



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

LAÍS BARRETO ARAGÃO

VALORIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADO:

Atitudes de enfermeiros em Unidade Neonatal

SÃO LUÍS
2017

LAÍS BARRETO ARAGÃO

VALORIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADO:

Atitudes de enfermeiros em Unidade Neonatal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca de Defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Francisca Georgina Macedo de Sousa

SÃO LUÍS
2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Aragão, Laís Barreto.

VALORIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADO:
Atitudes de Enfermeiros em Unidade Neonatal / Laís Barreto
Aragão. - 2017.

73 f.

Orientador (a): Francisca Georgina Macedo de Sousa.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, 2017.

1. Cuidado. 2. Enfermagem. 3. Família. I. Sousa,
Francisca Georgina Macedo de. II. Título.

LAÍS BARRETO ARAGÃO

VALORIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADO:

Atitudes de enfermeiros em Unidade Neonatal

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à Banca de Defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: ____ de _____ de ____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa
Presidente da Banca
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Me. Marinese Hermínia Santos
1º Membro
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Andrea Cristina Oliveira Silva
2º Membro
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Me. Jeanine Porto Brondani
1º Membro Suplente
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Elza Lima da Silva
2º Membro Suplente
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

À Deus, pai de toda honra e glória que me deu forças para lutar dia após dia pela realização do sonho de ser Enfermeira;

À Universidade Federal do Maranhão, por oportunizar-me uma graduação de qualidade e excelência;

Aos professores do Curso de Enfermagem que contribuíram na construção do conhecimento científico e técnico apoiado numa formação acadêmica de excelência;

À minha orientadora, Professora Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa, que me apresentou a um universo incrível que é a pesquisa em Enfermagem e me possibilitou realizar um sonho e objetivo enquanto acadêmica, iniciando meu processo de Iniciação Científica no Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente (GEPSCFA). Obrigada pela sua dedicação, sabedoria, carinho e paciência que me permitiram realizar esta pesquisa e concluir a graduação como sempre sonhei;

Ao GEPSCFA pela carinhosa acolhida e parceria na caminhada do meu desenvolver científico;

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA, pela concessão de bolsa de Iniciação Científica;

Aos meus pais, Maria Auxiliadora Barreto Aragão e José Adauto Viana Aragão Júnior, pois sem eles nada seria possível. Pelo amor, carinho, força, dignidade e aprendizagem que me proporcionaram em toda minha vida. Pelo apoio incondicional para meu crescimento pessoal e profissional em especial na conquista desse sonho. Vocês são minha fonte de inspiração e de dedicação nas minhas conquistas diárias, obrigada por tudo. Amo vocês!

À minha irmã, Larissa Barreto Aragão, pelo incentivo, apoio e torcida durante toda a trajetória da graduação. Sei que não foi fácil suportar meus momentos de ansiedade. Obrigada por saber lidar tão bem comigo. Em especial, obrigada pelo presente maravilhoso de nossas vidas, o nosso Daniel, que alegra nossos dias e faz da nossa casa um local repleto de amor.

Ao meu noivo e melhor amigo, Kayo Luciano de Siqueira Torres, que sempre esteve ao meu lado me apoiando nos momentos de angústia e tristeza,

torcendo pela minha vitória e sendo compreensivo nas minhas ausências e ansiedades;

Aos meus amigos da UFMA e ao meu grupo de estágio, que me trouxe pessoas maravilhosas, em especial Ribamar, Isabella, Jacqueline e Rhayra, obrigada pelo apoio, suporte e carinho na rotina diária;

À minha amiga Mariana, que sempre me apoiou e incentivou durante a jornada da graduação e da vida;

Ao Ian, que sempre me apoia, engrandece e alegra meus dias, me fazendo refletir sobre a verdadeira importância da família;

Aos familiares e amigos que sempre me apoiaram e incentivaram durante todo o meu caminhar na graduação.

Meu muito obrigada a todos!

RESUMO

Introdução: O cuidado com famílias visa dar resposta às suas necessidades como um todo e dos seus membros individualmente tendo a atitude como importante componente e a presença da família como estímulo. Objetivo: Compreender as atitudes de valorização da família nas práticas de cuidados de Enfermeiros no contexto da terapia intensiva neonatal em um hospital público de referência em São Luís – MA. Metodologia: Trata-se de recorte da pesquisa Importância da Família para os Processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros nos Contextos Hospitalar e da Atenção Básica vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão e ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente (GEPSCFA). Realizado estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa apoiada na Análise de Conteúdo que consiste na utilização de um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos de análise das comunicações para obter descrição do conteúdo das mensagens. Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual aberta, não-estruturada, utilizando-se de perguntas norteadoras e circulares, após parecer consubstanciado do Comitê de Ética do HUUFMA com protocolo número 1.249.885. Foram participantes da pesquisa enfermeiros que desenvolviam atividades por no mínimo 6 meses na Unidade Neonatal. O estudo constituiu-se de um *corpus* definido por 11 entrevistas das quais foram extraídas 340 unidades de registro e cinco temas. Resultados: Estratégias para o cuidado com famílias no contexto da terapia intensiva neonatal; Cuidar de famílias tem como foco a continuidade do cuidado; Fatores que norteiam a prática do enfermeiro na UTIN; Limitações para o cuidado de famílias e Produtos do cuidado. Do processo analítico foi desvelado que o enfermeiro utiliza o acolhimento, a escuta, a empatia e o vínculo como estratégias para cuidar da família tendo por finalidade o cuidado continuado à criança no domicílio. O enfermeiro norteia sua prática a partir de conhecimentos, das diretrizes políticas de atenção ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso, mas sobretudo em atitudes que são pessoais e particulares de cada profissional. Para os enfermeiros, o tempo e a qualidade da presença marcam o cuidado com a família, entretanto, as demandas da Unidade Neonatal comprometem a disponibilidade do enfermeiro de estar com a família. Parece sugerir que para cuidar da família é preciso diminuir os procedimentos tecnológicos e burocráticos da terapia intensiva vislumbrando um tempo específico para dedicar-se à família. O coerente

seria conciliar trabalho técnico e dimensão cuidadora, pois cuidar da família sugere proximidade, reciprocidade e compromisso como atributos essenciais. Conclusão: Será necessário um movimento dinâmico e contínuo de competências para gerir e gerar processos de inovação e renovação de atitudes e práticas do enfermeiro, e, sobretudo de valores que estes profissionais atribuem ao seu agir e não somente à alternativa de disponibilidade de tempo. Sugere que o profissional se torne um recurso e encontre formas de apoiar a família no que é importante para ela e de estar comprometido com a pessoa e com a sua situação.

Descritores: Enfermagem; Cuidado intensivo; Família.

ABSTRACT

VALUING THE FAMILY IN THE CARE PROCESS: Nurses Attitudes in Neonatal Intensive Care Unit

Introduction: Caring for families aims to respond to their needs as a whole and their members individually, taking the attitude as an important component and the presence of the family as a stimulus. Objective: To understand family valuation attitudes in Nursing care practices in the neonatal intensive care scenario in a public reference hospital from São Luís - MA. Methodology: This is a clipping of the research Importance of the Family for Care Processes: Nurses' Attitudes in the Hospital Context and Primary Care Context linked with Nursing Department of the Federal University of Maranhão and to Grupo de Estudo e pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente (GEPSEFA) [Family, Child and Adolescent Health Study and Research Group]. A descriptive exploratory study was carried out with a qualitative approach based on Content Analysis, which consists in the use of a set of systematic techniques and procedures for analyzing communications to obtain a description of the content of the messages. The data were obtained through an open, unstructured individual interview using guiding and circular questions after the HUUFMA Ethics Committee's evaluation with protocol number 1,249,885. Nurses who performed activities for at least 6 months in the Neonatal Unit were participants in the study. The study consisted of a corpus defined by 11 interviews from which 340 registration units and five topics were extracted. Results: Strategies for families'cares in the scenario of neonatal intensive care; Caring for families focuses on the consistency of care; Factors that guide the nurse's practice in the NICU; Limitations for the Care of Families and Care Products. From the analytical process it was revealed that the nurse uses the reception, the listening, the empathy and the bond as strategies to take care of the family with the purpose of the continued care to the child at home. The nurse guides his practice from knowledge, from the political guidelines of attention to the preterm and low weight newborn children, but, above all, on the personal and particular attitudes of each professional. For nurses, time and quality of the presence mark the care with the family, however, the demands of the Neonatal Unit compromise the availability of the nurse to be with the family. It seems to suggest that in order to take

care of the family, it is necessary to reduce the technological and bureaucratic procedures of intensive care by looking for a specific time to dedicate to family. The coherent would be to conciliate technical work and caring dimension, since caring for the family suggests proximity, reciprocity and commitment as essential attributes. Conclusion: It will be necessary a dynamic and continuous movement of competencies to manage and generate processes of innovation and renewal of nurses' attitudes and practices, and above all, the values that these professionals attribute to their actions and not only to the alternative of time availability. It suggests that the professional become a resource and find ways to support the family in what is important to them and to be committed to the person and their situation.

Descriptors: Nursing; Intensive care; Family

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: explicitando a pesquisa.....	11
2. OBJETIVO.....	14
3. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	15
3.1 A Terapia Intensiva Neonatal.....	15
3.2 A Família no Hospital.....	16
3.3 O Cuidado de Enfermagem.....	18
3.4 Cuidado de Enfermagem de Famílias.....	19
4. METODOLOGIA.....	23
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	23
4.2 Recursos para a coleta de dados.....	23
4.3 Referencial Metodológico: o suporte para desvelar os significados.....	25
4.4 Participantes.....	32
4.5 Local de estudo.....	32
4.6 Compromisso Ético com a Pesquisa.....	32
4.7 Período da pesquisa.....	33
5. DESVELANDO OS SIGNIFICADOS: descrição interpretativa do fenômeno...34	
TEMA 1. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO COM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	35
TEMA 2. CUIDAR DE FAMÍLIAS TEM COMO FOCO A CONTINUIDADE DO CUIDADO.....	40
TEMA 3. FATORES QUE NORTEIAM A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA UTI NEONATAL.....	44
TEMA 4. LIMITAÇÕES PARA O CUIDADO DE FAMÍLIAS.....	49
TEMA 5. PRODUTOS DO CUIDADO: afetos e reconhecimento.....	55
6. CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES.....	65
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	66
ANEXOS.....	68
ANEXO 1 – PARECER FAVORÁVEL DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM.....	69
ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – HUUFMA.....	70

1. INTRODUÇÃO: explicitando a pesquisa

O cuidado em saúde não abrange somente os diversos sistemas e níveis de atenção, mas também a família, de forma colaborativa, autônoma e integradora de cuidados. Porém, para a efetivação dessa abordagem, é necessária reformulação do sistema de saúde, incluindo as instituições, organizações e os profissionais, com foco nas necessidades da família enquanto sistema dinâmico, sem excluir a individualidade de cada membro que a compõe. Deve-se fornecer informações e suporte à família para que esta possa ter suas competências e habilidades maximizadas, facilitando a manutenção e recuperação da saúde, com foco no autocuidado (CRUZ; ANGELO, 2011).

Para Angelo e Bousso (2009), existem algumas condições para que a família seja foco de cuidado, dentre elas enfatiza-se a necessidade de explicitar o conceito de família; valorizar a experiência da família; dirigir as intervenções a todos os membros, sadios ou doentes; considerar as influências que a família sofre a partir das mudanças nos seus membros assim como os relacionamentos familiares; que o planejamento do cuidado tenha como foco as forças da família, a cultura e o ambiente no qual está inserida, implicando na interação do profissional com a família. Sugerem que o cuidado de enfermagem de famílias seja centrado na mesma e a envolva na tomada de decisão, auxiliando os familiares em suas escolhas, baseando-as em valores e fornecendo ações de cuidados de saúde relevantes.

Há quatro níveis na prática de enfermagem de família: o primeiro mostra a família como contexto, onde a ênfase é o indivíduo; no segundo a família é a soma de todas as partes e o indivíduo é uma parte deste subgrupo familiar, em que os indivíduos e os relacionamentos são estudados; no terceiro nível a família como subsistema é o foco, e no quarto se tem a família como cliente, com foco podendo ser dois ou mais níveis do subsistema, incluindo indivíduos, famílias e relacionamentos (ÂNGELO *et al.*, 2009).

Entende-se que intervindo na família, o enfermeiro se mostra como agente promotor de mudança e que seus conhecimentos, após episódios críticos que desestabilizam a unidade familiar, objetivam um novo nível de estabilidade, pois nas ações terapêuticas, o foco é promover o funcionamento familiar.

Sob esse escopo, o Cuidado Centrado na Família tem sido adotado como filosofia do cuidar na enfermagem e significa que os enfermeiros incorporam no

cuidado o conhecimento e a convicção de que as famílias representam uma constante na vida dos seus membros independente do ciclo vital em que se encontram, embora haja a compreensão de que as necessidades se diferenciam em cada um deles. Esta filosofia crê essencialmente que ao envolver a família nos cuidados, a enfermagem irá disponibilizar e prestar cuidados de excelência.

De maneira geral, o Cuidado Centrado na Família enfatiza parceria benéfica para pacientes, família e profissionais de saúde, por envolver atitudes de planejamento, prestação e avaliação do cuidado em saúde. Regulando a assistência nesse modelo, prioriza-se que o cuidado seja delineado em torno de toda a família, não focando exclusivamente no familiar enfermo, pois todos os membros são reconhecidos como receptores de atenção (CRUZ; ANGELO, 2011).

Sob essa perspectiva, a assistência de enfermagem à criança pautada nos princípios do Cuidado Centrado na Família é determinante no atendimento das suas necessidades e para promover o bem-estar de toda a família. Enfatiza-se que o enfermeiro considera que a família é uma constante na vida das crianças, e que essas são afetadas e igualmente afetam aqueles com quem têm relacionamentos, e que, incluindo as famílias no processo de cuidar, crianças receberão cuidado de melhor qualidade. Nessa perspectiva, as atitudes dos enfermeiros em relação aos indivíduos e às famílias retratam a importância conferida ao sistema familiar no processo de cuidado e define como irá se construir a relação entre as partes. Para tanto, cultivar atitudes de suporte é primordial para engajar famílias no cuidado de enfermagem, estabelecendo relações de confiança e valorizando a família como um todo (ANGELO *et al.*, 2014).

Quanto ao contexto da UTI Neonatal, ao qual os pais não são íntimos, emerge a necessária inclusão da família no cuidado à criança e exige que os enfermeiros estejam abertos às interações e ao impacto das vivências, além de buscar formas que possam auxiliar na adaptação familiar. Isto é, não basta apenas compreender as condições da criança e dos pais, é necessário que as adversidades decorrentes do processo de doença e hospitalização sejam superadas e, que o enfermeiro, direcione o olhar para a família adotando atitudes de cuidar numa dinâmica de relações e intervenções que excedem o cuidado clínico (MOLINA *et al.*, 2007).

Fundamentados em Abbagnano (2007) entende-se que atitude é a disposição ou comportamento que permite efetuar alternativas de valor constante de uma determinada situação. É uma tendência psicológica avaliativa, envolvendo tomada de decisão, favorável ou desfavorável, em relação a um objeto. Significa um propósito, modo de proceder, uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir (FERREIRA, 2010). Isto posto, entende-se que comportamentos como vínculo, parceria, valorização de saberes, crenças, escuta e comunicação qualificada, assim como relações horizontais, são atitudes positivas dos enfermeiros que contribuem para o envolvimento e o engajamento das famílias nos cuidados em saúde, não apenas como participante, mas como sujeito de cuidado, onde o enfermeiro também cuida da família, não apenas do recém-nascido enfermo.

Tendo em consideração as assertivas que norteiam o cuidado de enfermagem de famílias e para delimitação do objeto de pesquisa, parte-se do pressuposto de que as atitudes dos enfermeiros são decisórias para a qualidade das relações estabelecidas com a família e para o processo terapêutico em terapia intensiva neonatal. Este pressuposto permitiu formular a questão central da pesquisa a saber: Que atitudes são adotadas pelos enfermeiros para valorizar a família no cuidado à criança no contexto da terapia intensiva neonatal? A partir desta, outras questões subsidiaram a investigação do fenômeno em estudo, tais como: Qual o lugar da família nas práticas de cuidados do enfermeiro na terapia intensiva neonatal? Como os enfermeiros relatam suas experiências de cuidado com famílias? Com os dados coletados e a análise dos mesmos pretende-se compreender as atitudes dos enfermeiros no cuidado com famílias em terapia intensiva neonatal e o modo como suas práticas e atitudes permeiam o processo de cuidado.

Desse questionamento fomos provocadas e mobilizadas a realizar esta pesquisa com a finalidade de avançar na produção do conhecimento no campo da Enfermagem de Família com ênfase nas relações de cuidado centrado nesse grupo social. A necessidade de explorar o tema decorreu do fato de que a família e o recém-nascido são indissociáveis, e que o cuidado não é, de fato, integral se não for prestado a ambos.

A afinidade pessoal pelo tema deu-se a partir da minha inserção no Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, Criança e Adolescente – GEPSFCA, contexto onde foi desenvolvido o projeto do qual derivou a presente pesquisa.

