



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LARISSA GRAMAZIO SOARES

**ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO HUMANIZADO
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**MARINGÁ
2014**

LARISSA GRAMAZIO SOARES

**ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO HUMANIZADO
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: o cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ieda Harumi Higarashi

**MARINGÁ
2014**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S676a	<p>Soares, Larissa Gramazio Acolhimento como ferramenta para o cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva neonatal / Larissa Gramazio Soares. -- Maringá, 2014. 109f.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.</p> <p>1. Enfermagem neonatal. 2. Enfermagem em UTI neonatal. 3. Enfermagem familiar. 4. Humanização da assistência. I. Higarashi, Ieda Harumi, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.</p> <p>CDD 22.ed. 610.7362</p>
-------	---

LARISSA GRAMAZIO SOARES

**ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO HUMANIZADO
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Aprovado em ____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ieda Harumi Higarashi (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof^ª. Dr^ª. Luciana Mara Monti Fonseca
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Prof^ª. Dr^ª. Maria das Neves Decesaro
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Prof.^a Dr^a. Maria Cândida de Carvalho Furtado
Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Prof^ª. Dr^ª. Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic
Universidade Estadual de Maringá – UEM

Dedico esta dissertação
às famílias dos bebês em cuidados intensivos e aos profissionais da equipe de enfermagem
neonatal,
que diariamente lutam pela vida

AGRADECIMENTOS

“Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas não vai só, nem nos deixa sós; leva um pouco de nós e deixa um pouco de si”. (Charles Chaplin)

Ao longo desses dois anos de mestrado, muitas pessoas caminharam ao meu lado e junto comigo até o fim, contribuindo de maneira única e essencial, incentivando-me, acompanhando-me e compartilhando saberes. Eis que se torna difícil traduzir em palavras a gratidão que sinto por todas, mas que seria injusto deixar de citá-las.

Inicio agradecendo a Deus, por todas as bênçãos recebidas e sua infinita graça, “que é poderoso para fazer infinitamente mais do que quanto pedimos, ou pensamos”. Efésios 3:20

À minha orientadora, Ieda, pela competência e carinho com que me conduziu durante esses dois anos de pós-graduação. Obrigada pelos conhecimentos compartilhados, confiança e paciência, minha sincera admiração!

Aos meus pais, Lineu e Célia, pelo apoio incondicional durante toda minha trajetória, acreditando em mim e tornando possível a concretização dos meus sonhos.

À minha irmã, Letícia, agradeço pela sua amizade, carinho e todos os conselhos dispensados, pessoais e profissionais. Obrigada por estar comigo em todos os momentos, sinto-me mais forte por ter você ao meu lado.

Ao meu melhor amigo e companheiro para tudo, Raphael. Obrigada pelas longas conversas sempre aconchegantes, palavras cheias de carinho e refúgio nos abraços. Seu apoio e incentivo foram essenciais. Agradeço-te por todos os dias que me fazer acreditar no amor!

A família que construí em Maringá - Hellen, Júlia e Marília, além de compartilharmos uma casa, compartilhamos sonhos, tristezas e alegrias, muitas alegrias! Vocês foram essenciais em minha vida e continuam sendo!

A irmã que a vida me deu, Mariana, apesar da distância e longas ausências, nossa amizade só se fortaleceu! Obrigada pelo ombro amigo nos momentos que precisei e pelos momentos de descontração, ter sua amizade foi um presente de Deus.

Aos meus colegas de mestrado, a oportunidade de experienciar juntos a pesquisa, diante de muitos desafios nos uniu, o companheirismo, amizade e a alegria de todos foram fundamentais nessa jornada. Todos contribuíram de alguma forma, mas agradeço em

especial minha amiga, Ana Patrícia, por toda sua generosidade e carinho que teve por mim, sua amizade foi essencial!

Às professoras que aceitaram participar da banca e contribuir para o enriquecimento deste estudo, Luciana Mara Monti Fonseca, Maria Cândida de Carvalho Furtado, Maria das Neves Decesaro e Cremilde Aparecida Trindade.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pela ajuda nos primeiros passos no campo da pesquisa, encantando-me a cada dia mais pela nossa belíssima e árdua profissão.

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela bolsa de incentivo durante o ano de 2013, que me permitiu dedicar exclusivamente à pesquisa.

Às famílias que participaram deste estudo, pela grande contribuição, sem a qual não seria possível a concretização desse trabalho.

E aos enfermeiros da UTIN, minha admiração e respeito, que mesmo diante de todos os desafios da profissão, acreditaram e permitiram a realização do meu estudo.

SOARES, Larissa Gramazio. **Acolhimento como ferramenta para o cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva neonatal**. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2014.

