheres grávidas de alto risco e garantir a provisão e manutenção de instrumental para a assistência aos partos com segurança. Com o desenvolvimento desse sistema, houve melhora no estado de saúde e redução da mortalidade de mulheres e crianças<sup>(9)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta revisão foi possível evidenciar a diversidade de fatores relacionados ao cuidado que estão envolvidos na construção da integralidade da atenção ao recém-nascido assistido em UTIN, bem como as estratégias utilizadas para favorecê-la. Como um limitador do estudo, é importante ressaltar que a falta de um descritor específico para designar o princípio da integralidade dificulta a identificação das publicações relacionadas ao tema. Neste sentido, a criação da BVS INTEGRALIDADE é relevante, podendo facilitar as buscas sobre o assunto.

A partir da análise das referências utilizadas nas publicações selecionadas para a revisão, foi possível identificar que um grande número de estudos aborda aspectos favorecedores da integralidade; entretanto, por não relacionarem o tema do estudo ao princípio da integralidade, não foram incluídos na busca. Constatou-se que as publicações internacionais não utilizam o conceito de integralidade, mas as práticas relatadas sinalizam para sua construção, tratam especialmente das alternativas para a continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar e a importância da atuação da equipe multiprofissional.

Os estudos analisados nesta revisão abordaram diferentes práticas cuidadoras que favorecem a construção da integralidade do cuidado ao neonato de alto risco. São

reafirmadas as potencialidades da assistência quando essa contempla as necessidades fisiológicas e psicossociais do neonato e possibilita a participação da família, considerando suas necessidades de cuidado. Apesar disso, os profissionais demonstram dificuldade de implementar essas práticas no cotidiano da assistência ao recém-nascido, por demandarem alterações na rotina de trabalho, nas relações interpessoais, na infra-estrutura física e na estrutura político-administrativa. A escolha por ações de saúde que almejem a construção da integralidade, implica em assumi-la como um eixo norteador tanto para as formas de agir em saúde como para a gestão dos serviços de saúde.

Evidenciou-se a necessidade de sensibilização dos profissionais que atuam em UTIN da importância do foco da atenção estar no recém-nascido e sua família e da necessidade de reorganização do seu processo de trabalho. Nesse sentido, o trabalho em equipe multiprofissional e a comunicação dialógica, entre os profissionais e destes com a família, são ferramentas fundamentais para superar a fragmentação do cuidado.

A viabilização da participação de mães e familiares no cuidado e do cuidado domiciliar se mostraram favoráveis para o cuidado ao RN, sendo importante investir nessas estratégias. Destaca-se a relevância de gestores e profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao recém-nascido discutirem acerca da participação dos familiares no cuidado e das práticas de cuidado no domicílio, construindo formas efetivá-las.

Observou-se que iniciativas são tomadas para possibilitar um cuidado integral, mas que ainda existem desafios a serem enfrentados. Dentre eles, destaca-se a necessidade de se estruturar uma rede de atenção que possibilite a continuidade do cuidado ao recém-nascido após a alta da UTIN. Uma rede social efetiva é imprescindível para o cuidado das crianças no domicílio, já que elas geralmente necessitam de cuidados de saúde constantes e especializados durante essa fase da vida.

Faz-se necessário também reavaliar que princípios têm orientado a formação dos profissionais da saúde. O Projeto Político Pedagógico das instituições e a organização dos currículos devem estar orientados por uma concepção ampliada de saúde-doença, pelo cuidado centrado no usuário e pela valorização das tecnologias das relações nas práticas de saúde. Além disso, o saber não deve ser fragmentado e desarticulado e as formas de ensino devem permitir a superação da dicotomia entre teoria e prática.

Destacamos ainda que para a construção da integralidade do cuidado seja insuficiente a associação de práticas profissionais, por compartilharmos do entendimento de que a justaposição de profissionais na equipe multiprofissional e a proximidade dos diferentes processos de trabalho não garantem o atendimento integral. Para superar a fragmentação presente no trabalho das equipes de saúde é necessário reconhecer que os diferentes saberes e responsabilidades de cada categoria profissional são essenciais para o atendimento às necessidades de saúde apresentadas pelo recém-nascido e sua família.

Concluiu-se que há um crescente aumento na produção científica anual sobre o tema a partir da primeira publicação identificada, o que poderá auxiliar os profissionais na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido. Contudo, verificou-se a necessidade de novos estudos nessa área do conhecimento, especialmente em relação à continuidade da assistência, à formação dos profissionais e

ao acompanhamento das crianças de com necessidades especiais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Cruz ARM, Oliveira MMC, Cardoso MVLML, Lúcio IML. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 [cited 2010 jun 30];12(1):133-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf>
2. Duarte ED. O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas no cotidiano da UTIN [thesis]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/UFMG; 2007. 190 p.
3. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica.* 2004;20(5):1411-6.
4. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):771-8.
5. Bryson SR, Theriot L, Ryan NJ, Pope J, Tolman N, Rhodes P. Primary follow-up care in a multidisciplinary setting enhances catch-up growth of very-low-birth-weight infants. *J Am Diet Assoc.* 1997;97(4):386-90.
6. Broyles RS, Tyson JE, Heyne ET, Heyne RJ, Hickman JF, Swint M et al. Comprehensive follow-up care and life-threatening illnesses among high-risk infants: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2000;284(16):2070-6.
7. Duarte ED. "Agora eu me sinto como uma mãe de muito tempo": A mulher que realiza o cuidado mãe canguru [dissertation]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem/UFMG; 2001. 154 p.
8. Lopes TC. Programa de Internação Domiciliar Neonatal: espaço para a construção da autonomia no cuidado materno com a criança [dissertation]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/UFMG; 2005. 108 p.
9. Edwards N, Roelofs S. Participatory approaches in the co-design comprehensive referral system. *Can Nurse.* 2005;101(8):20-4.
10. Braga PP. Cuidado, trabalho e diálogo: as interações na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em UTI [dissertation]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem/UFMG; 2006. 103 p.
11. Dittz ES. A vivência da mulher-mãe no alojamento materno durante a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [dissertation]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/UFMG; 2006. 132 p.
12. Dittz ES, Melo DCC, Pinheiro ZMM. A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev. ter. ocup.* 2006;17(1):42-7.
13. O'Shea TM, Nageswaran S, Hiatt DC, Legault C, Moore ML, Naughton M et al. Follow-up care for infants with chronic lung disease: a randomized comparison of community-and center-based models. *Pediatrics.* 2007;119(4):947-97.
14. Duarte APP, Ellensohn L. A operacionalização do processo de enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. enferm. UERJ.* 2007;15(4):521-6.
15. Siqueira MBC. Sentidos atribuídos aos cuidados domiciliares pelas mães de recém-nascidos egressos de unidade de terapia intensiva neonatal [dissertation]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ; 2008.
16. Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. *Rev. enferm. UERJ.* 2008;16(2):180-6.
17. Dittz ES. A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal [thesis]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina Social/UFMG; 2009. 147 p.
18. Oliveira SR. A alta do recém-nascido da unidade de terapia Intensiva neonatal: implicações para a continuidade do cuidado [dissertation]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem/UFMG; 2009. 121 p.
19. Lopes TC. Itinerário da paternidade: a construção social da integralidade do cuidado ao recém-nascido e família na UTI-Neonatal [thesis]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ; 2009. 132 p.
20. Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):647-54.

Artigo recebido em 18.09.2009

Aprovado para publicação em 26.05.2010

Artigo publicado em 30.09.2010