2. OBJETIVO

Compreender as atitudes dos enfermeiros nas relações de cuidado para com as famílias no contexto dos cuidados em Unidade Neonatal.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 A Terapia Intensiva Neonatal

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local assinalado por situações de emergência, rodeado de expectativas e riscos, onde o recém-nascido é submetido a procedimentos invasivos e situações estressantes, muitas vezes desconhecidas pelos pais (CABEÇA; SOUSA, 2015). É o local de assistência a recém-nascidos vulneráveis, criticamente enfermos, que demandam cuidados de enfermagem específicos e contínuos, exigindo do profissional conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas (LINS *et al.*, 2013).

Segundo Silva *et al.* (2013), a UTIN é um ambiente tecnológico onde as inovações e os esforços profissionais, em seus diferentes níveis de complexidade, são em prol da recuperação do bebê, vislumbrando sua alta hospitalar. Porém, a atenção que deveria ser focada no bebê, acaba tendo seu foco na patologia, estado clínico ou nos aparelhos tecnológicos que o cercam, onde o enfermeiro deixa de perceber o bebê, o ser, e passa a visualizar, prioritariamente, parâmetros e exames. Devido a urgência e imediatismo que a UTIN sugere, a equipe se volta ao domínio e manipulação das tecnologias, em detrimento ao cuidado humanizado que deveria ser prestado ao recém-nascido e sua família.

Com o avanço das pesquisas em saúde a neonatologia exibiu um significativo desenvolvimento, enriquecido pela necessidade de amenizar o trauma do recém-nascido e de sua família, tornando as UTIN's ambientes mais humanizados. Entendeu-se a necessidade de estudar não somente os aspectos biológicos, mas também os psicossociais e as consequências que este ambiente pode vir a trazer para o desenvolvimento e qualidade de vida dos recém-nascidos e das famílias (MELO; SOUZA; PAULA, 2013).

Neste sentido, foram criadas no Brasil políticas de saúde e programas que incentivaram a mudança no atendimento e modo de agir dos profissionais, valorizando a dimensão humana e subjetiva, em detrimento ao modelo biomédico e tecnocrático, como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tem como foco aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários

(BRASIL, 2001). Surgem ações que enfatizam os sujeitos, antes negligenciados e subestimados, e que agora tem suas necessidades e individualidades acatadas.

Humanização em saúde passou a ser um tema relevante, considerando a atenção e o cuidado prestados embasados em princípios antes esquecidos, como a integralidade da assistência, a equidade e a participação do usuário. Foi necessária uma revisão da prática cotidiana em saúde (OLIVEIRA; NUNES, 2014). O acolhimento é o ponto chave da PNHAH, e tem como papel garantir que os usuários sejam ouvidos com atenção (escuta qualificada) e acolhidos, para que possam ter acesso a todas as unidades da rede pública, podendo ter suas dúvidas esclarecidas e seus medos e anseios minimizados, com o atendimento de suas necessidades e respeito a seus direitos.

No contexto da neonatologia surgiu o Método Canguru, regulamentado pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Canguru, que objetiva modificar a forma como a atenção em neonatologia é prestada, com cuidados técnicos humanizados, uma melhor atenção à mãe, ao recém-nascido e à sua família (BRASIL, 2013). Apresenta quatro fundamentos básicos: acolhimento ao bebê e sua família; respeito às singularidades; promoção do contato pele-a-pele o mais precoce possível; e envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê. Estes objetivos estão presentes, pois é sabido que a qualidade da interação mãe-bebê, desde o primeiro contato, é importante fator de mediação entre os eventos perinatais e o desenvolvimento sócio cognitivo dessa criança, onde os primeiros meses de vida são fundamentais para a formação de vínculo entre o recém-nascido e a família (FERNANDES et al., 2015).

3.2 A Família no Hospital

A família é caracterizada principalmente pelas inter-relações que se constituem entre seus membros, em organização, estrutura e funcionalidade específica. É um sistema social dinâmico, que incorpora valores, crenças, conhecimentos e práticas, que as tornam únicas (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O conceito de família vem sendo reformulado ao longo dos tempos e para várias sociedades e culturas, mas sua significância permanece como sendo a unidade de referência para o indivíduo e sociedade. Seu objetivo principal é proporcionar bem-

estar e administrar a continuidade e o desenvolvimento de seus membros (RODRIGUES, 2013).

Para Silva (2010) a família é internamente influenciada pelos seus membros e agrega, ao mesmo tempo, influências externas, sendo dotada da capacidade de auto-organização, lhe permitindo atingir equilíbrio devido a sua consistência. É entendida como um todo, porém percebendo-se a individualidade e complexidade de seus membros. É o principal sistema de suporte de crianças, devido a sua constante mudança e adaptabilidade, passíveis de lidar com as transformações decorrentes do ciclo vital. Essas transformações podem ser do estado de saúde, no papel das relações, modificações das expectativas ou habilidades, e exigem da família a aquisição de conhecimentos, alteração de comportamentos e uma redefinição da própria família.

O nascimento de um filho, seja ele o primeiro ou não, acarreta um turbilhão de novas vivências e emoções. Quando se trata de um bebê prematuro ou gravemente doente, os pais experimentam uma sensação de perda, de ruptura, onde o bebê perfeito, imaginado e desejado, já não existe. O nascimento de um bebê e a sua necessidade de hospitalização são situações de crise que demandam uma adaptação por parte da família e podem ocasionar dificuldades na formação e manutenção do vínculo entre seus membros (SILVA, 2010).

De acordo com Fernandes e Silva (2015), essa necessidade de hospitalização dos bebês, para o enfermeiro é algo normal, porém é angustiante para os pais e familiares, podendo desencadear reações diversas, principalmente de descrença, quando a patologia é grave ou de difícil tratamento e sentimentos de ansiedade e medo do desconhecido. Os familiares, principalmente os pais, demonstram sentimentos de raiva e culpa pelo problema do recém-nascido, ocorre a ruptura do vínculo entre mãe e filho, o que compromete a afetividade entre pais e filhos. O contato físico esporádico ou ausente e em ambiente hostil colabora para essa ruptura ou não formação do vínculo recém-nascido e família. Neste momento, o enfermeiro tem papel fundamental, pois por intermédio de suas práticas de cuidados ele propicia a formação do vínculo entre pais e bebê e a adaptação da família frente às dificuldades enfrentadas na UTIN.

3.3 O Cuidado de Enfermagem

Segundo o Dicionário Aurélio (FERREIRA, 2010) a palavra Cuidado deriva do latim *cogitatu*, pensado, imaginado, meditado; enquanto sua origem etimológica vem de *cogitatus*, que significa refletido. É utilizado também para expressar dedicação, atenção especial, comportamento precavido, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo (HOUAISS; VILLAR, 2001).

Acioli *et al.* (2014) enfatiza que no Brasil, cuidar é normalmente associado ao termo “assistir”, proveniente do inglês *to assist*, que significa ajudar. Relaciona-se a estar presente, socorrer, estar perto de alguém que precise de ajuda. Para as autoras cuidar pode ser definido como velar, tomar conta, um conjunto de ações que têm por fim e por função, conservar a vida dos seres vivos com o objetivo de favorecer a reprodução e a perpetuação da vida do grupo.

Segundo Souza (2013), em Enfermagem, cuidado é mais que momento de atenção e de zelo, é uma ação técnica e objetiva que admite uma dimensão expressiva. Envolve atitudes de ocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro. Se dá na relação interpessoal e se estabelece entre sujeitos, pressupondo comunicação e dependência de saberes próprios. Para Acioli *et al.* (2014), é representado por valores do toque, olhar e escuta, que ultrapassam as dimensões práticas e técnicas do cuidado. É considerado o objeto e a essência da Enfermagem.

Acioli *et al.* (2014) diz, ainda, que o cuidado em saúde evoluiu historicamente de técnicas estritamente curativas e individualizantes para práticas integrais e coletivas. Era voltado essencialmente para a cura das doenças, onde via-se apenas a patologia, deixando de lado o ser repleto de angústias, anseios e dúvidas. Atualmente, o cuidado não é apenas técnico e voltado para a patologia, ele vai além, vislumbra aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo e do coletivo, além de valorizar relações pessoais entre sujeito, família e profissionais de saúde, tornando a prática de cuidado em saúde mais complexa.

Quando há a hospitalização, os sujeitos passam a ser dependentes na realização de cuidados, principalmente por se encontrarem em uma instituição não familiar e pela perda de autonomia, intrínseca à hospitalização. Alguns possuem dependência relativa, porém sua autonomia é tolhida em algumas situações e não

podem exercer suas escolhas por conta da ordem normativa do hospital e dos exercentes do cuidado profissional (SOUZA, 2013).

Isto posto, é inerente que o cuidado em enfermagem é estabelecido quando há a conexão entre quem cuida e o ser cuidado, o que oportuniza ao enfermeiro entender a vivência do doente e o ajude a moldar um plano de cuidados individualizado e humanizado, que atenda às demandas do paciente, sendo o cuidado em enfermagem relacional, e as ações realizadas sempre se destinam com, para ou por alguém.

3.4 Cuidado de Enfermagem de Famílias

De acordo com Cruz e Angelo (2011), há evidências que previamente a década de 1920 os cuidados que abrangiam as necessidades sociais e psicológicas das crianças eram prestados por enfermeiras. Na Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945), os hospitais se tornaram locais tristes e sombrios para as crianças, pois devido à preocupação com o alastrar de infecções, os pais foram excluídos do ambiente hospitalar e separados de seus filhos, o que trouxe repercussões desse sistema até os dias atuais, marcando o relacionamento dos pais e equipe hospitalar.

Shields *et al.* (2009) enfatizam que no final da década de 1950, com a publicação do Relatório Platt, na Inglaterra, ocorreram mudanças significativas no cuidado às crianças hospitalizadas e suas famílias, como visitas irrestritas, permanência das mães no hospital com a criança e treinamento da equipe médica e de enfermagem para atender às necessidades emocionais da criança. Saiu-se de uma abordagem focada na patologia, para uma abordagem centrada na criança. Já na década de 1960 aconteceram, nos Estados Unidos e na Inglaterra, reivindicações dos próprios pais, que buscaram formas de melhorar a assistência prestada às crianças, colaborando para que a assistência não enfatizasse mais apenas a criança, mas que incluísse também a família no processo de cuidado.

A partir de 1980 o Cuidado Centrado na Família (CCF) foi formalmente definido com a criação do Instituto de Cuidado Centrado na Família nos Estados Unidos. O termo CCF surgiu com a compreensão que a família é elemento fundamental no cuidado de seus membros e que o isolamento social é fator de risco, em especial quando se trata de crianças e recém-nascidos pelo elevado grau de dependência (PINTO *et al.*, 2010).

No Brasil, a inserção das famílias no cuidado também teve início a partir da década de 1980, e o direito de permanência dos pais ou responsáveis pela criança no período de internação foi garantido após a promulgação da Lei Nº 8.069, em 1990, que regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1991). É importante ressaltar que apesar da presença dos pais ou familiares na unidade isso não garante a efetividade do cuidado à família, pois há ambientes em que a família está inserida, porém a assistência não a vislumbra.

Para Molina *et al.* (2007) devido a permanência dos pais em tempo integral no ambiente hospitalar, sua participação no cuidado e a presença de outros membros da família, pais e profissionais têm impulsionado a enfermagem de famílias, sendo a família objeto de cuidado, em um processo de relações e intervenções que visam além do cuidado clínico. Há a modificação do tradicional cuidado centrado na patologia e a oferta de uma abordagem onde o foco é a criança e a família.

Surge, então, a Enfermagem de Famílias, que é a especialidade da enfermagem que realiza o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que se encontram no raio de ação da prática de enfermagem. Objetiva promover, restaurar e manter a saúde das famílias (HANSON, 2005).

Na Enfermagem de Famílias o enfermeiro apresenta mudanças de atitude, elimina a indiferença em relação às famílias, demonstra interesse e preocupação com o outro, desenvolve a empatia. A família necessita ser atendida e cuidada, sendo esse cuidado mais abrangente, e o enfermeiro, ao se deparar com as diversas dimensões da família e do cuidado, deve possuir conhecimentos e atitudes para o estabelecimento de vínculo com confiança, valorizando a relação que está sendo estabelecida (RIBEIRO, 2016).

Hanson (2005) nos diz que a Enfermagem de Família desempenha alguns papéis principais, onde a família é o centro das atividades e que o contexto onde a família está inserida afeta o papel desempenhado pelo enfermeiro. A autora define como sendo treze (13) os papéis da Enfermagem de Família:

1 – Educador de saúde: quando o enfermeiro desempenha ações de educador-professor, como quando ensina aos pais sobre os cuidados ao recém-nascido ou quando orienta a terapêutica e mudanças de estilo de vida face a um diagnóstico;

2 – Coordenador, colaborador e intermediário: O enfermeiro tem o papel de planejar, em conjunto com a família e a equipe, quais os cuidados destinados a família. Além disso, orientar e auxiliar na tomada de decisão em questões burocráticas e auxílios sociais;

3 – Executante, supervisor de cuidados e perito técnico: O enfermeiro, quando dotado de conhecimentos e técnicas, pode executar e avaliar atividades técnicas na família, como por exemplo em cuidados domiciliares à pacientes acamados e em ventilação mecânica;

4 – Advogado da família: O enfermeiro defende as famílias que trabalha, falando em nome delas, se necessário;

5 – Consultor: Quando o enfermeiro é a referência familiar para consultoria, por exemplo na indicação de profissionais ou serviços que atendam à família;

6 – Conselheiro: Há o desempenhar do papel terapêutico da enfermagem ao ajudar os familiares a lidarem com problemas e diagnósticos difíceis;

7 – Detector de casos e epidemiologista: O enfermeiro realiza a busca ativa nas famílias, detectando casos suspeitos e rastreando possíveis comorbidades;

8 – Modificador de ambiente: O enfermeiro intervém, junto à família, orientando-a a modificar o espaço físico para melhor acomodação do familiar que retornará ao domicílio;

9 – Orientador e intérprete: O enfermeiro é quem explica as patologias e situações que envolvem às famílias, de forma clara e objetiva, não deixando a família com dúvidas e sendo sempre aberto a questionamentos;

10 – Substituto: O enfermeiro substitui o familiar quando o mesmo não pode estar presente, sendo o suporte que o paciente, sozinho, necessita naquele momento;

11 – Investigador: Utilizando sua investigação científica, o enfermeiro deve buscar soluções práticas e possíveis para auxiliar as famílias no enfrentamento de situações adversas da patologia em questão;

12 – Modelo de identificação: O enfermeiro é modelo para a família e sociedade;

13 – Supervisor de processos: Quando o enfermeiro trabalha em conjunto com a família e o sistema de saúde, supervisionando determinado caso. Desenvolve atividades de coordenação e colaboração.

Assim, Hanson (2005) infere que se tratando de cuidados em neonatologia, os enfermeiros, em seus cuidados à família, podem reduzir estresses nos bebês doentes, desmitificar as experiências aos irmãos, informar a pais e avós sobre a patologia e procedimentos realizados e apoiar a família como um todo, durante todo o período de hospitalização da criança e nos possíveis retornos da família.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza do estudo

Ciente do que interessava e importava estudar, decidiu-se pela realização de investigação que se insere no paradigma qualitativo e no âmbito deste, a análise de conteúdo, numa natureza descritiva e exploratória. Sob um olhar atento e criterioso sobre os materiais e métodos utilizados na pesquisa para assim alcançar o objetivo de permitir paulatinamente fazer a ponte entre o relato dos profissionais e as implicações para a prática do cuidado de famílias.

A pesquisa qualitativa é uma forma de captar o ponto de vista do indivíduo, de localizar o observador no mundo e dar visibilidade a este (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2015). Oportuniza ao pesquisador compreender a forma que os seres humanos pensam, agem e reagem frente a situações específicas, além disso, propicia o entendimento da dinâmica e estrutura da situação estudada, do ponto de vista de quem a vivencia. Proporciona, ainda, a compreensão de fenômenos complexos e únicos, reduzindo a distância entre a prática e o conhecimento, pois auxilia no entendimento de sentimentos, valores, atitudes e temores das pessoas ao explicar suas ações diante de um problema ou situação (LACERDA; LABRONICI, 2010).

De acordo com Turato (2011), na metodologia qualitativa aplicada à saúde, não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Ou seja, torna-se indispensável compreender o que os fenômenos representam para elas. É uma modalidade de pesquisa em que se busca registrar e interpretar o significado do que foi dito assim como o modo como foi dito (KVALE, BRINKMANN, 2009). Assim, o pesquisador consegue articular fatos e significados expressos e o que é dito entre linhas. Para Milton (2011) ler entre linhas significa perceber ou detectar um significado oculto ou não expresso. Deste modo, julga-se apropriada essa abordagem para compreensão do objeto de estudo e para alcançar o objetivo da pesquisa.

4.2 Recursos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual do tipo aberta, pois permite explorar a narrativa experiencial e a conversação sobre o significado das experiências.

Para Gray (2012), entrevista é uma conversa entre pessoas que tem um objetivo, uma finalidade e vai além do intercâmbio de opiniões. O pesquisador, por saber seu tópico de estudo, mantém certo controle sobre o desenvolvimento da entrevista, sem direcionar a fala do entrevistado.