RESUMO

Objetivou nesse estudo compreender o papel do acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização no contexto do processo de cuidado de enfermagem em UTIN, por meio uma pesquisa descritiva, de caráter intervencionista e com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado num hospital de médio porte do interior do Paraná, mais especificamente na UTIN, no período de abril a setembro de 2014, distribuídos em quatro fases: (i) no primeiro momento foram entrevistados 13 pais/mães que por ocasião da pesquisa estavam com o RN internado na UTIN há mais de cinco dias. Para a coleta de dados utilizou-se roteiro semiestruturado tendo como questão norteadora: “Como é realizado o acolhimento de enfermagem à família no contexto da atenção em UTIN?” Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra (pré-teste); (ii) posteriormente, passou-se à fase intervencionista (intervenção educativa), por meio de três oficinas educativas orientadas pela metodologia problematizadora pautando-se no Arco de Charles Margueres, com os quatro enfermeiros responsáveis pela UTIN. O ponto de partida foi os depoimentos coletados na primeira fase. Deste processo emanou a proposta de um protocolo-piloto de acolhimento para a UTIN. (iii) No mês seguinte, os enfermeiros implementaram o protocolo-piloto de acolhimento, amparados por um *check-list* voltado ao registro dos pontos fortes e fracos desta rotina/protocolo de atendimento, no momento de sua execução; (iv) ao final desse período foi realizado o último encontro com os enfermeiros, a fim de elencar as dificuldades e/ou facilidades encontradas na implementação do protocolo de acolhimento. Além disso, foram realizadas novas entrevistas incluindo dez mães e um pai que, por ocasião desta etapa de pesquisa, se encontravam com os seus filhos em cuidado intensivo, com a finalidade de analisar a percepção da família após implantação da prática de acolhimento (pós-teste). Os resultados evidenciam a efetividade de estratégias educativas pautadas na problematização da realidade assistencial, seja pela possibilidade de utilizarem-se situações específicas dos cenários de atenção como alavancadores das propostas de mudança, seja em função de propiciar o sentimento de valorização dos profissionais, que passam a ser protagonistas destas transformações. Para além das questões operacionais, os resultados do estudo revelaram a importância de estratégias de aproximação para a qualificação do acolhimento e, por conseguinte, do cuidado prestado ao binômio criança-família. Algumas das estratégias foram atribuição de profissionais de referência para os pais no ambiente da UTIN; preparo e orientação às famílias de forma individualizada/personalizada na primeira visita ao filho; otimização da visita diária com rotina de informações sobre a evolução do filho; inserção dos pais na realização dos cuidados ao RN e preparo aos pais para a alta, com referenciamento para UBS. Conclui-se que a reflexão sobre a prática assistencial constitui-se em aspecto essencial para desencadear a transformação da realidade, a partir do envolvimento de todos os atores sociais destes contextos. Em que pese os limites do estudo, esta experiência de pesquisa com intervenção educativa abre a perspectiva para a necessidade de novos estudos desta

natureza, ao mesmo tempo em que valoriza o trabalho em parceria dos profissionais de saúde e famílias para a qualificação das práticas de cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem neonatal. Enfermagem familiar. Humanização da assistência. Família.

SOARES, Larissa Gramazio. **Welcoming as a tool for humanized care in the neonatal intensive care unit**. 109 f. Dissertation (Master in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2014.

ABSTRACT

The role of welcoming as a guideline of the National Humanization Policy in the context of nursing care in the NICU process is provided by a descriptive survey, interventionist mode and a qualitative approach. Current study was conducted in a middle-size hospital in the interior of the state of Paraná, Brazil, more specifically in a NICU, between April and September 2014. It was divided into four phases: (i) thirteen parents were interviewed when the recently-born child was admitted into the NICU for more than five days; for data collection, a semi-structured scheme was given with the guiding question: "How does welcoming take place within nursing care in the context of NICU?" Interviews were recorded and transcribed in full (pre-test); (ii) the interventional phase (educational intervention) occurred through three educational workshops with the four NICU nurses in charge, by means of a problematizing methodology based on Charles Margueréz's Arc. Testimonies collected in the first phase were the starting point. This process triggered a proposal of a pilot-protocol welcome for the NICU; (iii) the next month the nurses implemented the pilot-protocol welcome through a checklist recording the strong and weak points of the protocol during its execution; (iv) at the end of this period, the last meeting with the nurses occurred to analyze the difficulties and positive items encountered in the implementation of the welcome protocol. Further interviews with ten mothers and one father who, at this stage of research, were with their children in the intensive care unit, were conducted. The perception of the family after the deployment of the welcoming practice (post-test) was thus investigated. Results showed the effectiveness of educational strategies based on the problematization of care reality either through specific situations of attention scenarios as change proposals or in providing a sense of appreciation of professionals, who became protagonists of these transformations. In addition to operational issues, the study also revealed the importance of approach strategies for the qualification of welcome and, therefore, the care for the child-family binomial. Some strategies were the assigning of reference professionals for parents within the NICU environment; individualized / personalized preparation and orientation of families for the first visit to the child; optimization of the daily routine visit with information on the child's evolution; inclusion of parents in the care of the newborn; and the preparation of parents for hospital discharge. Reflections on healthcare practices constitute an essential aspect to transform reality through the involvement of all the social agents within these contexts. In spite of the study's limitations, current research experience plus its educational intervention opens the perspective for further studies and, at the same time, valorizes work partnership for health professionals and families for care practice.

Keywords: Neonatal nursing. Family nursing. Humanization of assistance. Family.

SOARES, Larissa Gramazio. **El acogimiento como herramienta para el cuidado humanizado en la unidad de terapia intensiva neonatal.** 109 f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2014.

RESUMEN

Este estudio tuvo por objetivo comprender el papel de lo acogida como directriz de la Política Nacional de Humanización en el contexto del proceso de cuidado de enfermería en UCIN, por intermedio de una investigación descriptiva, de carácter intervencionista con abordaje cualitativo. El estudio se realizó en un hospital de tamaño medio del interior de Paraná, más específicamente en la UCIN, en el período de abril a septiembre de 2014, distribuidos en cuatro etapas: (i) en el primer momento se entrevistaron trece padres/madres que por ocasión de la investigación estaban con el RN ingresado en la UCIN durante más de 5 días. Para la recolecta de datos se utilizó rúter semiestructurado teniendo como pregunta guía: “¿Cómo es realizado el acogimiento de enfermería a la familia en el contexto de la atención en UCIN?” Las declaraciones fueron grabadas y transcritas en la íntegra (pre-test); (ii) posteriormente, se pasó a la fase intervencionista (intervención educativa), por intermedio de tres talleres educativos dirigidos por la metodología cuestionable siempre centrándose en el Arco de Charles Margueres, con los cuatro enfermeros responsables por la UCIN. El punto de partida fueron las declaraciones recolectados en la primera fase. De este proceso surgió la propuesta de un protocolo-piloto de acogida para la UCIN. (iii) En el mes siguiente, los enfermeros implementaron el protocolo-piloto de acogimiento, amparados por un *check-list* con objetivo de registro de los puntos fuertes y débiles de esta rutina/protocolo de atención, en el momento de su ejecución; (iv) al final de ese período se llevó a cabo el último encuentro con los enfermeros, con la finalidad de reunir las dificultades y/o facilidades encontradas en la implementación del protocolo de acogida. Además, se realizaron otras entrevistas incluyendo diez madres y un padre que, en esta etapa de investigación, se encontraban con sus hijos en cuidado intensivo, con la finalidad de analizar la percepción de la familia tras implantación de la práctica de acogida (post-test). Los resultados han permitido evidenciar la efectividad de estrategias educativas pautadas en la problematización de la realidad asistencial, sea por la posibilidad de utilizarse situaciones específicas de los escenarios de atención como palancas de las propuestas de cambio sea en función de propiciar el sentimiento de valoración de los profesionales, que pasan a ser protagonistas de estas transformaciones. Además de las cuestiones operacionales, los resultados del estudio revelaron la importancia de estrategias de acercamiento para la calificación del acogimiento, y por consiguiente, del cuidado prestado al binomio niño-familia. Algunas de las estrategias fueron atribución de profesionales de referencia para los padres en el ambiente de la UCIN; preparo y orientación las familias de forma individualizada/personalizada en la primera visita al hijo; mejora de la visita diaria con rutina de informaciones sobre la evolución del hijo; inserción de los padres en la realización de los cuidados al RN; y preparo a los padres para el alta, con referencia para UBS. Se concluye que la reflexión sobre la práctica asistencial se constituye en aspecto esencial para desencadenar la transformación de la realidad, a partir del involucramiento de todos los actores sociales de estos contextos. A que pesar de las limitaciones del estudio, esta experiencia de investigación con intervención educativa abre la perspectiva para la

necesidad de nuevos estudios de esta naturaleza, al mismo tiempo en que valora lo trabajo en cooperación de los profesionales de salud y familias para la cualificación de las prácticas de cuidado.

Palabras-clave: Enfermería neonatal. Enfermería familiar. Humanización de la asistencia. Familia.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação teve como objetivo compreender o papel do acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização no contexto do processo de cuidado de enfermagem em UTIN. Está estruturada em capítulos, sendo: “**Capítulo I**”, em que consta “Introdução ao tema” e “Objetivos”; “**Capítulo II**”, abordando a “Revisão de Literatura” e “Referencial Teórico”; “**Capítulo III**”, delineando o “Caminhar metodológico”; “**Capítulo IV**”, contendo a “Apresentação dos dados” e “Resultados e Discussão” e, por fim, o “**Capítulo V**”, apresentando as “Considerações acerca do estudo” e “Implicações do estudo para enfermagem”.

Ressaltamos que os resultados desta dissertação foram apresentados na forma de dois manuscritos científicos, a saber:

Manuscrito 1: Construção do protocolo de acolhimento neonatal a partir de uma prática educativa problematizadora;

Manuscrito 2: O processo de acolhimento no contexto na atenção neonatal: percepção das famílias.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Dificuldades e Facilidades avaliados no protocolo. Maringá, PR, 2014.....	54
----------	--	----

LISTA DE SIGLAS

Copep	Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	16
1.2 INTRODUÇÃO AO TEMA.....	18
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23

CAPÍTULO II

3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE TERAPIA NEONATAL E O PAPEL DA ENFERMAGEM NESSE CONTEXTO ASSISTENCIAL	24
3.2 ENTENDENDO A REPERCUSSÃO DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO PARA A FAMÍLIA DO RN	27
3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA AO RN HOSPITALIZADO E À FAMÍLIA COMO UMA UNIDADE DE CUIDADO	30
4 REFERENCIAL TEÓRICO	33