Foi utilizada entrevista não estruturada, com uso de pergunta aberta e norteadora. Essa é uma modalidade de entrevista em que o pesquisador permite que o entrevistado fale sobre o tema com certa liberdade, mas sem que haja fuga do tema pesquisado, por isso a importância da pergunta norteadora. Não há o rigor de uma entrevista formal e o pesquisador pode buscar esclarecimentos a qualquer tempo, elucidando questões não compreendidas. Segundo Gray (2012), nessa modalidade de entrevista o pesquisador verifica pontos duvidosos e reformula as perguntas para verificar a precisão e o entendimento das respostas.

As entrevistas foram guiadas por uma pergunta aberta de caráter exploratório: que atitudes podem ser assumidas pelo enfermeiro para valorizar o cuidado com as famílias? Aliada a esta pergunta outras questões subsequentes surgiram a partir do fluxo das descrições dos participantes tendo como objetivo facilitar a expressão das experiências vividas pelos participantes, tais como: O que significa, para você, a participação da família no processo de cuidado? Como você se sente?

A entrevista foi realizada tendo em vista alguns critérios tais como: ter possibilitado ao participante tempo para pensar antes de iniciar o processo de gravação do áudio; só iniciar a gravação quando autorizada pelo participante; nunca interromper o pensamento do participante; exercido a sensibilidade na escuta e atenção ao que é dito e como é dito para obter material que possibilitasse riqueza e qualidade dos dados.

Em poucas oportunidades foi necessária intervenção da pesquisadora para focar a fala do participante no tema tendo como objetivo obter descrições detalhadas para assim gerar significados sobre o objeto de investigação. Nesse processo, foi empreendido esforço no sentido de ter capacidade para esclarecer junto ao participante dados ambíguos e de procurar focar o diálogo no tema da pesquisa e de obter descrições detalhadas.

Antes da coleta de dados propriamente dita, foi realizado primeiro contato com o participante, onde foi informado o objeto e relevância da pesquisa e importância de sua colaboração. Foram expostos os objetivos da pesquisa, assim como acordado

data, local e horário para realização da entrevista. Nessa oportunidade foi obtida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em alguns casos, a entrevista propriamente dita foi realizada logo em seguida ao primeiro contato com o participante, mas para a maioria foi agendada data e local definidos pelos mesmos.

Todas as entrevistas foram realizadas no espaço físico da UTI Neonatal em sala destinada ao encontro de famílias de crianças internadas na unidade. Uma única entrevista ocorreu na sala da Coordenação da UTI. Na realização das entrevistas teve-se a preocupação de assegurar ausência de ruídos e interrupções que pudesse comprometer a qualidade do áudio além do conforto do participante. Cohen e colaboradores (2000) enfatizam que ainda que o gravador cause perturbação no início, os participantes tendem a ignorar o instrumento após alguns minutos e a atmosfera da entrevista se estabelece ao longo do tempo. Mas, considerou-se utilizar equipamento portátil de tamanho reduzido, sem emissão de luzes e sons e fácil de operar.

Após a coleta das entrevistas foi realizada transcrição literal do material com pequenas alterações com o objetivo de situar as ideias do participante e de tornar a forma oral para a escrita mais legível. Em seguida as entrevistas foram devolvidas para os participantes, para que pudessem ser feitas correções ou alterações que os mesmos julgassem necessárias. Para tanto, o texto com as entrevistas foi impresso e entregue pessoalmente a cada um dos participantes e negociado data de devolução a pesquisadora. Essa estratégia foi importante para esclarecer alguns aspectos da entrevista que não ficaram claros quando da transcrição. Feito isso, os dados da entrevista, já transcritos e corrigidos, foram utilizados para análise.

4.3 Referencial Metodológico: o suporte para desvelar os significados

Como suporte na coleta e análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo, que, segundo Bardin (2011), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A Análise de Conteúdo é um método taxonômico que se configura por um conjunto de técnicas polimorfos e polifuncionais para descrever descobertas e significados com um máximo de rigor e cientificidade, ou de acordo com Bardin (2011, p. 37), “um leque de apetrechos” adaptável ao campo das comunicações onde a

“descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens” a partir da análise categorial que tem como objetivo “tomar em consideração a totalidade de um texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido” (BARDIN, 2011, p.43). A técnica da Análise de Conteúdo consiste em classificar os diferentes elementos em diversas gavetas segundo critérios suscetíveis de fazer surgir um sentido a comunicação. Daí a necessidade de o pesquisador trabalhar a fala e as significações e, pela análise, conhecer aquilo que está por trás das palavras tendo como principal material os significados.

Diante dessa diversificação e também aproximação terminológica, optou-se por elencar as etapas da técnica de acordo com Bardin (2011), que são organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise é realizada a organização do material a ser analisado, com o intuito de torná-lo funcional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

Nessa etapa, foram selecionadas as entrevistas que compuseram o *corpus* de análise. O *corpus* é um conjunto dos documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2011). No total foram realizadas doze (12) entrevistas, mas uma (1) foi desconsiderada como dados para a análise, pois apesar do esforço da pesquisadora em situar o participante focado no objeto da pesquisa, os desvios da comunicação comprometeram o produto da entrevista. Entretanto, para a definição do *corpus* levou-se em consideração a regra da exaustividade (todos os enfermeiros do serviço de neonatologia foram entrevistados apesar das dificuldades para conciliar as atividades profissionais dos mesmos e o tempo para a entrevista); e a regra da representatividade (universo heterogêneo dada as diferentes características das participantes e, ao mesmo tempo homogêneo, em função do

fenômeno pesquisado); e por último a regra da pertinência (o conteúdo das entrevistas foi adequado enquanto fonte de informação para o alcance do objetivo da pesquisa).

Em seguida, foram construídas as hipóteses que permitiram construir os indicadores de análise. Para Bardin (2011, p.124) hipótese é “uma afirmação provisória ou uma suposição cuja origem é a intuição”. Significa um processo em que o pesquisador se pergunta: a análise inicial do objeto de pesquisa e o conhecimento que possuo me levam a pensar que... Mesmo não sendo o levantamento de hipóteses um processo obrigatório na etapa da Pré-Análise, esse recurso foi importante para fazer com que os dados se transformassem paulatinamente em material analítico e permitisse determinar as dimensões e direções da análise. Esse processo pode ser visualizado no Quadro 1 e 2 a seguir:

Quadro 1. Pré-Análise dos dados e construção das hipóteses

Entrevista 1	Hipóteses
<p>As atitudes que a gente procura tomar para cuidar da família são sempre trazer esclarecimentos e fazer o acolhimento dessas famílias logo na admissão dos bebês na UTI-NEO. Nesse momento neonatal, na vida do recém-nascido, a família e o bebê são praticamente a mesma coisa, é um só, porque o bebê sem o cuidado da família, ele não existe. Não adianta a gente tratar a saúde do bebê e não gerar um vínculo com aquela família, porque quando ele estiver bem de saúde a família pode não ter uma situação social para receber ele de volta. Não adianta o hospital cuidar para si, o hospital cuida para a família continuar a cuidar em casa. Então a gente precisa esclarecer bem, acolher essa família logo na admissão. Isso é necessário para que a família se sinta à vontade para questionar, para perguntar, para se expressar e falar das suas fragilidades, suas inseguranças, tudo isso. Tirar as dúvidas deles e, como eu disse, reforçar esse vínculo porque na UTI neonatal é uma situação geralmente de frustração porque durante a gestação se imagina um bebê, até antes de gestar sempre se imagina um bebê, e o bebê que vem para a UTI não é o bebê imaginado, por mais que seja um simples desconforto respiratório, mas a mãe sempre sonhou levar direto o bebê para casa. Isso muitas vezes pode gerar uma ruptura, principalmente em casos mais extremos como má formação, prematuridade extrema, então aquele bebê é completamente diferente do que a mãe imaginou, e isso pode quebrar, fazer uma ruptura no vínculo da mãe com aquele bebê e ela se afastar dele, não reconhecer como seu. A Enfermagem tem papel fundamental no acolhimento, nos esclarecimentos, de ajudar na formação do vínculo da mãe com o bebê que não é o bebê imaginado muitas vezes. Identificar as fragilidades e as necessidades da família e quando for necessário fazer os encaminhamentos adequados, por exemplo uma família que mora distante, que tem dificuldade financeira para estar aqui ou outros tipos de necessidade. Às vezes algumas informações não são tão necessárias naquele momento então precisamos ter essa percepção também, do que o pai vai entender,</p>	<p><u>O acolhimento, esclarecimento de dúvidas e estabelecimento de vínculo</u> representaram estratégias que valorizam a família no contexto da UTI Neonatal</p> <p>A família parece ser <u>incluída nas relações de cuidado</u> do enfermeiro tendo como foco a <u>continuidade do cuidado</u> no contexto domiciliar e familiar</p> <p>A <u>comunicação efetiva e o vínculo</u> viabilizam a interação com a família assim como a expressão de necessidades e inseguranças da família</p> <p>Reconhecer que a <u>família lida com o complexo processo de desconstrução do bebê imaginário</u> condição que sugere o <u>cuidado centrado na família e nas suas necessidades</u></p> <p>A comunicação com a família exige que o profissional</p>

do que ele vai absorver naquele momento, do que vai ser útil, para aquele bebê, que o pai saiba naquele momento. Se a tentativa é reforçar o vínculo então precisamos saber a hora de trazer a informação. Eles precisam saber, mas eles precisam saber da forma certa, no momento certo.	estabeleça a <u>informação oportuna e em tempo oportuno de forma clara e sem ambiguidades</u>
---	---

Quadro 2. Pré-Análise dos dados e construção das hipóteses

Entrevista 2	Hipóteses
<p>Eu entendo que o enfermeiro, o profissional, ele tem que ter uma atitude de proximidade e escuta com as famílias. Tem que se aproximar e escutar porque a gente percebe que as vezes o profissional está muito mais ligado, atento, para a assistência. Então tem que ter essa atitude de estar junto. A assistência é também no sentido de parar para escutar, para entender a família. Porque se a gente não para, não escuta, eu sempre digo que cuidado tem que estar junto com tratamento. Eu trato e cuido, eu cuido e trato. Porque senão eu não vou tratar separadamente do cuidado e tem que trazer a família. A família hoje é indispensável no contexto do tratamento dentro de uma UTI ou qualquer outro espaço onde se lida com pessoas, não se pode dispensar uma família ali perto do cliente e do profissional. Atitude mesmo que eu vejo é de escuta, você tem que escutar, se aproximar e ouvir, já foi aquele tempo onde a palavra era do profissional, eu tenho essa experiência, “quem manda aqui sou eu”, e hoje a gente já para e escuta a família. Ela é importante nesse momento do cuidado. Eu não posso colocar uma cortina separando a família do seu ente querido, não pode existir isso, o profissional tem que estar perto e para estar perto eu tenho que ouvir, que olhar nos olhos mesmo. A comunicação, estar ali corpo a corpo com esses pais sempre que eles entram na UTI, estando presente com a família, comunicando-se abertamente, estando disponível e falando a linguagem deles constantemente, sempre que possível, estar disponível para as perguntas, para os esclarecimentos, para as necessidades deles e estar ali ao seu lado mesmo, acho que é a melhor forma de gerar ou fortalecer esse vínculo com a família. Hoje há uma tentativa de manter a família perto, mas nem sempre é tão eficaz quanto deveria, muitas vezes pela grande demanda de serviços e de atividades, agora mesmo, nesse momento a gente está vivendo uma superlotação e então quando acontece isso a gente tem muita atividade, e termina que muitas vezes não dá tempo de parar para realmente ter aquele momento como deveria ser, existe o momento mas, muitas vezes, mais breve do que deveria, então às vezes alguma coisa passa, mas existe sempre a necessidade, existe sempre a tentativa de fazer da melhor forma, de acordo com o tempo e de acordo com o que está disponível.</p>	<p>A proximidade e a escuta se definem como <u>atitudes para cuidar da família</u></p> <p>O cuidado à família se expressa pelas <u>dimensões técnicas e subjetivas</u></p> <p>A <u>presença da família</u> configura-se como estratégia para participação no cuidado da criança</p> <p>Apesar das estratégias da comunicação eficaz e do vínculo serem estabelecidos <u>há barreiras para cuidar da família e sugere dois tempos: um tempo para o cuidado técnico da criança e um tempo para cuidar da família.</u></p>

Desse processo foram emergindo várias hipóteses e permitindo consolidar dados brutos das entrevistas em dados analíticos, e, o aprofundamento do conhecimento. As 17 hipóteses construídas podem ser visualizadas no diagrama a seguir:

Diagrama 1. Apresentação das hipóteses construídas no processo de análise



A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na identificação das unidades de registro (unidade de significação) que corresponde ao segmento da mensagem e na definição de categorias (sistemas de codificação-gavetas). A unidade de registro pode ser uma palavra ou uma frase. Significa reunir palavras e frases que funcionaram como “rótulos”, que após serem agrupadas em suas especificidades apontaram para ressignificações. Consiste em classificar os elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento para “fornecer, por condensação uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 2011, p. 48-49). Esta fase é longa e criteriosa e consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração. A codificação “é uma transformação dos dados brutos do texto” (BARDIN, 2010, p. 129) que permite atingir uma representação do conteúdo. Para essa etapa o processo se deu a partir do recorte (escolha das unidades) como apresentado no Quadro 3, seguida pela classificação e a agregação para a escolha dos temas. Ao todo foram construídas 340 Unidades de Registro:

Quadro 3. Categorização dos dados brutos em Unidades de Registro

Fragmento da Entrevista	Unidades de Registro
<p>As atitudes que a gente procura tomar para cuidar da família são sempre trazer esclarecimentos e fazer o acolhimento dessas famílias logo na admissão dos bebês na UTI-NEO. Nesse momento neonatal, na vida do recém-nascido, a família e o bebê são praticamente a mesma coisa, é um só, porque o bebê sem o cuidado da família, ele não existe. Não adianta a gente tratar a saúde do bebê e não gerar um vínculo com aquela família, porque quando ele estiver bem de saúde a família pode não ter uma situação social para receber ele de volta. Não adianta o hospital cuidar para si, o hospital cuida para a família continuar a cuidar em casa. Então a gente precisa esclarecer bem, acolher essa família logo na admissão. Isso é necessário para que a família se sinta à vontade para questionar, para perguntar, para se expressar e falar das suas fragilidades, suas inseguranças, tudo isso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar as famílias 2. Acolher as famílias 3. Cuidar da família a partir da admissão 4. Família e bebê são unidades de cuidado na neonatologia 5. Atribui valor ao cuidado familiar 6. Estar disponível para esclarecimentos 7. Dependência de vínculo com o cuidado 8. Paralelo entre o cuidado técnico e o cuidado social 9. Preparar a família para a continuidade do cuidado 10. Condições para a continuidade do cuidado: acolhimento e comunicação 11. Oportunizar que a família se expresse 12. Escuta atenta 13. Identificar as fragilidades e necessidades da família 14. Intervenção pautada nas necessidades da família

Dado o volume de dados analíticos, as Unidades de Registro foram numeradas sequencialmente a partir da primeira entrevista (1 a 340). Esta estratégia

facilitou a localização de cada Unidade de Registro na entrevista da qual foi construída, ou por outro lado, a partir do número de cada Unidade de Registro era possível localizar de qual entrevista fazia parte. Facilitou ainda a localização dos fragmentos das falas quando da descrição dos temas. Essa estratégia pode ser visualizada na Figura 1:

Figura 1. Números das Unidades de Registro segundo cada entrevista realizada.



A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados e nela ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas

interpretações inferenciais. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011). Ressalta-se que no processo de análise optou-se por não trabalhar com enumeração ou contagem frequencial, pois a opção foi a descrição das categorias a partir da análise temática.

Tendo em vista as diferentes fases da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), destacam-se as dimensões da codificação e categorização, que possibilitam e facilitam as interpretações e as inferências. No que tange à codificação, corresponde a uma transformação que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão.

Após a codificação, segue-se para a categorização, que é a classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo analogia com critérios previamente definidos.

As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 2011).

4.4 Participantes

Foram participantes da pesquisa enfermeiros que exerciam suas atividades profissionais na unidade de neonatologia do Hospital Universitário Materno-Infantil (dez na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e um no *Follow up*). Os participantes foram incluídos a partir dos seguintes critérios: estar em pleno exercício profissional, além de ter experiência profissional no setor de, no mínimo, seis meses.

4.5 Local de estudo

O contexto da pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão (HUMI/UFMA) registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Hospital de referência para a atenção a Recém-Nascido pré-termo e com Baixo Peso ao Nascer e Método Canguru.

4.6 Compromisso Ético com a Pesquisa

Este estudo é parte do projeto de pesquisa “Importância da Família para os Processos de Cuidados: Atitudes de Enfermeiros nos contextos hospitalar e da Atenção Básica”, vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade

Federal do Maranhão e ao Grupo de Estudo e Pesquisa na Saúde da Família, da Criança e do Adolescente – GEPSFCA.

Foram seguidas as recomendações éticas de pesquisa com seres humanos da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetido, ainda, à avaliação da Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – COMIC/HUUFMA para avaliação dos aspectos operacionais da pesquisa (Protocolo no 001745/2015).