CAPÍTULO III

5 CAMINHAR METODOLÓGICO	37
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	37
5.2 LOCAL DA PESQUISA	38
5.3 PARTICIPANTES.....	39
5.4 COLETA DE DADOS	40
5.5 ANÁLISE DE DADOS	42
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	43

CAPÍTULO IV

6 APRESENTANDO DOS DADOS	44
---------------------------------------	----

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
7.1 MANUSCRITO 1: CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO NEONATAL A PARTIR DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA PROBLEMATIZADORA.....	45
7.2 MANUSCRITO 2: O PROCESSO DE ACOLHIMENTO NO CONTEXTO NA ATENÇÃO NEONATAL: PERCEÇÃO DAS FAMÍLIAS	62
 CAPÍTULO V	
8 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO	79
9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA ENFERMAGEM	81
 REFERÊNCIAS	82
 APÊNDICES	87
 ANEXOS	103

CAPÍTULO I

"Uma longa viagem começa com um único passo".

(Lao-Tsé)

Neste capítulo será apresentada a aproximação com a temática pela pesquisadora e uma breve introdução ao tema, tendo em vista a necessidade de compreender o cuidado neonatal de enfermagem à família do recém-nascido (RN) hospitalizado e a importância do acolhimento aos mesmos, bem como a justificativa do estudo. Além disso, também serão apresentados os objetivos da presente dissertação.

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Ao tentar recordar dos motivos que me levaram a escolher a enfermagem, não posso deixar de fazer menção aos ensinamentos e valores repassados pela minha família. A base sólida e o altruísmo familiar me levaram a escolher um curso que propiciasse envolvimento constante com o ser humano. Além disso, o fato de conhecer a arte do cuidar, pela dedicação e zelo da minha única irmã como enfermeira, influenciou-me de fato a escolher o curso de enfermagem.

Deste modo, conquistei a aprovação no vestibular de enfermagem na Universidade Estadual do Centro-Oeste. Ainda no primeiro ano do curso, deparei-me com disciplinas que pouco me aproximavam da essência do cuidado, e pairavam dúvidas e incertezas quanto à minha escolha. Tais disciplinas só foram compreendidas e valorizadas no decorrer da graduação.

Logo no segundo ano do curso, houve os primeiros contatos com pacientes durante os estágios. Lembro-me da minha afinidade e predileção pelas práticas em ambiente hospitalar. Naquele momento, a admiração pelos profissionais que atuavam em campo de

estágio e os estímulos dos meus professores faziam crescer em mim o encantamento pela profissão.

E no terceiro ano, após o primeiro contato com a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pude vivenciar e refletir sobre a fragilidade da vida, além de compreender as responsabilidades e os efeitos da atuação do enfermeiro dentro desse setor. Porém, o que mais me instigava como aluna era o momento da visita familiar; observava atentamente e percebia os olhares tão expressivos dos familiares e sua invisibilidade diante dos profissionais de saúde. Essa experiência despertou em mim a importância da indissociabilidade do binômio paciente-família, e tornou-se um desafio profissional.

Após a formatura, as afinidades profissionais me conduziram à busca por qualificação profissional, levando-me ao curso de especialização em urgência e emergência.

Minha primeira oportunidade de emprego foi no Hospital São Vicente de Paulo, uma entidade beneficente, assistencial e filantrópica. Nesta instituição, pude compartilhar de um ambiente engajado no compromisso de prestar um atendimento digno, humano e de qualidade, compromisso este mantido e honrado por todos os profissionais da instituição, indo além das suas concepções práticas, mas pautando-se na valorização e reconhecimento da lógica humana.

Não tive a oportunidade de iniciar minha carreira na área pela qual tinha maior afinidade. Iniciei na enfermagem. Porém, esse setor me proporcionou experiências marcantes e gratificantes. Coincidentemente, ele estava localizado no mesmo andar das UTIs e pude então intensificar meus olhares aos familiares dos pacientes internados, pois estes ficavam do lado de fora aguardando ansiosamente o momento da visita. Por vezes escutava um choro intenso de dor no final do corredor, quando recebiam a notícia de falecimento, essa dor percebida e sentida por mim apesar de nenhuma aproximação com o paciente.

Mais especificamente, pela proximidade dos setores e laços de amizade estabelecidos com as enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), voltei meus olhares para a neonatologia e me encantei.

Após um ano, assumi o cargo de supervisão de assistência de enfermagem. Talvez esse tenha sido o meu maior desafio profissional enfrentado até o momento. Que exigiu de mim muita dedicação e paciência. Porém, além das atribuições administrativas e assistenciais desta função, proporcionou-me também momentos de reflexão sobre o papel

do enfermeiro no reconhecimento dos desafios enfrentados diariamente, somados ao leque de responsabilidades e possibilidades da profissão, fazendo-me admirar todos os enfermeiros com que tive o prazer de trabalhar. Ainda, essa vivência me proporcionou participar ativamente do processo de reestruturação da UTIN, reafirmando o meu encantamento pela neonatologia. Foi o estímulo que faltava para que eu buscasse conhecer mais sobre ela.

Concomitantemente, recebi uma proposta para atuar como docente em uma instituição privada. Aceitei o desafio, pois sentia que deste modo conseguiria compartilhar conhecimentos, criar laços e ainda transmitir aos alunos toda minha paixão e entusiasmo pela enfermagem.

Diante dessa nova possibilidade de trabalho e da necessidade contínua em qualificar-me profissionalmente, ingressei no Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Desde o início no mestrado, minha inquietação era no sentido de utilizar a pesquisa para contribuir diretamente no processo de trabalho dos profissionais da instituição responsável pelo meu crescimento e amadurecimento profissional.

Ao lembrar todas as experiências vivenciadas em minha trajetória profissional, há que se destacar que minhas convicções acerca da humanização da assistência e compreensão da família como unidade de cuidado foram determinantes na escolha e na delimitação do objeto deste estudo.

1.2 INTRODUÇÃO AO TEMA

O cuidado ao recém-nascido (RN) internado em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) não deve centrar-se unicamente nos aspectos biológicos desta clientela, mas estender seu olhar a elementos do desenvolvimento psicoafetivo deste pequeno ser humano. O RN deve ser considerado e respeitado como ser-sujeito, dotado de emoções e individualidade, e não como mero objeto de intervenções (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Para Freitas, Kimura e Ferreira (2007), o ambiente da UTIN deve relacionar cuidados técnicos e humanos, constituindo-se em setores mais acolhedores e menos

impessoais, principalmente no que concerne aos comportamentos e atitudes dos profissionais, com vistas a conciliar os recursos tecnológicos com um cuidado humanizado e integral.

Além disso, no processo de hospitalização, a família e o RN devem ser compreendidos enquanto unidade, com necessidades que não são puramente biológicas, mas sociais, emocionais e culturais. Logo, a assistência envolve muito mais que procedimentos e técnicas, mas compreende também o relacionamento interpessoal entre os sujeitos (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Mesmo sendo uma unidade em que a tecnicidade, representada por um arsenal de equipamentos, máquinas e monitores, se sobrepõe a aspectos relacionais do cuidado, faz-se necessário compreender que a humanização deve ser voltada para a família e o paciente internado na UTIN, no sentido de estabelecer uma relação efetiva e afetiva, buscando um cuidado que seja desenvolvido de maneira humana, ética e solidária (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

Os mesmos autores apontam a necessidade de um atendimento resolutivo, acolhedor, conjugado a um processo de educação permanente dos profissionais e à participação na gestão, implicando a necessidade de implementação de políticas de humanização nos contextos hospitalares.

Sendo assim, o atendimento em UTIN deve considerar que a disponibilização de recursos tecnológicos, indispensáveis para a prestação dos cuidados, não pode acontecer a expensas de investimentos nos recursos relacionais. Para tanto, faz-se necessário trazer para a pauta de discussões as iniciativas voltadas à valorização da interação dos sujeitos envolvidos na prestação destes cuidados, como a Política Nacional de Humanização (PNH), por meio do Humaniza SUS.

A PNH foi criada pelo Ministério da Saúde em 2003, tendo a humanização como uma política transversal e compreendida como um conjunto de princípios e diretrizes executadas por ações em todos os campos de saúde, caracterizando-se pela construção coletiva e participativa. Suas estratégias estão pautadas em ações e atitudes ético-estético-políticas. Éticas em função de seu foco de ações ser guiado em prol da defesa da vida; estéticas em razão do incentivo à criação de normas que regulam a vida do homem em relação aos demais seres vivos e, políticas, por meio da valorização das relações sociais e da organização social (BRASIL, 2004).

A concepção acerca da saúde como dever do Estado, a criação do SUS e a ampliação do conceito de saúde, extrapolando a ideia restrita apenas à ausência de doenças, representaram um avanço nesta área da atenção. Entretanto, não obstante tais progressos, muitos desafios ainda persistem. Salienta-se, neste cenário, o despreparo dos profissionais para o cuidado voltado para a dimensão subjetiva dos usuários e a necessidade em romper com os modelos de gestão verticais e centralizados (BRASIL, 2010a).

Na perspectiva de transformar este contexto, o PNH há dez anos vem tentando superar esses desafios, pautando-se nas diretrizes de clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupidades e das ações coletivas e em redes e construção da memória do SUS (BRASIL, 2010a).

A atuação da enfermagem voltada ao cuidado humano depende da disponibilidade de profissionais capacitados, sensíveis e que norteiem suas ações no sentido de uma assistência integral. Esta assistência, quando prestada aos familiares e aos pacientes que estão internados na UTIN, exige do profissional um olhar capaz de perceber necessidades que não se restringem ao âmbito biológico destes indivíduos, mas que os considerem em suas particularidades, como seres humanos fragilizados frente à doença e à internação.

A assistência ao RN na UTIN é, via de regra, associada à ideia de valorização e utilização de tecnologias, equipamentos, procedimentos e rotinas. Embora isto possa ser interpretado como um indício da inexistência de espaços para a implementação de estratégias humanizadas, é essencial que se busquem meios para fomentar ações voltadas ao acolhimento, que valorizem as relações humanas, e que consolidem elementos como a solidariedade, a escuta, e o vínculo.