Na condição de depositária da confiança de cada um dos participantes e de um conjunto substancial de dados, importou assegurar os princípios éticos e assumir a responsabilidade para empreender análise e interpretação consistente dos mesmos. Tendo em consideração que na pesquisa qualitativa o pesquisador terá descrições detalhadas dos dados, emerge a importância de assegurar o princípio da confidencialidade e do anonimato, portanto, a fonte dos dados será apresentada de forma codificada (Enfermeiro 1, 2, 3... 11). Numa postura de respeito pelos participantes, tendo-os como elemento ativo na pesquisa, considerou-se o princípio da autonomia conferindo a eles, depois de devidamente informados e esclarecidos, a possibilidade de recusar participar da pesquisa.

Em um primeiro contato foi esclarecido aos participantes a metodologia do estudo, os objetivos, a garantia do sigilo em relação à identificação dos mesmos e ao conteúdo da entrevista. Se de acordo, os participantes assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A) em duas vias (uma via foi entregue aos participantes e a outra ficou com a pesquisadora).

4.7 Período da pesquisa

Efetivada a mobilização dos participantes, a coleta de dados foi realizada após o primeiro contato, em data e horário previamente acordado com os participantes. O período da coleta deu-se de 25 de agosto a 19 de dezembro de 2016.

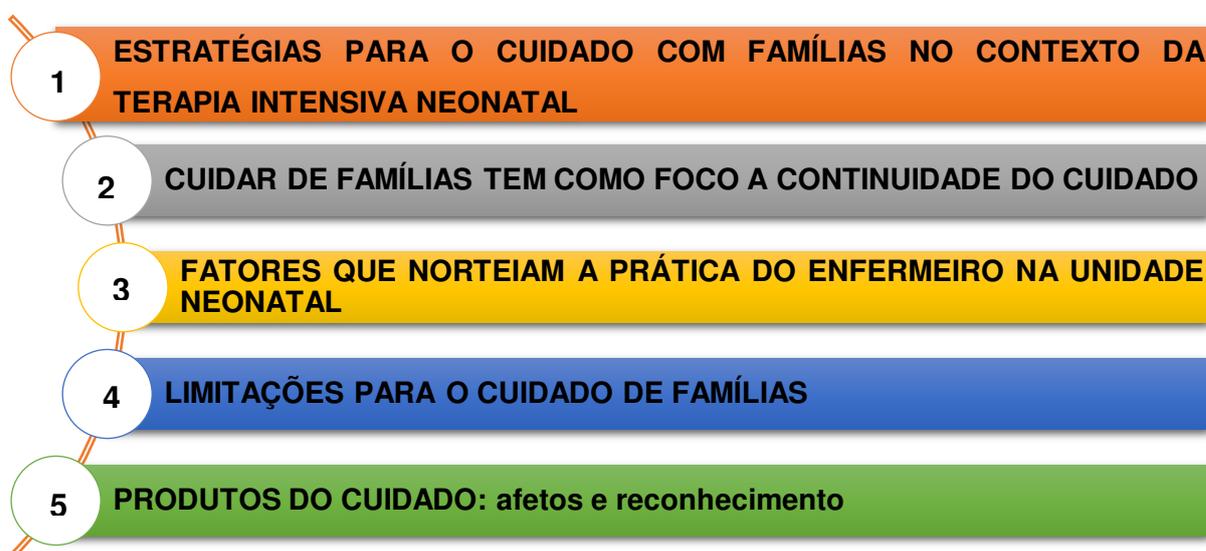
5. DESVELANDO OS SIGNIFICADOS: descrição interpretativa do fenômeno

Antes de apresentar os resultados, consideramos importante ressaltar a fala de um dos participantes da pesquisa relativa à importância dos enfermeiros refletirem sobre a temática no contexto da UTI Neonatal:

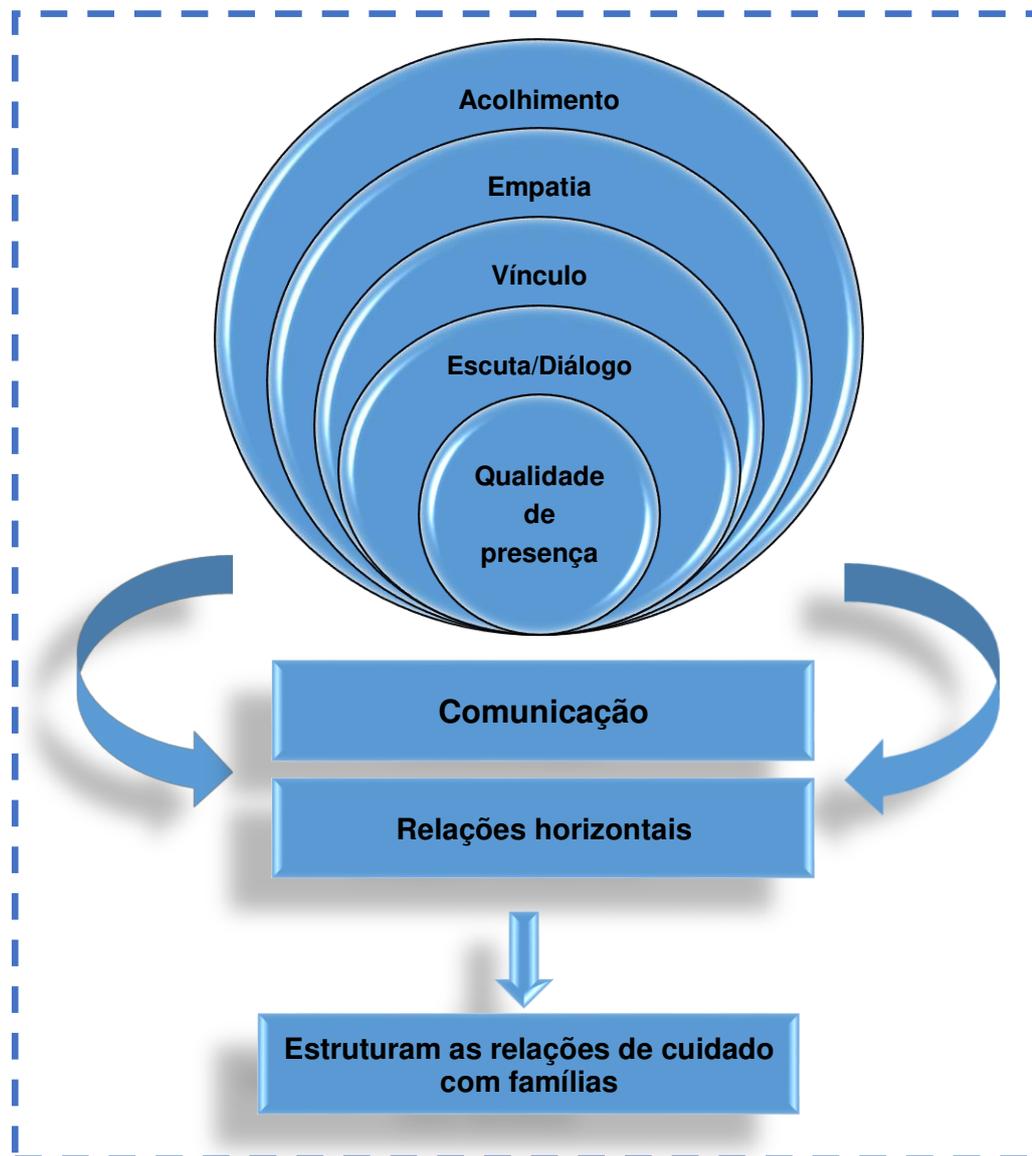
Queria te dizer que quando a tua pesquisa estiver pronta, tu deverias colocar isso aqui dentro, para que a gente possa ver resultados, para que a gente possa conscientizar as pessoas, para a gente ver e identificar que aqui tem que mudar nisso, naquilo, porque é importante que isso aconteça e caia a ficha (Enfermeiro 11).

Portanto, foi com compromisso científico e ético que todo o processo da pesquisa foi conduzido, e, de um conjunto de dados e pelo criterioso processo da Análise de Conteúdo foi possível nomear temas/significados do fenômeno atitudes do enfermeiro no cuidado com famílias no contexto da terapia intensiva neonatal. Na análise deste fenômeno procurou-se determinar quais eram os temas ou formulações conceituais que respondiam à pergunta e ao objetivo da pesquisa. Para nomear cada tema utilizou-se do agrupamento das Unidades de Registro aliado às hipóteses construídas em cada etapa da análise, compreendendo como tema uma simplificação ou uma forma de capturar o fenômeno, a sua essência, a partir de uma visão global, aglutinadora e ao mesmo tempo particular, daquilo que foi expresso por cada um dos participantes da pesquisa. Desse processo foram construídos cinco (05) temas que serão apresentados descritivamente com recorte das falas dos participantes e podem ser visualizados na Figura 2:

Figura 2. Temas construídos e nomeados a partir dos dados e pelo método da Análise de Conteúdo



TEMA 1. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO COM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL



Este tema foi composto por 76 Unidades de Registro nas quais os enfermeiros caracterizaram as estratégias utilizadas para o cuidado com famílias na UTI Neonatal. Foi revelado que o acolhimento, a empatia, o vínculo, a escuta, o diálogo e a qualidade da presença estruturam o cuidado no contexto da terapia intensiva neonatal. Cuidar da família na UTIN emergiu como necessidade de estar perto, de estar próximo:

As atitudes que a gente procura tomar para cuidar da família são sempre trazer esclarecimentos e fazer o acolhimento dessas famílias logo na admissão dos bebês na UTI-NEO (Enfermeiro 1).

A principal atitude do enfermeiro é o acolhimento. A gente acolhe a família, esclarece, ajuda no contato pele a pele, porque na maioria das vezes eles

tem medo. Então a atitude é essa, de acolhimento e de esclarecimento (Enfermeiro 7).

A atitude do enfermeiro para cuidar da família é o acolhimento, você receber, respeitar como pessoa, esclarecer de uma forma clara, de uma forma concreta, de uma forma que ele vá entender o que você está falando sobre a real situação do bebê, sem arroteio, sem termos difíceis. E você sentir que está sendo entendido, conseguir a confiança dessa família, porque acho que o principal é isso (Enfermeiro 11).

Acolhimento, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 6), é o “ato de receber e atender os diferentes integrantes da família do bebê internado na unidade neonatal, procurando facilitar sua inserção nesse ambiente. O acolhimento envolve uma ação não somente física, mas também de cunho afetivo”. É uma relação humanizadora, que envolve trocas e inclui, além do próprio sujeito, também o seu contexto social.

É essencial nas relações de cuidado (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012) e é a estratégia motriz para o cuidar da família. Foi citado em grande parte das entrevistas como sendo o primeiro passo para o cuidado, o início da relação enfermeiro-família. Constitui um dos pontos-chave da PNHAH, sendo ferramenta para a ampliação e efetivação do cuidado humanizado, qualificando as relações entre profissionais e usuários e sendo parte integrante do processo de produção de saúde (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012). Deve ser iniciado no momento da internação, dando voz para que os cidadãos sejam ouvidos com atenção e que seja oportunizado a eles esclarecer suas dúvidas e amenizar seus medos e anseios, além de terem suas necessidades atendidas e seus direitos respeitados (PASSOS *et al.*, 2015).

Outra estratégia marcante nas entrevistas foi a empatia, que é definida como a capacidade de tomar consciência dos sentimentos, preocupações e necessidades do outro. Ser empático requer a consciência de sentimento, necessidades e preocupações do outro, a formação de laços, sentimento de partilha a possibilidade de se colocar em seu lugar (RODRIGUES, 2013). Essa atitude de cuidado foi revelada na fala abaixo:

[...] ter empatia pela família, saber que aquilo que a família está passando poderia ser comigo e estar disposta a ajudar em todos os momentos. Para ter empatia o enfermeiro deve se apresentar como enfermeiro e se disponibilizar diante da família e enfatizar que está disposto a esclarecer qualquer coisa, que qualquer coisa que a família precisar ele irá estar ali para atender essas necessidades. Estar sempre lembrando, através de cursos, de conversas no trabalho da importância da gente olhar para a família, porque eles sofrem muito. A gente tem que se colocar no lugar da família.

A empatia é fundamental no exercício profissional do enfermeiro, pois lhe permite reconhecer de forma eficaz as necessidades do outro, e, conseqüentemente, satisfazê-las mais rapidamente. É a capacidade de o enfermeiro compreender, sem julgamentos, as experiências vividas pela família, compartilhar as emoções percebidas, sentir com ela. Envolve ouvir, atender as preocupações e, principalmente, fazer com que a família se sinta compreendida (FRANCISCO, 2017). A empatia se faz necessária ao cuidar de famílias, pois sugere a sensibilidade essencial do enfermeiro para conhecer o contexto social, ser o suporte dessa família e buscar formas de ajudá-la em suas dificuldades:

Dar o suporte para as famílias, que são de todos os níveis sociais, muitos são médicos, enfermeiros, recebemos gente de todos os contextos sociais e recebemos também aqueles que são mais pobres, que tem menos condições, que as vezes não tem nem a condução para vir para cá para o hospital e ficar com o bebê (Enfermeiro 9).

Além disso, o vínculo surge como estratégia indispensável ao cuidado de famílias. Corrêa *et al* (2015) enfatizam o papel do enfermeiro durante a hospitalização do recém-nascido no sentido de manter uma interação com a família para que ocorra a construção e manutenção desse vínculo que resulta em bem-estar e atenuação dos danos causados pela hospitalização.

A promoção e a manutenção do vínculo com a família permite que o enfermeiro forneça cuidado integral e de qualidade, identificando suas peculiaridades e capacidade de ajustamento. Segundo Lima *et al* (2015) a formação de vínculo nesse momento de fragilidade familiar, onde há sofrimento psíquico constante e a possibilidade de perdas e rupturas, traz uma nova perspectiva no cuidar, desenvolvendo, junto a família, mecanismos de adaptação e enfrentamento, com uma maior interação e melhor entendimento, que resultará em uma atenção voltada a subjetividade e à individualidade dos sujeitos. O vínculo foi revelado em vários momentos nas falas dos participantes, em especial quando a atitude do enfermeiro é direcionada para a construção do vínculo mãe e filho:

Reforçar o vínculo, porque na UTI neonatal há uma situação geralmente de frustração porque durante a gestação se imagina um bebê e o bebê que vem para a UTI não é o bebê imaginado, por mais que seja um simples desconforto respiratório, mas a mãe sempre sonhou levar direto o bebê para casa. Isso muitas vezes pode gerar uma ruptura, principalmente em casos mais extremos como má formação, prematuridade extrema, então aquele bebê é completamente diferente do que a mãe imaginou, e isso pode quebrar, fazer uma ruptura no vínculo da mãe com aquele bebê e ela se afastar dele,

não reconhecer como seu. A Enfermagem tem papel fundamental no acolhimento, nos esclarecimentos, de ajudar na formação do vínculo da mãe com o bebê que não é o bebê imaginado muitas vezes (Enfermeiro 1).

É fundamental essa questão do vínculo que a família estabelece. Dela perceber no profissional uma empatia, porque se a família não te ver enquanto profissional como pessoa que ela tem apoio, que ela pode confiar, não vai ter troca. (Enfermeiro 4).

Temos bebês que as vezes estão muito graves e os pais ficam muito preocupados em tocar nesse bebê, acham que não podem tocar, que não podem fazer um carinho, que não podem chegar perto, e eles ficam muito preocupados em não tocar. Nesse momento é necessário desmitificar isso, que pode tocar no seu bebê, orientando para tomar cuidado com o tubo, com o acesso venoso que está no braço, mas orientar que pode pegar, como vai pegar, o que vai fazer, o que pode fazer com o bebê (Enfermeiro 9)

A importância do vínculo no cuidado da Enfermagem de Família se faz necessária não somente com relação ao vínculo entre família e equipe de saúde, mas também na formação deste entre família e recém-nascido. O bebê que vai para a UTI Neonatal não é o bebê imaginado, idealizado, e cabe aos profissionais respeitar o tempo de cada família em relação à aproximação gradativa junto ao seu recém-nascido, auxiliar na superação dos obstáculos e no fortalecimento do vínculo afetivo entre eles (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

Ademais, aparecem a escuta e o diálogo como estratégias necessárias para cuidar da família. A escuta empática do enfermeiro atribui maior qualidade ao cuidado (VILELAS, 2013). Gottlieb (2016, p. 330) adverte que a escuta é “necessária para criar conexões e sustentar uma relação”. A autora enfatiza que para ser um ouvinte atento, o enfermeiro deve desenvolver competências, destacando que para que a escuta atenta aconteça, o enfermeiro deve estar totalmente presente e ter uma mente aberta para ouvir o que tem a dizer, a forma como diz e a aprender a distinguir as diferentes formas de comunicação.

Erdmann e Sousa (2009) destacam que “valorizar a escuta e o diálogo é atributo que se coloca na mesma ordem das competências técnicas”, demonstra o interesse e a disponibilidade que o profissional dispõe, associado ao olhar, observar e ver o outro na sua singularidade. A valorização da escuta e do diálogo foram destacadas pelos enfermeiros participantes da pesquisa:

A primeira atitude do enfermeiro deve ser a de estar disposto a ouvir os questionamentos que a família possa vir a ter, estar disposto a ouvir e a responder os argumentos, os questionamentos, as dúvidas que a família tenha (Enfermeiro 6).