Nesse sentido, as ações da enfermagem voltadas ao cuidado com o RN e com o acolhimento familiar se revestem de maior amplitude e riqueza, na medida em que passam a se sustentar em valores como a sensibilidade, a ética e a solidariedade, potencializando as possibilidades de transformação de sua prática (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Tratando-se, portanto, de um ambiente fortemente influenciado por tecnologias, como a UTIN, a humanização surge como a proposta de qualificação do atendimento ali prestado, por meio da articulação entre o aperfeiçoamento do ambiente de cuidado, oferta de boas condições de trabalho aos profissionais, inclusão de estratégias de acolhimento e os avanços tecnológicos (BRASIL, 2004).

Dessa forma, o acolhimento foi selecionado dentre as diretrizes da PNH como foco principal deste trabalho, pela sua importância como precursor na formação de vínculos entre profissionais da equipe e familiares, e elemento primordial no processo de construção da autonomia dos sujeitos dentro destes contextos assistenciais.

O termo acolhimento é definido como “ato ou efeito de acolher, a maneira de receber, abrigo gratuito, hospitalidade, local seguro, refúgio” (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 61). Sendo assim, o acolhimento pode ser relacionado a uma atitude de relação. No contexto de uma UTIN, significa receber os familiares proporcionando-lhes sensação de segurança e conforto, com vistas à construção de uma assistência acolhedora e humanizada.

Para o fortalecimento das práticas de saúde, o acolhimento configura-se como diretriz da PNH que assegura uma reflexão crítica acerca das ações, avanços na aliança entre gestor, usuários e trabalhador, por meio da construção de relações de confiança, conferindo maior resolutividade frente às necessidades apresentadas pelos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2006).

Os mesmos autores ainda salientam que o acolhimento, como postura ética, incentiva a construção de redes de autonomia e compartilhamento, fortalecendo alianças éticas com a produção da vida, e em que os gestores, profissionais de saúde e usuários são o centro das ações de saúde. Uma postura acolhedora configura-se como ferramenta de intervenção no processo de qualificação da escuta, estabelecimento de vínculos, compartilhamento de saberes, angústias, considerando as diversidades culturais, raciais e étnicas do paciente e família, atuando, dessa forma, com responsabilização e resolutividade (BRASIL, 2006).

Quando o acolhimento é realizado, o enfermeiro favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso com família, garantindo a integralidade do cuidado e a qualificação da assistência prestada. Os indivíduos assistidos não buscam somente a resolução dos desequilíbrios fisiológicos, mas passam a sentir necessidade de atenção, apoio e resolução de seus problemas, sendo fundamental o reconhecimento e a demonstração de interesse em relação aos aspectos subjetivos por eles apresentados.

Tendo em vista o exposto, delimitou-se como tema para esta pesquisa, a PNH e como objeto de pesquisa uma das diretrizes da PNH, o acolhimento na prestação da assistência de enfermagem ao RN/família durante a hospitalização em UTIN.

As publicações recentes que abordam o tema enfatizaram especialmente a percepção dos profissionais e dos familiares acerca do acolhimento (REIS et al., 2013; COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012; SILVA et al., 2011; COSTA; CAMBIRIBA, 2010; GURGEL; ROLIM, 2005). Verificou-se, portanto, a necessidade de estudos que se propusessem a intervir na realidade assistencial, a fim de analisar em que medida esta intervenção é capaz de promover mudanças no acolhimento e seus impactos no processo de qualificação do cuidado humanizado de enfermagem.

Depreende-se assim, que a implementação de um estudo desta natureza possa contribuir no sentido de fornecer subsídios que reorientem o processo de trabalho de enfermagem, com implicações positivas para a qualidade da assistência prestada ao RN e sua família durante a hospitalização. Assim, almeja-se que tais achados possam impactar na qualificação e aprimoramento do cuidado de enfermagem, na medida em que valorize as relações humanas, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos positivos entre os atores sociais neste meio.

Pretende-se ainda que esta pesquisa gere trabalhos que possam ser difundidos em periódicos e eventos científicos da área, com o objetivo de disseminar os resultados obtidos entre enfermeiros e profissionais da saúde em geral. Nesta perspectiva, o estudo tem como questão de pesquisa: de que forma a adoção de estratégias de acolhimento pode impactar na qualidade da assistência humanizada em UTIN, com base na percepção de famílias usuárias e enfermeiros?

2 OBJETIVOS

“Aquele que se preocupa com os efeitos de sua ação modifica-a para melhor atingir seus objetivos”
(Philippe Perrenoud)

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o papel do acolhimento como diretriz da PNH no contexto do processo de cuidado de enfermagem em UTIN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- descrever de que forma se dá o acolhimento na prestação do cuidado de enfermagem aos RNs e famílias durante a hospitalização na UTIN;
- verificar como a família percebe o acolhimento durante o processo de hospitalização do filho na UTIN;
- descrever e avaliar o processo de desenvolvimento de uma prática educativa para a implantação de um protocolo que vise o acolhimento de enfermagem à família do RN hospitalizado;
- elencar dificuldades e/ou facilidades do cuidado, a partir da implantação de um protocolo de acolhimento;
- analisar a percepção da família acerca do cuidado de enfermagem, após a implantação da prática de acolhimento.

CAPÍTULO II

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino”.
(Leonardo da Vinci)

Neste capítulo será apresentado o detalhamento bibliográfico sobre a unidade de terapia intensiva, enfermagem neonatal e o cuidado humanizado ao RN e família nesse processo de hospitalização. Além disso, apresentamos o referencial teórico da PNH, escolhida para o desenvolvimento deste estudo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Buscou-se na literatura a compreensão dos avanços tecnológicos para suporte de vida do RN internado na unidade de terapia intensiva neonatal e a importância de considerar a família e o RN, como unidade de cuidado nesse contexto assistencial, buscando fornecer uma assistência acolhedora e humanizada.

Ademais, esta revisão procura delinear o cenário assistencial em questão, descrevendo as funções da enfermagem neonatal e as alterações familiares em decorrência da hospitalização do RN, salientando a necessidade do cuidado humanizado e do acolhimento na UTIN.

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE TERAPIA NEONATAL E O PAPEL DA ENFERMAGEM NESSE CONTEXTO ASSISTENCIAL

A trajetória de mudanças no campo da saúde tem sido influenciada fortemente pelos avanços tecnológicos. As unidades de terapia intensiva foram criadas a partir da necessidade de atendimentos de alta complexidade aos pacientes graves, e que

demandavam uma assistência contínua e monitorização ininterruptas de profissionais de saúde capacitados para oferecer suporte ao tratamento intensivo instituído.

O princípio de priorizar a vigilância dos pacientes mais graves teve início com Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia no século XIX. Ela costumava separar os pacientes e classificá-los de acordo com a instabilidade vital e de acordo com a maior ou menor necessidade de cuidados para que, deste modo, os mais graves pudessem ser posicionados mais próximos, proporcionando maior observação e melhor assistência (POTTER; PERRY, 2008).

Segundo esses princípios, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998, define a unidade de tratamento intensivo (UTI) como um setor que tem como objetivo o atendimento a pacientes graves ou de risco, que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas para estabilidade vital, com recursos tecnológicos e humanos especializados (BRASIL, 1998a).

Estes serviços devem funcionar assegurando um atendimento de qualidade a cada paciente, fornecendo a estes o direito à sobrevida; aos recursos tecnológicos existentes para manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais; à assistência humanizada; à exposição mínima aos riscos que perpassam os métodos propedêuticos e do tratamento instituído em relação aos benefícios obtidos; ao monitoramento rigoroso e contínuo da evolução do tratamento, assim como de eventuais efeitos adversos (BRASIL, 1998a).

A UTI é um setor obrigatório para todo hospital de nível terciário, com capacidade igual ou superior a 100 leitos. Deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais, podendo ser classificada em neonatal, pediátrica, adulto ou, ainda, especializada (BRASIL, 1998b).

Mais especificamente em relação à unidade neonatal, esta é definida em termos de um serviço destinado à internação do recém-nascido grave ou potencialmente grave, fornecendo um cuidado integral. Deve ser estruturada a partir de instalações físicas, equipamentos e recursos humanos e demais ferramentas assistenciais que possibilitem condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada (BRASIL, 2012).

O período neonatal é aquele compreendido desde o momento do nascimento até 28 dias de vida, sendo este considerado uma fase crítica de vida para o RN (TAMEZ; SILVA, 2009).

Segundo dados do MS, a mortalidade neonatal (entre 0 e 27 dias de vida) representa cerca de 60 a 70% da mortalidade infantil e, portanto, maiores avanços na saúde da criança

brasileira requerem maior atenção à saúde do RN. Este relatório aponta ainda que é na primeira semana de vida, em especial no primeiro dia de vida (representando 25%), que se concentram as mortes infantis no país (BRASIL, 2011a).

No Brasil, o crescimento das unidades neonatais atinge ampla projeção. O avanço tecnológico e a capacitação de profissionais apresentam-se como elementos indispensáveis ao cuidado de RN internado neste setor, pois proporcionam aumento nas possibilidades de sobrevivência do mesmo (TAMEZ; SILVA, 2009).

Faz-se necessário, ainda, conhecer as causas mais comuns de internamento de RN na UTIN. Os internamentos relacionados principalmente à prematuridade aparecem como a causa mais frequente e um dos determinantes mais importantes da mortalidade infantil no Brasil (RAMOS; CUMAN, 2009). As complicações pulmonares, sepse de início precoce e encefalopatia hipóxico-isquêmica são outros eventos que podem levar o RN a necessitar de cuidados intensivos (ELIAS et al., 2008).

Acrescenta-se ainda a este rol as malformações congênitas, o crescimento intraútero relacionado à glicose do RN, as infecções, a gestação múltipla, baixo peso, doença de membrana hialina, tocotraumatismo, anóxia neonatal, como os agravos que mais frequentemente demandam a internação na UTIN (SOUSA; SILVA; ARAÚJO, 2008; TAMEZ; SILVA, 2009).

O tratamento dessas patologias sofreu inúmeras transformações em virtude de todo o avanço do conhecimento e o desenvolvimento tecnológico. Assim, é cada vez mais comum nestes cenários o emprego crescente de tratamentos invasivos e de cuidados médicos e de enfermagem intensivos, no intuito de manter a vida de RN gravemente enfermo (BRASIL, 2011b). Estes cuidados intensivos neonatais têm reduzido os números da morbimortalidade neonatal, principalmente de RN de risco. Isso ocorre pelo avanço tecnológico, aprimoramento das intervenções terapêuticas, aumento do número de UTIN e das equipes multidisciplinares capacitadas e especializadas no cuidado ao RN (BRASIL, 2011a).