Atitude mesmo que eu vejo é de escuta, você tem que escutar, se aproximar e ouvir. O profissional tem que estar perto e para estar perto eu tenho que ouvir, que olhar nos olhos mesmo. É importante exercitar a escuta pela proximidade, pela aproximação (Enfermeiro 2).

A escuta é muito importante, ouvir o que a família tem a dizer, esclarecer as dúvidas, os questionamentos, chamar mesmo para participar ativamente, visualizar a criança como um ser que está inserido nesse contexto familiar, que precisa de cuidados, que precisa de amor. Dar a eles a oportunidade da participação ativa, de cada situação da criança, de cada orientação, ver as possíveis dúvidas e as vezes até alguns tabus, alguns conceitos sociais que é de crença (Enfermeiro 4).

Na perspectiva do cuidado autêntico, Erdmann e Sousa (2009) afirmam, que oportunizar a escuta e o diálogo pressupõe que o enfermeiro tem atitudes de interesse e disponibilidade para o cuidado, que demonstram o empenho em perceber, conhecer e compreender o outro nas suas necessidades e sofrimentos, nas suas alegrias e fragilidades. Portanto, valorizar a escuta e o diálogo se destaca como atitude de respeito, pois o contrário, ignorá-los, compreende atitude de arrogância.

Cuidar de famílias na terapia intensiva neonatal sugere que haja qualidade no encontro tendo em vista, sobretudo, a continuidade do cuidado. A qualidade da presença foi outra estratégia marcante para o cuidado de Enfermagem de Famílias, onde estar presente não significa apenas a presença física na realização de procedimentos técnicos. Vai além, requer valorizar o outro, respeitar diversidades, estar atentamente ali, sem dispersões ou empecilhos, vislumbrando o outro como ser humano e não apenas como ser doente (ERDMAN; SOUSA, 2009). Essa estratégia foi abordada por um dos participantes da pesquisa:

É preciso que tenha qualidade da presença, que eu realmente me sinta perto da pessoa, se aproximar do outro, estar mais perto do outro e ter franqueza e passar segurança para a família, porque senão a gente não constrói nada. (Enfermeiro 2).

Essas estratégias descritas, aliadas a habilidade de comunicação, motivam relações horizontais de cuidado na UTI Neonatal. Comunicação em UTI Neonatal é a ferramenta indispensável na qual profissionais e usuários trocam informações, é instrumento necessário para o cuidado integral. Quando a comunicação é feita de forma eficaz, com informação e em tempo oportuno, os enfermeiros percebem nos familiares uma diminuição do nível de sofrimento e ansiedade (CABEÇA; SOUSA, 2015). A comunicação foi revelada como atitude de cuidado pois:

Às vezes algumas informações não são tão necessárias naquele momento então precisamos ter essa percepção também, do que o pai vai entender, do que ele vai absorver naquele momento, do que vai ser útil, para aquele bebê, que o pai saiba naquele momento (Enfermeiro 1).

[...] passar informações para a família de uma maneira que eles entendam o que está acontecendo. Entender porque a criança veio para cá, porque o tempo que ela fica aqui, explicar a melhora ou a piora do quadro (Enfermeiro 8).

Isto posto, infere-se que comportamentos como o acolhimento, a empatia, o vínculo, a escuta, o diálogo e a qualidade da presença colaboram para relações horizontais entre profissionais e família, além de serem atitudes positivas dos enfermeiros, que facilitam e colaboram para os cuidados às famílias no contexto da UTI Neonatal. O enfermeiro, ao se mostrar disponível e atencioso enriquece os cuidados prestados à família, diminui o nível de estresse da mesma e valoriza sua participação nos cuidados.

TEMA 2. CUIDAR DE FAMÍLIAS TEM COMO FOCO A CONTINUIDADE DO CUIDADO



Constituído por 42 Unidades de Registro, este tema revela como o enfermeiro cuida da família objetivando a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar. Para que haja a continuidade do cuidado, o enfermeiro precisa dotar o cuidador de conhecimentos associados a práticas, desse modo haverá a integração do saber do enfermeiro ao saber do familiar, sendo fundamental que o enfermeiro desempenhe ações de educação em saúde para empoderar os familiares, objetivando a alta hospitalar (LIMA *et al.*, 2015) de forma a garantir a continuidade do cuidado (TAVARES; SENA; DUARTE, 2016). São assertivas que também foram expressas pelos enfermeiros participantes da pesquisa:

Se ela estiver acompanhada do pai ou da sua mãe, que é mais frequente, pai ou avó da criança, a gente convida para que ela entre no atendimento, isso vai facilitar porque a gente vai passar diversas orientações e acreditamos que mais uma pessoa ouvindo e que seja da família (geralmente essa pessoa que vem é aquela pessoa que dá ajuda em casa), então vai ser um apoio, um pilar em casa para ajudar nos cuidados, não só nos cuidados, mas até nos afazeres domésticos para que essa mãe fique livre para cuidar do seu bebê (Enfermeiro 4).

As crianças egressas da UTI Neonatal têm necessidades maiores que um bebê que não precisou do suporte e da tecnologia da terapia intensiva. Por essa razão as famílias de bebês egressos da UTI, precisam adquirir competências para a realização dos cuidados no domicílio. A capacitação da família para o cuidado no domicílio deve ser iniciada quando da internação do recém-nascido na UTI Neonatal, por meio da participação ativa nos cuidados (COSTA, 2015). Utiliza-se, somado a isso, o plano terapêutico singular, que são propostas de condutas terapêuticas, resultadas da discussão coletiva da equipe interdisciplinar em conjunto com a família, observando quais as necessidades do bebê e elaborando intervenções pautadas nas necessidades, onde se vislumbra não apenas o recém-nascido, mas também a família (SILVA *et al.*, 2013). Tal assertiva é confirmada na fala do Enfermeiro 10:

O Hospital Universitário já trabalha no contexto do plano terapêutico singular, que entende o paciente e a sua família como essenciais na construção e na discussão das formas de tratamento que serão instituídas, cabendo a família, juntamente com os profissionais, a decisão de melhores abordagens de intervenção.

Os enfermeiros participantes da pesquisa revelaram que há necessidade de ser flexível em alguns momentos, principalmente em relação às normas e rotinas da unidade, pois algumas vezes, com adoção de protocolos engessados e rígidos, se

torna difícil atender às demandas da família. É preciso que se tenha bom senso e avaliar cada situação, em particular, para que as normas da instituição não sejam uma barreira para cuidar da família:

Hoje aqui a gente tem esse entendimento, onde tem um dia específico para as visitas, alguns dias na verdade, por exemplo na segunda a visita dos avós, na terça dos irmãos, na quarta é o dia de qualquer membro ou vizinho, alguma pessoa que a mãe elege para estar aqui, mas a gente também tem que entender que, se necessário for, se essa avó chegar aqui em um dia que não seja na segunda-feira, dependendo da gravidade do bebê, essa avó vai entrar, vai estar aqui com a criança, se for a tia a gente também libera, então eu penso que é esse olhar que você precisa ter para a situação, para essa família, e poder assumir que existe um protocolo, mas ele não poder ser engessado, ele tem que ser aberto, tem que ver a singularidade de cada família, para a gente poder permitir, possibilitar a entrada desses avós, da visita inesperada, porque a gente também não tem competência para permitir que isso aconteça, mas a gente se organiza no sentido de atender essas necessidades para dar suporte a essa mãe (Enfermeiro 3).

Outro ponto importante é que o cuidado na UTI Neonatal não se restringe apenas à unidade neonatal, mas deve ser continuado, pela família, no ambiente domiciliar. Para que a continuidade do cuidado seja uma realidade, há necessidade, primeiramente, do exercício do cuidado em parceria, que é algo que vai acontecendo de forma natural e sem imitação (MENDES; MARTINS, 2012), e a UTIN se torna um ambiente de aprendizagem, de troca de experiências e de compartilhamento de cuidado (COSTA, 2015). Para Tronco *et al.* (2010) o cuidado aprendido com a equipe será determinante para o cuidar do bebê no domicílio, contexto também defendido nas falas abaixo:

Não adianta o hospital cuidar para si, o hospital cuida para a família continuar a cuidar em casa (Enfermeiro 1).

Hoje não se pode cuidar mais sem a presença da família, para dar continuidade aos cuidados, para garantir a continuidade em casa, porque senão a gente não tem essa certeza de que a família está pronta para dar essa continuação do cuidado em casa (Enfermeiro 2).

De acordo com Silva *et al.* (2010), cuidado em parceria significa buscar saber para saber cuidar em seu território de domínio, ou seja, no domicílio. Assim, o cuidado que os enfermeiros prestam às famílias determina sua aquisição de competências, habilidades e a redução dos medos e inseguranças. O engajamento da equipe em instruir as famílias acerca dos cuidados no domicílio é condição oportuna para que a família se torne capaz de prestar cuidados com qualidade e segurança aos bebês no pós-alta, e, frequentemente, o receio em prestar cuidados se

deve apenas ao desconhecimento, ao medo do novo, pois a situação em que se encontram, na maioria das vezes, é inédita em suas vidas.

Em relação aos cuidados com o recém-nascido na UTI Neonatal, o enfermeiro tem papel ativo e de destaque, especialmente quando se trata da promoção do cuidado em parceria com a família. É estratégico incluir as famílias e seus membros no processo de cuidado, dotando-os de autonomia e competência para cuidar dos bebês egressos da UTI Neonatal (COSTA, 2015). Essa autonomia assegura, preserva e integra a família nos cuidados, incluindo-a na tomada de decisões, empoderando e intensificando sua capacidade de cuidar (BENGOZI *et al.*, 2010).

Para tanto, os cuidados diários prestados na rotina da UTI Neonatal e realizados em parceria fortalecem os familiares e faz com que percam o medo e minimizem as inseguranças.

Outro ponto importante destacado é a importância da visita domiciliar para o cuidado às famílias, como revelado a seguir:

Dependendo da necessidade dessa família, às vezes, a gente precisa ver o contexto familiar na visita, então a gente se direciona até a casa dessa família justamente para ver o contexto social, familiar e ampliar essa abordagem na orientação dos cuidados desses bebês e do que ele precisa (Enfermeiro 4).

A visita domiciliar é uma importante ferramenta para cuidar das famílias ao possibilitar aos profissionais conhecer o contexto familiar no domicílio, de forma a direcionar as intervenções necessárias mais especificamente para o momento vivenciado. O período que antecede a alta hospitalar é crítico e repleto de inseguranças para a família, o que faz com que a realização da visita domiciliar seja tão importante, pois otimiza a atuação do enfermeiro e promove a integração dos profissionais e família (SASSÁ *et al.*, 2011). A visita domiciliar feita pela equipe que cuida do bebê na UTI demonstra comprometimento e disponibilidade desses profissionais para o cuidado, fortalecendo vínculos com os familiares e estabelecendo relações de confiança, além de diminuir a insegurança quanto a prestação de cuidados ao recém-nascido.

TEMA 3. FATORES QUE NORTEIAM A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA UTI NEONATAL



Este tema foi construído por 110 Unidades de Registro e demonstra quais os fatores que norteiam a prática do enfermeiro na UTI Neonatal.

Para Gottlieb (2016) existem muitos fatores e forças que influenciam a prática do enfermeiro, dentre os quais o conhecimento, as experiências profissionais e pessoais, as políticas e a intencionalidade. Todavia, para a autora as forças mais significativas prendem-se aos valores e crenças. Nessa perspectiva os enfermeiros podem ser capazes de descrever o que é ser bom enfermeiro e o que são bons cuidados de enfermagem:

Diferente da conduta dos outros profissionais, acho que o diferencial de nós enfermeiros está na questão de proximidade mesmo, de fazer com que as famílias sintam que a gente está ali não só como profissional, mas como uma pessoa que está pronta para acolher, entender. É isso que vai fazer o diferencial da gente como enfermeiro, a gente sabe que é a classe que está mais presente, é a classe que é onde a gente costuma dizer que faz tudo, que resolve tudo. Se não tem a psicóloga, a gente faz o papel dela, se não

tem assistente social, a gente faz. Então nada mais viável do que a gente ter essa relação de confiança, de companheirismo, de acolhimento mesmo com eles. O enfermeiro tem as atitudes corretas para cuidar da família, é um dos que mais faz (Enfermeiro 11).

Entretanto, ao analisar suas práticas poderá haver discrepância entre o que pensam e o que realmente fazem. Por isso que Gottlieb (2016) afirma que os valores é o que realmente importa e exerce influência na forma como a pessoa pensa, sente, se comporta e faz suas escolhas. Estas dimensões foram apontadas no fragmento abaixo:

Para o enfermeiro cuidar ele tem que se disponibilizar e nem todo mundo tem essa disponibilidade de cuidar do outro, tem muito enfermeiro que está preocupado com a técnica do fazer, e acha que cuidar da família não é importante. Existe dentro da nossa unidade esse perfil de profissional, que acha que é besteira, que não faz parte da rotina do enfermeiro cuidar da família, fica apenas no "eu preciso aplicar uma injeção, eu preciso aspirar o menino, eu preciso fazer essas coisas, montar um respirador e tal", e alguns negligenciam esse cuidado, então a gente tem que ter a sensibilidade de saber que isso faz parte do cuidado. Não adianta eu ser uma excelente técnica, excelente enfermeira que faz todos os procedimentos, se eu não tenho esse olhar para o todo. A gente sempre fala que o enfermeiro tem o olhar holístico, tem o olhar do todo, temos que ver que tem a família, tem religião, tem política, tem cultura, tem muitas coisas que interferem no cuidado e se a gente não tiver esse olhar ampliado, além do corpo físico, a gente não faz um bom cuidado (Enfermeiro 5).

As crenças “são as lentes através das quais a pessoa vê o mundo” (GOTTLIEB, 2016, p. 43). São a força motriz das ações. Entretanto, o enfermeiro necessita considerar não apenas suas próprias crenças para guiar as suas ações, mas também as das famílias, de outros enfermeiros e de outros profissionais, assim como as crenças sociais predominantes que devem ser consideradas à luz de provas científicas e de considerações éticas e morais.

É preciso respeitar, ouvir, tentar desmitificar sem que a família perca o que ela acredita, mas respeitando a individualidade de cada um (Enfermeiro 4).

A primeira situação nossa aqui é que a gente não trabalha mais uma profissão isoladamente, a gente sempre trabalha a interdisciplinaridade, sempre um profissional comunicando com o outro, o que está havendo, o que está acontecendo. Isso é primordial para que a gente tenha um olhar ampliado sobre a família. Cada um com um olhar vai percebendo e vai trocando com o outro. Diante de um problema que tenha ocorrido a equipe senta, conversa, discute e só depois a gente senta na sala com a família (Enfermeiro 5).

É relevante considerar a necessidade de aliar valores pessoais a valores profissionais que são adquiridos pela leitura, observação, reflexão e investigação e

são moldados e reforçados pelo *feedback* entre colegas, famílias e outros profissionais da equipe. Nesse ponto, as atitudes de cuidado parecem ter relação implícita com a sensibilidade de cada enfermeiro, portanto, cuidar da família foi aos poucos se configurando como comportamento identitário do enfermeiro e como escolha profissional.

Muitas das vezes as pessoas abrem a boca para reclamar que falta isso, que falta aquilo, a gente sabe que está faltando muita coisa, mas a gente sabe que o comportamento pessoal de cada um é importantíssimo para o desenvolvimento do trabalho. Por isso que eu te digo que isso é uma questão muito pessoal. E isso vai muito de cada um. É um investimento pessoal. A gente não pode também só dizer que é por conta da demanda, eu não seria hipócrita em dizer isso. De jeito nenhum (Enfermeiro 11).

Tivemos uma reunião recente e a gente está tentando ver o que se pode fazer nesse novo contexto para não “deixar a peteca cair”, para não deixar a nossa referência cair. Nós somos referência para o cuidado neonatal e vamos continuar sendo referência, o que podemos fazer nessa situação para nos manter? Não pelo status, mas exatamente pela questão de saber que nossos pacientes vão ser bem cuidados e que a sua família vai se sentir apoiada nesse momento. Pela qualidade, não pelo status de sermos referência (Enfermeiro 9).

Pode-se inferir que as características pessoais de cada profissional influenciam a prática de cuidados e revelam uma intencionalidade de ir ao encontro com a família.

[...] possibilitar, se dar esse tempo, ouvir outras pessoas, trocar ideias, ver como está acontecendo o serviço em outros locais, em outros setores e isso não acontece. É um investimento então que é pessoal sim. Você precisa mudar e também querer que isso aconteça, acho que é muito do querer da pessoa e também de você se possibilitar isso (Enfermeiro 3).

Assim, os significados expressos pelos enfermeiros no cuidado com famílias têm uma relação muito próxima com os determinantes atitudinais. Estes, portanto, modificam as estratégias para o cuidado com famílias. Este fato é curioso e antagônico, uma vez que a atenção ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso tem como base os cuidados com a família. De todo modo, cuidar da família e assumir atitudes de valorização desse grupo social como unidade de cuidado configurou-se como iniciativa inerente a cada enfermeiro e revelou duas vivências: para uns a centralidade do cuidado é a família e a criança e assumem a interação como necessária. Para outros, a intervenção no contexto da UTIN visa atender às

necessidades da pessoa em situação crítica, no caso, o recém-nascido, protelando o cuidado à família para um profissional de referência:

Nosso serviço, a unidade neonatal, a gente considera o bebê e sua família, eles são sujeitos de nossa ação, não são objeto, como muito tempo se trabalhou. Então desde a entrada do bebê e da família que a gente cuida da família, e como: ouvindo, respeitando, atendendo, sendo atenciosa e vendo as necessidades da família, o que que eles estão precisando. Esse é o início do cuidado com a família, desde a internação do bebê e ao longo da internação a gente vai acompanhando esse processo naquilo que a família necessita e quais são suas angústias (Enfermeiro 5).

A família no cuidado canguru, ela ajuda biologicamente e ajuda socialmente esse bebê. O bebê sem a família não é ninguém. O ser humano é formado socialmente, mesmo que em alguns casos não seja acolhido pela família biológica, todo bebê precisa de alguma família que cuide dele e o oriente (Enfermeiro 1).

Muitas vezes a gente acaba delegando para outro o cuidado com a família. Quando há psicólogo na unidade, a gente passa essa tarefa para ele, pois como a UTI é aberta 24h para os pais, acontece de a enfermagem ter contato com a família pela manhã e pela tarde, mas pela noite não dá, a demanda é bem maior. Nós pedimos que eles retornem pela manhã. Isso que é a parte complicada do cuidar da família (Enfermeiro 8).

Em alguns momentos o enfermeiro delega cuidar da família para outros profissionais da equipe multidisciplinar, assumindo que cuidar da família é trabalho para residentes, ou, ainda, que o hospital deveria disponibilizar equipe exclusiva para prestar cuidados somente às famílias, onde essa equipe estudaria cada caso, orientando e sanando as dúvidas dos familiares, de forma que os enfermeiros da UTI Neonatal não precisassem se preocupar com os cuidados subjetivos e com a família, mas sim apenas com cuidados técnicos e questões burocráticas.

A vida do enfermeiro é muito corrida, às vezes o médico consegue dar a assistência para a família quando tem residente. Porque é muita coisa para fazer, dezenove crianças, mais a família, é complicado. O hospital que tem o serviço que permite que a família entre durante 24h ele deveria dispor uma equipe realmente preparada, que possa estudar cada caso, entender aquela situação e passar de uma maneira calma, de uma maneira que não haja pressa. O quantitativo de bebês é grande e cada bebê tem sua família, por isso que deveria ter uma equipe só para isso, só para dar essa atenção. Se for o caso, pegar o prontuário, ver os exames, mostrar o que melhorou, qual o prognóstico, quanto tempo ele fica, o que é a doença que o bebê tem. Muitas vezes a gente fala que o bebê tem alguma síndrome, e a gente fala e pronto, as vezes nem nós mesmos temos tempo de sentar e estudar essa síndrome para poder explicar para a família. (Enfermeiro 8).

Além disso, a interação dos enfermeiros com a família foi descrita como intrínseca ao contexto da UTIN e focado na Política de Atenção ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso.

Aqui no hospital trabalhamos com o Método Canguru. A partir do momento que a gente trabalha com Método Canguru automaticamente a gente diz que trabalha com a família, que é um dos pilares do método que é o acolhimento e a participação ativa das famílias no cuidado, das famílias não só pai e mãe, mas se estende para a avó, o avô e outros membros (Enfermeiro 4).

Cuidar da família é algo intrínseco aos enfermeiros da UTI Neonatal, porém não é uniforme, sua motivação acontece individualmente conforme a bagagem de conhecimento e os propósitos de cada profissional. Contudo percebe-se que cuidar da família faz parte da rotina diária do enfermeiro e é indissociável dos cuidados ao recém-nascido. Sendo necessária educação continuada e a mobilização dos profissionais que já possuem atitudes para cuidar da família, para que essa seja uma prática real no dia-a-dia dos enfermeiros:

Tem que ter isso, você tem que ter um “tino” para isso. Mas eu não encontro essa dificuldade e digo tudo o que eu tenho que falar para a família, de explicar de demonstrar o que que eu estou pretendendo dizer, o que eu desejo, o que eu quero como retorno. Mas não vejo dificuldade. Cuidar da família exige habilidade. Eu acho que a gente adquire com o tempo, conhecimento e exercício no dia a dia... A gente precisava de um espaço como esse nosso para a gente estar cada dia refletindo, está mudando a postura, a atitude e desenvolver algumas habilidades de lidar com o outro. Nos ensinando, aprendendo com o outro a cada dia, cada olhar, cada palavra, cada atitude do outro a gente tenta fazer nossa vida, a gente não termina nunca. Não é uma coisa pronta para você colocar para o outro, mas é um serviço que ensina muito para a gente. É construído. (Enfermeiro 2).

A gente não transforma o mundo, mas a gente consegue transformar as nossas realidades no dia a dia, a gente consegue fazer transformações, a gente consegue transformar equipes também (Enfermeiro 5).

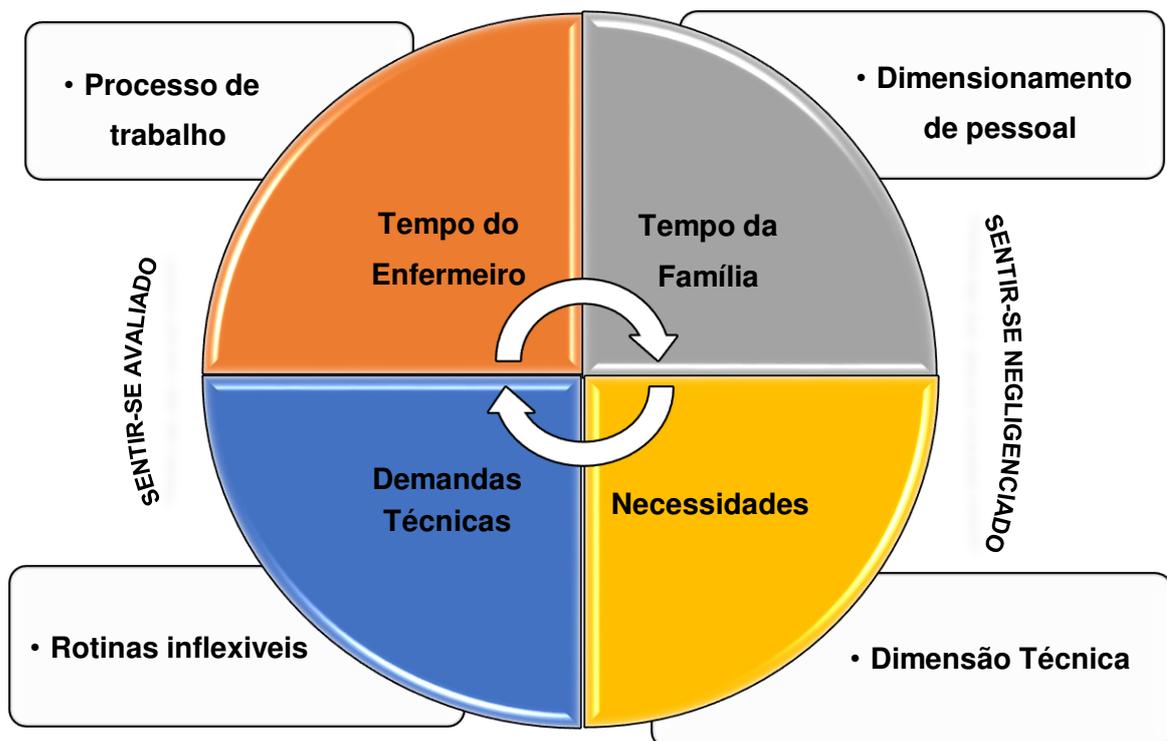
É necessário que o enfermeiro tenha em mente que para cuidar da família é preciso ir além do cuidado técnico, sair do lugar comum e ir além, perceber o universo que constitui cada família e interagir com ele, prestando cuidados e assistência, tornando a família seu contexto de cuidados, não apenas o recém-nascido.

Nesse momento neonatal, na vida do recém-nascido, a família e o bebê são praticamente a mesma coisa, é um só, porque o bebê sem o cuidado da família, ele não existe (Enfermeiro 1).

Mesmo com a correria, se o profissional tivesse uma atitude diferente daria para ter um cuidado melhor com a família, acho que é uma questão mais de organização e ver que lá dentro é um contexto, que inclui não só o bebê doente, mas tem todo um contexto ao redor daquele bebê e que precisa ser demandado um tempo também para isso (Enfermeiro 6).

Cuidar de famílias, parece se configurar como comportamento pessoal. E entende-se, ainda, que o enfermeiro é agente multiplicador desses cuidados, orientando a equipe para que ela também cuide das famílias, pois bebê e família são indissociáveis.

TEMA 4. LIMITAÇÕES PARA O CUIDADO DE FAMÍLIAS



O Agrupamento de 97 Unidades de Registro possibilitou a construção deste tema. Como afirmado nos temas anteriores, cuidar da família é algo intrínseco às rotinas do enfermeiro na Neonatologia, sendo notória sua importância e necessidade, devido aos benefícios para o recém-nascido, equipe de saúde e família, além da continuidade para os cuidados domiciliares. Porém, alguns profissionais relataram que, apesar da importância de cuidar da família, não o fazem, alegando indisponibilidade de tempo, múltiplas tarefas, entre outras condições.

Passos *et al.* (2015) ressaltam que com o processo de trabalho, as excessivas horas de jornada de trabalho e a rotina inflexível, os enfermeiros tendem a se afastar dos familiares, pois o foco da atenção destes profissionais concentra-se em todo o aparato tecnológico e tecnicista da UTI, onde, apesar da compreensão de que cuidar da família é necessário, essa assistência não se efetiva como demonstrado nos recortes abaixo:

Hoje há uma tentativa de manter a família perto, mas nem sempre é tão eficaz quanto deveria, muitas vezes pela grande demanda de serviços e de atividades, agora mesmo, nesse momento a gente está vivendo uma superlotação e então quando acontece isso a gente tem muita atividade, e termina que muitas vezes não dá tempo de parar para realmente ter aquele momento como deveria ser, existe o momento, mas, muitas vezes, mais breve do que deveria (Enfermeiro 1).

Até pela questão da dinâmica da UTI, isso fica um pouco a desejar, para não falar muito, porque a rotina é muito diferente, a dinâmica é muito diferente, é um corre-corre, os bebês são bem mais graves, então você não tem aquele contato constante com a família (Enfermeiro 6).

A rotina da unidade é quem estabelece como serão feitas as orientações ou até mesmo as conversas informais com a família, pois a aproximação com os familiares só é possível quando as demandas do turno de trabalho possibilitam tempo para tal:

[...] nós não conseguimos suprir com a família, devido ter muita gente, muitos bebês para tomar conta, muita tarefa. O enfermeiro tem muitas tarefas. Desde a chave de não sei onde, da papelada não sei do que, da incubadora que não está aquecendo, da medicação que não chegou e a família. O problema da enfermagem é que muitas vezes a gente não tem tempo de fazer uma coisa sistematizada, organizada. A gente dá informações de corredor, por exemplo: ah, como ele está? Deu uma melhorada, está estável. Mas será que ele sabe o que é estar estável, o que que melhorou de ontem para hoje? O que melhorou para mim e o que melhorou para a mãe? Porque a criança está entubada, mas para mim houve melhora, só que para a mãe continua da mesma forma. Ela não pode pegar no colo. Tudo é informação direta. O que a mãe está entendendo, essa comunicação e o tempo para fazer isso. Muitas vezes acabamos deixando isso para fazer outras tarefas (Enfermeiro 8).

Observa-se que a família é abordada de forma fragmentada, e os enfermeiros, presos ao papel de tarefeiros, se restringem a responder os questionamentos dos familiares, sem que, estes expressem a informação oportuna e coerente e atenda às necessidades da família. Essa condição priva a família do conhecimento do que está acontecendo com o filho, da gravidade do problema, os motivos de estarem utilizando certos equipamentos ou sendo submetidos a

determinados procedimentos, além do motivo de estar na UTI Neonatal. Há a pressa em responder os questionamentos e retornar às atividades técnicas, o que compromete o vínculo, as relações de cuidado e gera comunicação ineficaz:

O problema do enfermeiro é a pressa, explica tudo correndo, pega no ombro da mãe e já passa para o outro bebê. Devemos explicar tudo, porque está na incubadora, porque vai para o berço agora, porque está entubado, porque ele está fazendo isso, porque esse procedimento. Às vezes nós da enfermagem somos bem cruéis, pedimos para tirar a mãe porque vamos fazer a punção e não queremos que ela fique e veja. Porque não? Ela precisa entender porque o filho dela precisa passar por isso, qual o motivo de ter perdido o acesso, porque tenho que fazer novamente, porque é importante o acesso, e a gente não explica isso para a mãe. A gente acaba fazendo no automático. Olha, tem que fazer o acesso agora e puxa a mãe lá para fora. A gente fala, “ah a família participa”, mas em muitas coisas a gente acaba não deixando a família participar realmente (Enfermeiro 8).

Em oposição às falas, o familiar sofre durante o período de internação da criança na UTI e vivencia sentimentos de impotência, insegurança, ansiedade e incertezas, condições que justificam o cuidado à família para além da patologia e dos aparatos tecnológicos da UTI Neonatal. Para cuidar de famílias as atitudes dos enfermeiros devem se dirigir para a interação, a escuta e a comunicação oportuna tendo como objetivo estabelecer vínculo e relação de confiança com a família (VALADARES; PAIVA, 2016), entretanto a organização da atenção na UTI pode limitar o cuidado a esse grupo social:

Às vezes o enfermeiro consegue realizar um procedimento e cuidar da família ao mesmo tempo, a única dificuldade é que dentro da UTI os pais não ficam 24h, eles fazem visitas, eles têm direito de entrar a qualquer momento, mas a gente não tem um lugar para eles realmente ficarem instalados na UTI. Na Unidade Canguru a mãe fica com o filho. Mas na UTI não, então eles saem, eles vêm e saem, então muitas vezes a gente já fez os cuidados daquele bebê, já passou por ele e os pais chegam depois, e a gente já está fazendo em um outro bebê, então tem essa pequena dificuldade de coincidir os cuidados do RN com a conversa com os pais (Enfermeiro 1).

Apesar dos pais terem acesso em tempo integral na UTI Neonatal, pode ocorrer que quando estão na unidade, o enfermeiro está realizando tarefas técnicas ou burocráticas, e não dispõe de tempo para prestar cuidado ou dar atenção à família. Quando há esse enfoque em executar tarefas, a aproximação com a família é prejudicada e a rotina do enfermeiro acaba sendo sobrecarregada devido ao estresse e inúmeras atividades (OLIVEIRA *et al.*, 2006). O enfermeiro percebe que esse modelo de assistência potencializa a aflição e o estresse vivenciado pela família,

porém alguns poucos profissionais referem mudança de atitude para minimizar esses danos. É necessário estabelecer relação entre o cuidado técnico e o cuidado subjetivo e que seja possível a prática simultânea destes, sem que haja detrimento de um ou de outro.

As rotinas da UTI Neonatal tendem a afastar o familiar do neonato, devido ao despreparo do enfermeiro para o momento da visita da família. No caso das visitas com dias específicos, como os avós e irmãos, por exemplo, por causa dessa falta de preparo do enfermeiro em não prestar a assistência devida à família, eles acabam por preterir o real valor desse momento para os familiares (VALADARES; PAIVA, 2016). Cada família possui suas singularidades, cabendo ao enfermeiro ter sensibilidade e saber adaptar as rotinas do setor de forma a diminuir o estresse e sofrimento dos familiares:

O que acontece na realidade é que enxergamos uma barreira. Entendemos a importância da família durante a internação do recém-nascido, mas a rotina e a mecanicidade dos procedimentos nos distanciam desse contexto de aproximação e valorização do profissional junto à família. Acabamos não trazendo essa família para perto da gente e nos afastamos. Aqui na nossa unidade pai e mãe tem entrada liberada, os outros parentes a gente já se estressa: "Lá vem o avô, lá vem a avó, lá vem o tio, lá vem o sobrinho". A gente imagina que vem um monte de curiosos querendo saber como está aquele paciente. A gente não enxerga como pessoas que vão realmente colaborar. Percebemos eles como curiosos, como se estivessem vendo a gente, como se nós estivéssemos fazendo alguma coisa errada e eles estivessem lá para vigiar o nosso trabalho. (Enfermeiro 10).

Observa-se que o exposto colabora com Valadares e Paiva (2016), onde afirmam que o enfermeiro percebe os familiares como avaliadores, vigias dos cuidados, ele sente que os familiares vêm até a UTI Neonatal com o objetivo de averiguar os cuidados prestados por eles, o que acarreta em insegurança na prestação de cuidados na presença da família e consequente afastamento da mesma.

Outro ponto importante enfatizado pelos enfermeiros que participaram da pesquisa diz respeito ao dimensionamento de pessoal na UTI Neonatal. Na opinião destes, há déficit de recursos humanos, gerando sobrecarga de atividades nos profissionais lá inseridos. Essa condição compromete a qualidade da assistência e as relações de cuidado, pelas quais, informar, acolher, humanizar, envolver-se em questões burocráticas do setor e as demandas técnicas e clínicas produzindo um cuidado deficiente e limitado:

A nossa equipe, apesar de já ter melhorado em quantitativo de pessoal, ainda tem déficits, por conta disso, o enfermeiro cheio de atribuições e nem sempre são atribuições do enfermeiro. O enfermeiro tem uma tendência a pegar, tem uma questão de receber atribuições que não são dele, de fazer coisas administrativas que não são do enfermeiro, coisas que seriam da fonoterapia, da fisioterapia, e a gente acaba assumindo pelo bem da criança, pelo bem da família. O excesso de atribuições te leva, muitas vezes, a não dar tanta atenção ao paciente (Enfermeiro 9).

Nem todo dia a gente está com aquele tempo disponível para atender, para escutar, a questão mesmo do ouvir. Às vezes a gente está assoberbado de serviço, geralmente é assim. Finais de semana, feriados, não tem o restante da equipe e a gente acaba ficando sobrecarregado, então nem toda vez a gente tem esse tempo disponível. Por exemplo, final de semana e feriado aqui tu não tens equipe, a equipe não está presente, não tem psicólogo, não tem assistente social, parece que os feriados e finais de semana só ficou para trabalhar o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o médico. Esses profissionais são necessários nos finais de semana. Então nesses dias a gente se sente bem sobrecarregado mesmo. O feriado que passou agora, por exemplo, coincidiu com visita de avós e ficou bem atribulado. Inclusive foi motivo de reclamação de questionamento, porque ficou ruim mesmo. (Enfermeiro 11).

A jornada de trabalho, em especial aos finais de semana, feriados e no turno da noite, onde a equipe de saúde está incompleta e as demandas acumuladas se dividem entre enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem ou adiadas para outro momento ou outro dia. Entretanto, as demandas da família, muitas vezes, precisam ser resolvidas naquele momento, ou é naquele momento que a família precisa da atenção da equipe. Sob esse aspecto, Passos *et al* (2015) assinalam que menos profissionais na UTI Neonatal aumenta a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e causa um acúmulo de tarefas, levando-os a executá-las de forma técnica e mecânica.

Para driblar essa problemática os enfermeiros focam sua atenção nos pacientes mais graves e pode gerar detrimento nos cuidados daqueles pacientes com quadro clínico mais estáveis. Este fato é percebido pela família, pois se sentem negligenciadas:

Quando você tem um profissional que está cheio de atribuições, com diversos pacientes, ele foca nos pacientes que estão graves. E muitas vezes você está com dez pacientes sob sua responsabilidade, mas você só consegue se voltar para esse um que está muito grave. E algumas famílias ficam um pouco abandonadas, por assim dizer (Enfermeiro 9).

Em algumas entrevistas foi percebido que existem, no contexto da UTI Neonatal, profissionais que são reticentes em cuidar da família, não apresentam atitudes para tal, há hierarquização, eles se sentem superiores às famílias e não se

disponibilizam para este fim. Assumem que o cuidar subjetivo não é de sua responsabilidade e mantém o foco na técnica e mecanicidade:

No contexto da neonatologia falta para os enfermeiros ter essa atitude de cuidar da família, para mim mesmo falta. A gente acaba se apegando a tarefas que vão gerar papéis ou alguma burocracia e deixamos de dar alguma informação. Às vezes os pais ficam lá do lado e a gente pensa que está tudo bem, mas aquele pai está angustiado e a gente não chega, não tem o tempo de se aproximar dele e perguntar se está tudo bem, de informar. A gente acaba não fazendo isso. Acredito que a gente não consegue suprir as necessidades da família (Enfermeiro 8).

O que eu vejo é que, nós profissionais, acabamos as vezes enxergando a família como um mero espectador, nós somos hierarquicamente superiores, nós somos "os tais", a gente é que sabe, a família não sabe de nada (Enfermeiro 10).

Muitas vezes a gente entra no plantão no automático e se torna rotineiro. "Eu tenho que fazer isso, isso, isso e isso." Chega no final do plantão, fez várias atividades, mas não se percebeu do total do que fez (Enfermeiro 1).

Alguns profissionais referem atitudes de recusa da família como impeditivas para o cuidado. Este fato pode demonstrar que há necessidade de investimento em capacitação, mas sobretudo em desenvolvimento pessoal para aquisição de habilidades e competências para cuidar de famílias e de suas complexidades e conflitos:

O que faz com que o cuidado da família não aconteça é que algumas mães tem umas atitudes de recusa, os pais também, então isso faz com que a equipe se afaste, se retraia. Só vai quando é solicitado, quando percebe que o bebê está realmente precisando, fora isso a gente só faz os cuidados gerais. Porque tem mães mesmo muito difíceis, que talvez pela própria situação, que ainda não tenha entendido a situação real, tem essas atitudes de recusa, de ignorância, e a gente recua também, se retrai, como medida de proteção (Enfermeiro 7).

Alguns familiares tem uma atitude um pouco mais agressiva e a gente acaba não acolhendo, a gente tem muito essa visão de querer afastar, de repulsa, as técnicas de enfermagem principalmente. A gente ouve muito, porque nós dividimos os bebês pela quantidade de técnicos, quando vamos dividir, os técnicos já pedem "oh não me deixa com fulano, aquela mãe é tão chata, aquela mãe é insuportável, não me deixa com ela" (Enfermeiro 10).

A gente é que tem que entender que aquele outro é o que ele pode dar para a gente, as vezes ele dá uma palavra agressiva e você respira fundo, dá um tempo, depois a gente retoma e as coisas vão se aquietando, se acomodando (Enfermeiro 5).

Em contrapartida, é observado que alguns enfermeiros entendem as limitações do setor e dos outros profissionais e procuram ter atitudes para modificá-las, de forma que a família se sinta acolhida na UTI Neonatal e seja, também, sujeito dos cuidados:

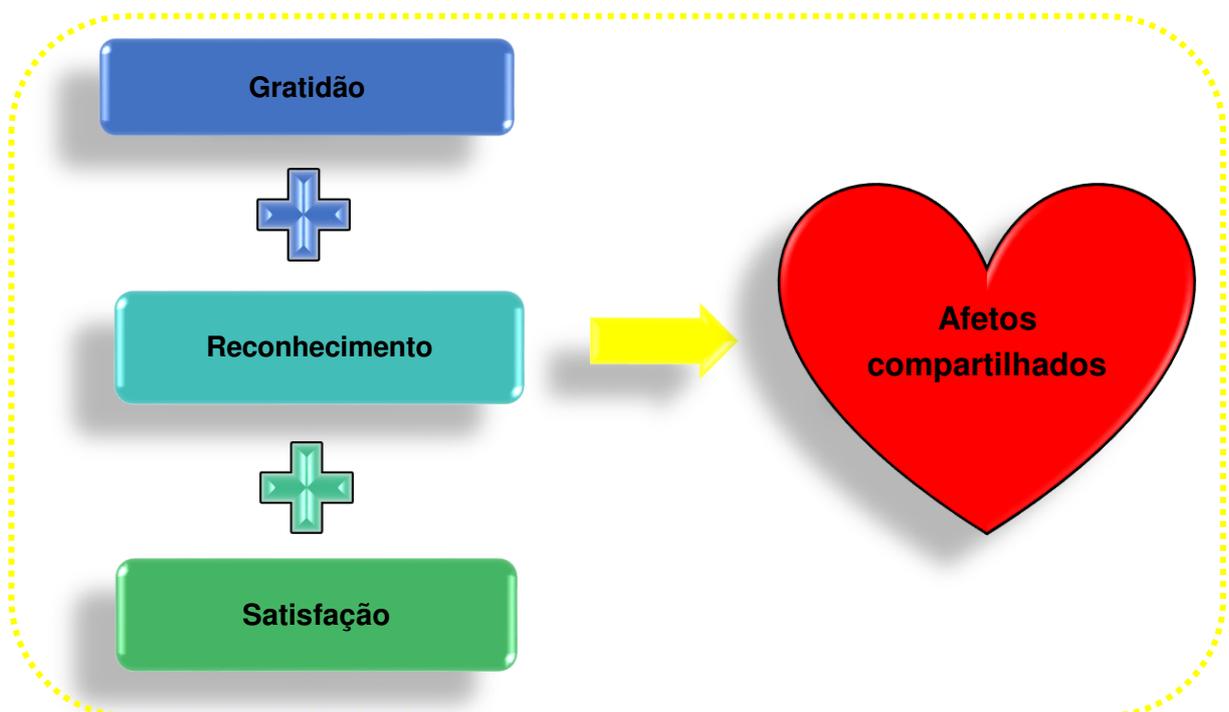
A maioria dos enfermeiros cuida das famílias. Na medida do possível a gente faz. Mas realmente se nós tivéssemos uma condição melhor de trabalho, mais profissionais, isso aí fluiria melhor. As vezes está muito agoniado, mas você pode parar e dar uma palavrinha rapidinho com a família, dedicar um pouco de atenção, porque a família está precisando naquele momento (Enfermeiro 11).

A gente sempre tenta voltar, pousar, como falamos, pousar e entender que naquele momento a gente precisa se voltar não apenas para o paciente, mas também para o contexto dessa família que está precisando do nosso suporte como profissional de saúde e também ser humano (Enfermeiro 9).

Além das condições institucionais, para que o enfermeiro assuma o cuidado com a família falta mesmo perceber essa necessidade, essa importância, entender a importância da família (Enfermeiro 1).

Assim sendo, sabe-se que a UTI Neonatal tem algumas situações que dificultam cuidar da família, porém a atitude do enfermeiro é o ponto chave para que esse cuidado aconteça, e são essas atitudes que irão coordenar essa relação, fazendo da família sujeito participante dos cuidados ou a tornará mero espectador.

TEMA 5. PRODUTOS DO CUIDADO: afetos e reconhecimento



O agrupamento de 15 Unidades de Registro permitiu a criação deste tema, que reflete, para o enfermeiro, o quão importante e satisfatório é cuidar da família, pois ela reconhece a qualidade do cuidado recebido. O que foi narrado pelos enfermeiros coaduna com o estudo de Fernandes e Silva (2015), relatando que a qualidade da assistência recebida pelos familiares tem o poder de transformar a vivência do bebê na UTI Neonatal em uma experiência positiva, e compreende sentimentos como satisfação do enfermeiro e gratidão do familiar:

Essa relação com a família é uma coisa boa, é gratificante, não só para mim, mas para o familiar. É importante que tenha essa relação próxima com o profissional (Enfermeiro 2).

Nossos pacientes, eles voltam. Eles voltam para agradecer ao serviço, isso demonstra que nós temos qualidade de assistência, porque se fosse apenas para sobreviver, para salvar a criança e mandar para casa de qualquer jeito, de qualquer forma, provavelmente essa experiência para essa família iria ser tão traumatizante e eles não iriam retornar. E eles retornam! Eles vêm para a consulta no *follow up*, que é o nosso acompanhamento, e eles aproveitam e vem aqui na UTI, mostrar como o bebê está grande. Trazem os filhos mais velhos para mostrar para as mães que estão na mesma situação, para dizer: “olha, eu já estive aí, mas agora estou com meu filho aqui.” Então se a família retorna para gente, para nos dar esse *feedback*, é porque a gente está acertando. Estamos acertando, eles estão voltando, não no sentido de trazer os filhos porque estão doentes de novo e querem cuidados, eles estão voltando para agradecer. E isso é muito importante para quem trabalha em um ambiente que é estressante sim, que tem muitas atribuições, que tem muito serviço, que são pacientes muito graves, e isso é muito bom, muito satisfatório para você que é profissional de saúde, porque você vê que você tem resultado no seu trabalho (Enfermeiro 9).

A gratidão da família faz com que o enfermeiro se sinta satisfeito com seu trabalho, que se sinta reconhecido. Esse reconhecimento serve de incentivo para que o enfermeiro continue aprimorando suas práticas e modos de cuidar. Valorizar a família é atitude de cuidado, expressa principalmente pelo retorno da família à UTI Neonatal, seja para agradecer pelos cuidados recebidos ou para incentivar e fortalecer outras famílias que estão vivenciando o mesmo processo pelo qual elas já passaram.

É necessário salientar que o reconhecimento familiar foi destacado por profissionais sensíveis ao cuidado com a família, que conseguem acolher e prestar cuidados técnicos e subjetivos nesse momento crítico que é a internação do bebê na UTI Neonatal. Essas habilidades são inerentes a alguns enfermeiros, que se preocupam com o bem-estar das famílias e conseguem, com isso, diminuir suas angústias, inseguranças, ansiedades, dúvidas e tristezas, ao aplicarem tais

habilidades na prestação de cuidados de forma holística e humanizada (PASSOS *et al.*, 2015).

Esse sentimento de gratidão que os enfermeiros perceberam nos familiares só foi possível porque a família se sentiu acolhida, com apoio e atenção do enfermeiro, obteve resposta em seus questionamentos e se sentiu incluída nos cuidados prestados ao bebê. É necessário que se priorize a qualidade e a humanização ao cuidar das famílias, solidificando os laços de afeto, principalmente em contextos estressantes, como o da UTI Neonatal.

No contexto do *follow up*, esse vínculo se faz ainda mais necessário, visto que o acompanhamento, na terceira etapa do Método Canguru, é centrado na Consulta de Enfermagem, sendo indispensável o bom relacionamento do enfermeiro com a família, pois o mesmo irá se prolongar pelos primeiros sete anos de vida do bebê:

A partir do momento que eu estabeleço esse vínculo, solidifico esses laços ele vai para a consulta com o médico e vem "oi hoje tu não vais me atender não?", e isso é bem legal. E o bom é que assim, a terceira etapa do Método Canguru, por questões de agenda, é centrada na pessoa do enfermeiro, então isso já cria toda uma base para essa relação para os próximos sete anos (Enfermeiro 4).

De acordo com Puggina *et al.* (2014), a relação do enfermeiro com o familiar pode ser terapêutica à medida que a família confia e ajuda os profissionais que estão promovendo a assistência ao seu ente, favorecendo o diálogo e o respeito mútuos.

Atitudes de cuidado geram um emaranhado de sentimentos na família e são produtos de afetos compartilhados, de compromissos e de responsabilidades.

6. CONCLUSÃO

O cuidado à família na UTI Neonatal é uma prática permeada por situações de emergência complexas, além de ser rodeado de expectativas e riscos, onde o recém-nascido é submetido a procedimentos invasivos e situações estressantes, fazendo com que seja também um ambiente estressante para o enfermeiro e para a família. Assim, é necessário que o enfermeiro assuma atitudes de cuidado com a família, vislumbrando a diminuição da angústia e da ansiedade, se mostrando empático e demonstrando interesse e preocupação com as mesmas.

Estabelecer vínculo e parceria com a família é, sem dúvida, princípio norteador para que o cuidado às famílias seja moldado no companheirismo e na reciprocidade, resultando em uma assistência que beneficie ambos. A assistência deve focar o cuidado subjetivo, além do cuidado técnico, de forma a colocar a família no centro da atenção, pois ela tem papel fundamental para o recém-nascido.

Foi possível compreender as atitudes dos enfermeiros para cuidar das famílias, descritas principalmente nas estratégias para o cuidado com famílias no contexto da terapia intensiva neonatal, onde os enfermeiros têm atitudes positivas para cuidar das famílias e entende o familiar como participante insubstituível no processo de cuidado.

O enfermeiro deve possuir atitudes que sugiram a capacidade de parceria com a família, focando na continuidade do cuidado. Além disso, investir na aquisição de conhecimentos e no aprimoramento de habilidades que enfoquem a Enfermagem de Famílias, buscando aprimorar a prática para que a família seja foco dos cuidados.

Os enfermeiros da Unidade Neonatal revelaram que estão sempre sobrecarregados, pois além da rotina assistencial, que é centrada nos procedimentos, assumem inúmeras tarefas burocráticas e algumas atribuições que não são de sua competência, o que reduz e limita o cuidado familiar. São situações que nos levam a questionar as competências do enfermeiro e a enfatizar o cuidado subjetivo. Reorganizar o cenário da UTI Neonatal, onde as ações ainda estão centradas no modelo tecnicista, voltado para a doença e não para o sujeito e priorizam o recém-nascido, desconsiderando o seu familiar, é tarefa árdua e um desafio para a enfermagem.

O que motiva os profissionais à necessária reorganização do cuidado é, principalmente, o reconhecimento das famílias pelos cuidados recebidos,

demonstrado pela gratidão e por afetos construídos em processos dinâmicos durante o tempo na UTI Neonatal.

Apesar da rotina atribulada da UTI Neonatal, traz satisfação ao enfermeiro cuidar das famílias e enfatizam pequenos atos isolados que se multiplicam em prol de um cuidado à família mais abrangente, como flexibilização das normas e rotinas da unidade; o desejo de humanizar e transformar o ambiente de cuidado da UTI Neonatal; a proximidade significativa e envolvente com as famílias cuidadas, e não apenas a inquietação em prestar os cuidados técnicos.

O caminhar da Enfermagem de Famílias ainda está em processo, e seu caminho se mostra repleto do agir tecnicista, de limitações institucionais e pessoais. Porém, o estudo permitiu que os enfermeiros refletissem sobre suas atitudes para valorizar as famílias no processo diário de cuidado e evidenciou os desafios existentes para a inclusão da família como sujeito ativo e participante do processo de cuidado.

Haja vista, o trabalho contribui de forma significativa no ensino de Enfermagem, pois permite aos acadêmicos uma nova abordagem aos familiares, percebendo-os como parte integrante dos cuidados, o que nos trará, a longo prazo, uma mudança na realidade da prática de cuidados. Ainda, permitiu que os próprios participantes, integrantes da Unidade Neonatal, fizessem uma reflexão sobre sua assistência às famílias e repensassem sua forma de cuidar.

O fato da pesquisa ter sido desenvolvida em um único contexto pode se configurar como limitação, fato que nos faz sugerir outros estudos com maior abrangência, onde seja possível visualizar contextos e realidades diferentes.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ACIOLI, S., KEBIAN, L. V., FARIA, M. G., FERRACCIOLI, P., & CORREA, V. D. (2014). Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev enferm UERJ**, 2014. 637-642.
- ANGELO, M. et al. Nurses attitudes regarding the importance of families in pediatric nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2014, v. 48, n. spe, p. 74–79.
- ÂNGELO, M. et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2009, v. 43, n. spe2, p. 1337–1341.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo** – São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. **Série C. Projetos, Programas e Relatórios**, n. 20, p. 1–60, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: 18-22, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru : manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL, M. d. (1991). **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, BRASIL.
- BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): Editora MS; 2010.
- BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Ciência, Cuidado & Saúde**, 2010, Maringá, v. 9, n. 1, p. 155-160, jan.
- CABEÇA, L. P., & SOUSA, F. G. **Comunicação de Notícias Difíceis em UTI Neonatal**. Florianópolis: Papa-Livro, 2015.
- COHEN, M.; KAHN, D.; STEEVES, R. Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nursing researchers. **Thousand Oaks: Sage Publications**, 2000.
- CORRÊA, A. R. et al. The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, 2015, v. 19, n. 4, p. 629–634.
- COSTA, L. G. F. **O cuidado ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso ao**

nascer: a transição da terapia intensiva neonatal ao domicílio. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Luís, 2015.

COSTA, R.; LOCKS, M. O. H.; KLOCK, P. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, 2012, v. 20, n. 3, p. 355-360.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2011, v. 10, n. 4, p. 861–865.

ERDMANN, A.; SOUSA, F. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O mundo da Saude São Paulo**, 2009, v. 33, n. 2, p. 150–160.

FERNANDES, C. S. *et al.* A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. **Revista de Enfermagem Referência**, 2015, v. IV, n. N°7, p. 21–30.

FERNANDES, N. G. V.; SILVA, E. M. B. Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. **Revista de Enfermagem Referência**. 2015. Série IV - n.º 4 - jan./fev./mar. pp.107-115.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FRANCISCO, S. S. **Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar**. Instituto Politécnico de Viseu. 2017.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GOTTLIEB, L. **O cuidar em Enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família**. Portugal: Lusodidacta, 2016.

HANSON, SMH. **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. Loures: Lusociência, 2005.

HOUAISS, A. VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, v. 200, 2001.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. **InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing**. Los Angeles: Sage, 2009.

LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2010, v. 64, n. 2, p. 359–364.

LINS, R. N., COLLET, N., VAZ, E. M., & REICHERT, A. P. (2013). Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2013, p. 225-232.

LIMA, M. S. *et al.* Nursing Care To Patients' Family Hospitalized in Intensive Care Unit: an Integrative Review. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, 2015, v. 9, n. 5, p. 7957-66.

MELO, R. C. J.; SOUZA, Í. E. O.; PAULA, C. C.. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013, v. 66, n. 5, p. 656.

MENDES, M. G. S. R.; MARTINS, M. M. F. P. S. Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, 2012, Coimbra, v. 61, n. 6, p. 113-21.

MILTON, C. Reading between the Lines: a leading-following Phenomenon. **Nursin Science Quartely**. 2011; 24(4):321-23

MOLINA, R. C. M. *et al.* Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Escola Anna Nery**, 2007, v. 11, n. 3, p. 437-444.

OLIVEIRA, C. N.; NUNES, E. D. C. A. Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 2014, v. 23, n. 4, p. 954-963.

OLIVEIRA, K. DE *et al.* Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery**, 2013, v. 17, n. 1, p. 46-53.

OLIVEIRA, B. R. G. *et al.* O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2006, v. 15.

PASSOS, S. S. DA S. *et al.* O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem**, 2015, v. 23, n. 3, p. 368-374.

PINTO, J. P. *et al.* Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev Bras Enferm**, 2010, v. 3, n. 1, p. 132-135.

PUGGINA, A. C.; IENNE, A.; CARBONARI, K. F. B. S. F.; PAREJO, L. S.; SAPATINI, T. F.; SILVA, M. J. P. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, 2014, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.277-283.

RIBEIRO, J. S. **ATITUDES DE ENFERMEIROS NOS CUIDADOS COM FAMÍLIAS NO CONTEXTO DO PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO**. *Dissertação (Mestrado)*, 110. São Luís, MA, Brasil: Universidade Federal do Maranhão, 2016.

RODRIGUES, L. M. O. **A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro**.

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013.

SANTOS, D. M. A.; SOUSA, F. G. M.; MOREIRA, T. M.; SILVA, A. C. O.; BRAGA, L. C. Demandas de atenção do enfermeiro em unidade de terapia intensiva neonatal, pediátrica e geral. **Cogitare enferm**, 2015, v. 20 n. 4, p. 01-09.

SASSÁ, A. H. *et al.* Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2012, v. 10, n. 4, p. 713-721.

SHIELDS L, PRATT J, DAVIS L, HUNTER J. **FAMILY-CENTRED CARE FOR CHILDREN IN HOSPITAL** (REVIEW). COCHRANE DATABASE SYST REV. 2009;1:1-26.

SILVA, E. *et al.* Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2013, v. 17, n. 2, p. 197–202.

SILVA, M.; COSTA, M. A.; SILVA, M. M. A família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, 2013, v. III Série, p. 19–28.

SILVA, C. A. M. **Necessidades dos pais de recém-nascidos prematuros no pós alta clínica: Exercício de uma parentalidade autónoma** (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal, 2010.

SOUSA, F. G. M; ERDMANN, A. L. e MAGALHAES, A. L. P. In **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática** / Organizadoras: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. – Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 99-122, 2015.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2012, v. 65, n. 5.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2010, v. 31, n. 4, p. 701.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2011, v. 20.

SOUZA, N. P. **Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta na produção do cuidado clínico e a segurança do paciente de Unidade de Terapia Intensiva**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2013.

TAVARES, T. S.; DE SENA, R. R.; DUARTE, E. D. Implicações para o cuidado de enfermagem de egressos de unidade neonatal com condições crônicas. **Northeast Network Nursing Journal**, 2016, v. 17, n. 5.

TRONCO, C. S. *et al.* Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Rev. enferm. UERJ**, 2010, p. 108-113.

TURATO E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, 2005. Jun. v. 39 n. 3 p 507-14.

TURATO, E. R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teóricoepistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas** (5ª Ed.), Petrópolis: Vozes, 2011.

VALADARES, G. V.; DE PAIVA, R. S. Estudos sobre o cuidado à família do cliente hospitalizado: contribuições para enfermagem. **Northeast Network Nursing Journal**, 2016, v. 11, n. 3.

VILELAS, J. O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. **Salutis Scientia**, 2013, v. 5, n. Março, p. 42–50.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Valorização da Família no Processo de Cuidado: atitudes de Enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O planejamento do cuidado em torno da família deve reconhecer todos os seus membros como receptores de atenção com contribuições significativas para a qualidade e a segurança do cuidado. Para conduzir esta pesquisa, parte-se do pressuposto de que as atitudes dos enfermeiros são determinantes para a qualidade das relações que se estabelecem com a família. Desta forma, venho pelo presente solicitar sua participação na pesquisa para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem intitulado: Valorização da Família no Processo de Cuidado: atitudes de Enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, sob orientação da Profa. Dra. Francisca Georgina Macedo de Sousa. Tem como objetivo compreender as atitudes de valorização da família nas práticas de cuidados de Enfermeiros no contexto da terapia intensiva pediátrica e neonatal. A sua participação na pesquisa é importante, pois suas experiências e concepções irão contribuir na delimitação de atitudes do enfermeiro para o cuidado com famílias. O procedimento de coleta de dados será realizado por meio de entrevista aberta com perguntas norteadoras, para alcançar maior aprofundamento do que está sendo estudado. Nossa conversa poderá ser realizada no seu local de trabalho, podendo ser negociado outro local, em dia e horário que achar conveniente, priorizando as condições relativas a gestão de tempo e a qualidade das mesmas. A entrevista será gravada e poderá ser necessário mais de um encontro para sua conclusão. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato pelo telefone abaixo. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com as pesquisadoras. Informamos que os riscos e desconfortos relativos à sua participação na pesquisa são mínimos, e podem relacionarem-se a dificuldades pessoais para expressar suas concepções além de comportamentos decorrentes de inseguranças e barreiras defensivas. Nesse sentido, as pesquisadoras farão o possível para minimizá-los. A sua participação não lhe trará nenhum custo ou quaisquer compensações pessoais ou financeiras. Asseguramos que todas suas informações serão mantidas confidencialmente, que seu nome será mantido em sigilo e as suas informações aparecerão no relatório da pesquisa e nas publicações de forma anônima. Os resultados serão divulgados somente em publicações científicas e acadêmicas. Você pode solicitar questionamentos sobre a pesquisa, sempre que achar necessário para isso basta entrar em contato com as pesquisadoras. Para possíveis questionamentos sobre a pesquisa, o presente documento, em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término pelo convidado a participar da pesquisa e pelo pesquisador responsável, ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras e do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário.

Atenciosamente as pesquisadoras.

Laís Barreto Aragão

Rua 19, quadra 12, casa 07, Cohajap. São Luís – MA. CEP: 65072-685.

E-mail: aragaolais@gmail.com Telefone: (98) 98256-7823

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Rua dos Sabiás, 12. Condomínio Porto Alegre, apt. 1004. Renascença II. São Luís – MA. E-mail. fgeorginams@hotmail.com Telefone: (98) 98215-9674

Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário UFMA
Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro. São Luís – MA. CEP: 65020-070.
Telefone: (98) 2109-1223

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa Valorização da Família no Processo de Cuidado: atitudes de Enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal, de maneira clara e detalhada e tive minhas dúvidas esclarecidas. Sei que em qualquer momento posso solicitar novas informações para apoiar e motivar minha decisão de ser participante. As pesquisadoras desse estudo certificaram-se de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam custos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar as pesquisadoras nos telefones citados ou o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário HUUFMA. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

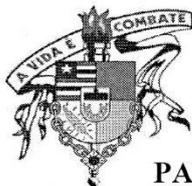
São Luís, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER FAVORÁVEL DO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO -PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: VALORIZAÇÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADO: atitudes de enfermeiros em unidade de terapia intensiva

2. ALUNO(A): LAÍS BARRETO ARAGÃO

3. ORIENTADOR(A): Prof^a. Dr^a. FRANCISCA GEORGINA MACEDO DE SOUSA

4. INTRODUÇÃO: A assistência de enfermagem, quando pautada nos princípios do Cuidado Centrado na Família beneficia pacientes, família e profissionais de saúde ao reconhecer todos os membros como receptores de atenção. Segundo Angelo et al. 2014 cultivar atitudes de suporte é importante para o envolvimento das famílias no cuidado. - *Capítulo redigido de forma clara e sucinta, utilizando referências atuais.*

5. JUSTIFICATIVA: Avançar na produção do conhecimento no campo da Enfermagem com ênfase nas relações de cuidado centrado nesse grupo social. - *Apresenta Justificativa coerente com a proposta.*

6. OBJETIVOS: Compreender as atitudes de valorização da família nas práticas de cuidados de Enfermeiros no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Universitário Materno Infantil, em São Luís-MA - *Passível de alcance.*

7. PROCESSO METODOLÓGICO:

O estudo será do tipo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Realizar-se-ão entrevistas individuais abertas (não estruturadas) com enfermeiros que exerçam atividades em unidades de terapia intensiva neonatal (UTI neonatal, banco de Leite Humano e *Follow up*) do Hospital Universitário Materno Infantil, em São Luís - MA. No tangente aos aspectos éticos, o estudo é parte do projeto de pesquisa “Importância da família para os processos de cuidados: atitudes de enfermeiros nos contextos hospitalar e da Atenção Básica”.

8. CRONOGRAMA: *Contempla todas as etapas de um projeto de pesquisa e apresenta conclusão da coleta de dados registrada em outubro de 2016.*

9. TERMO DE CONSENTIMENTO: Contempla a Resolução 466/12 do CNS.

10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: - *Adequada*

11. CONCLUSÃO DO PARECER

Em face à análise realizada no projeto apresentado ao Colegiado do Curso de Enfermagem, este parecerista decide pela APROVAÇÃO.

São Luís, 29 de novembro de 2016.

Bliziana Kabele

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 29 / 11 / 2016.
- Aprovado “ad referendum” do Colegiado de Curso em ___/___/___.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ___/___/___.

Lena Maria Barros Fonseca

Prof^a Dr^a Lena Maria Barros Fonseca

Coordenadora do Curso de Enfermagem

ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA - HUUFMA

Título da Pesquisa: IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA OS PROCESSOS DE CUIDADOS: ATITUDES DE ENFERMEIROS NOS CONTEXTOS HOSPITALAR E DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Andréa Cristina Oliveira Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46389315.6.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 1.249.885

Apresentação do Projeto:

No Cuidado Centrado na Família os familiares colaboram com os processos de tomada de decisão, mas necessitam estarem envolvidos em uma comunicação aberta e honesta com os prestadores de cuidados e o cuidado precisa apoiar-se nas crenças, cultura, tradições e estrutura familiar. Dessa forma, a proximidade, a reciprocidade e o compromisso são atributos essenciais dos profissionais para o Cuidado Centrado na Família. A enfermagem assume o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde ao mesmo tempo em que reconhece que da relação enfermeiro/família surgem estratégias e recursos que capacitam a família a adquirir competências para responder aos seus problemas de saúde. Para isso alguns comportamentos como vínculo, parceria, escuta e comunicação qualificada assim como relações horizontais são atitudes positivas dos enfermeiros que contribuem para o envolvimento e o engajamento das famílias nos cuidados em saúde. Questiona-se, portanto: Quais atitudes são adotadas pelo enfermeiro para valorização da família no cuidado saúde-doença? Para responder a esta pergunta elaborou-se os seguintes objetivos: Identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado segundo as dimensões da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE); Estabelecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado com o contexto, tempo de exercício profissional e titulação dos enfermeiros; Descrever as atitudes que contribuem para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros. A pesquisa será guiada pela abordagem quantitativa, transversal, descritiva e correlacional, com enfermeiros do contexto hospitalar e da atenção básica por meio de dois instrumentos: o primeiro sociodemográfico para identificar o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa e o segundo que para mensurar as atitudes dos enfermeiros frente ao cuidado com famílias. A pesquisa foi planejada para ser executada no período de junho de 2015

a junho de 2017 e espera-se que os resultados permitam oportunidades para formação de enfermeiros na área dos cuidados à família e disponibilização de informação credível na referida área de conhecimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado segundo as dimensões da Escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE – AE); - Estabelecer a relação entre as atitudes dos enfermeiros sobre a importância das famílias no processo de cuidado com o contexto, tempo de exercício profissional e titulação dos enfermeiros; - Descrever as atitudes que contribuem para a valorização das famílias nas práticas de cuidados dos enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos e desconfortos relativos aos participantes da pesquisa, são mínimos, e podem relacionarem-se a dificuldades pessoais para expressar suas concepções além de comportamentos decorrentes de inseguranças e barreiras defensivas. Nesse sentido, a pesquisadora fará o possível para minimizá-los.

Benefícios:

Prover a aproximação do enfermeiro aos conhecimentos e estratégias de Enfermagem da Família para ampliar a sua maneira de trabalhar com famílias, modificando seu padrão de prática habitual para uma abordagem mais centrada na família. Ainda nessa direção, o enfermeiro sensibilizado é capaz de considerar a importância da família para o cuidado de enfermagem e a importância do cuidado da família e suas experiências de saúde e doença (BENZEIN, ARESTEDT, JONHANSSON, SAVERMAN, 2008).

Com esta pesquisa pretende-se promover uma melhoria nos cuidados de enfermagem com as famílias, proporcionando momentos de reflexão sobre a prática profissional e considerando que a mudança de comportamento pode ser alcançada por meio do conhecimento e disponibilização de informação credível na área da enfermagem de família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum comentário ou comentário sobre a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória são apresentados.

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pelo pesquisador e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_490739.pdf	24/08/2015 18:15:58		Aceito
Outros	Autorizacao_Tarquínio_Lopes.docx	24/08/2015 18:11:24	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_Nina_Rodrigues.docx	24/08/2015 18:10:48	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_Marly_Sarney.docx	24/08/2015 18:09:53	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_Juvencio_Mattos.docx	24/08/2015 18:09:16	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_COMIC.docx	24/08/2015 18:08:44	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.docx	24/08/2015 17:49:10	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Outros	Resposta_ao_parecer_pendente.docx	24/08/2015 17:39:41	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FAMILIAS_CEP_UF_MA.pdf	24/08/2015 17:38:26	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FAMILIAS_CEP_UF_MA.doc	24/08/2015 17:38:02	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRO_E_ESCLARECIDO.docx	24/08/2015 17:30:18	Andréa Cristina Oliveira Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 29 de Setembro de 2015

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)