Destaca-se aqui a importância do trabalho da enfermagem neonatal, e em especial do enfermeiro neonatologista, por tratar-se do profissional responsável pelo cuidado voltado ao desenvolvimento físico, psíquico e social do RN internado na UTIN (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011). Em estudo que aborda a evolução histórica da tecnologia em neonatologia, os autores Sá Neto e Rodrigues (2010) ressaltaram a obtenção de melhores resultados nos cuidados com os RNs, quando estes são desempenhados por uma equipe de

enfermagem bem treinada, ressaltando aqui a importância de que os profissionais que trabalham na UTIN sejam capacitados e, acima de tudo, gostem do que fazem.

No que diz respeito às funções de enfermagem exercidas na UTIN, Tamez e Silva (2009) salientam que estas devem ser pautadas na prestação de cuidados aos RNs, como monitorização para as alterações que venham a surgir, intervir de forma ativa juntamente com a equipe médica, visando o restabelecimento das funções vitais. Acrescenta-se a isso a necessidade de inserção da família do RN nesse contexto assistencial, buscando tornar o período de hospitalização o menos traumático possível para a família e favorecer o processo de recuperação do RN.

Tendo em vista que o ambiente da UTIN, apesar de assegurar a sobrevivência do RN, também é considerado “agressivo” pelas técnicas e procedimentos invasivos realizados; há a preocupação de que as atividades realizadas pelos profissionais não se tornem estritamente racionais e desumanas. Quando se trata em cuidado neonatal, devemos pensar no relacionamento indispensável entre os bebês, profissional e família (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Nesse mesmo sentido, Soares, Santos e Gasparino (2010) consideram que um dos objetivos dos profissionais que atuam nas UTIN, além do cuidado técnico, é o cuidado à família. Dessa forma, deve-se buscar intensificar o vínculo entre os pais e o bebê durante todas as atividades assistenciais em neonatologia, pois a família vive uma tensão constante decorrente de seus medos e da própria experiência da internação, marcada pelo distanciamento de seu bebê, pelas normas e rotinas da UTIN, somadas aos conflitos familiares e à ameaça constante de morte do RN.

Sendo assim, faz-se necessário ampliar a discussão sobre a família, entender o processo de hospitalização, os sentimentos que emergem desta experiência, a fim de compreendê-los como objeto de cuidado de enfermagem, com vistas à assistência humanizada mais efetiva.

3.2 ENTENDENDO A REPERCUSSÃO DO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO PARA A FAMÍLIA DO RN

A gestação compreende um período de mudanças físicas e emocionais que as mulheres vivenciam de maneiras distintas. Este período é acompanhado geralmente pelo

sentimento de expectativa de um parto tranquilo e nascimento de um bebê saudável; de tal forma que o nascimento de um filho que requer cuidados específicos, leva a mãe a inserir-se em uma nova realidade, na qual se depara com “uma criança que apresenta uma série de agravos à saúde, os quais podem se traduzir em sério risco de vida” (ROECKER et al., 2012, p. 254).

Cruz et al. (2010) corroboram com tal afirmação ao descreverem o período da gravidez como uma época na qual os pais desejam o filho sadio para levá-lo para casa logo após o nascimento. No entanto, há situações em que o RN é encaminhado à UTIN, necessitando de cuidados especializados para a recuperação da saúde. Nesse momento, os pais, e principalmente a mãe, sofrem com a real situação do filho, instaurando-se o sentimento de imensa insegurança, conforme descrevem Araújo e Rodrigues (2010, p. 866):

A visão de um cenário composto de tantas luzes, aparelhos, fios, profissionais especializados, estimulação sonora incessantemente presente, através de diversos alarmes e ruídos ensurdecedores, produz incerteza e insegurança na mãe em relação à vida de seu filho fora daquele ambiente.

Além disso, Moraes e Costa (2009) constataram em seu estudo que a UTIN é vista como um ambiente hostil, grandemente associado ao sofrimento e à morte, trazendo aos pais sentimentos de solidão, desespero e medo.

Em consequência disso, vê-se a dinâmica familiar se transformar frente ao nascimento de um RN que necessita de cuidados intensivos. Logo, os pais são acometidos pela ansiedade e pelo medo relacionado à sobrevivência do RN, bem como pelas dúvidas em relação ao tratamento e incertezas quanto ao desenvolvimento e crescimento do filho. O período compreendido entre o nascimento até o momento da alta hospitalar é doloroso e angustiante para a família que vivencia tal processo (SIMIONI; GEIB, 2008).

Entretanto, há que se considerar que o processo de enfrentamento da doença é único para cada família. Por isso, é fundamental conhecer a dinâmica familiar, seu comportamento, seus sentimentos e os significados dessa vivência para, a partir daí, promover uma assistência que englobe as necessidades individuais, mas não esquecendo que são sujeitos que mantêm relações familiares e sociais (SASSÁ, 2011).

Valcanti et al. (2012) afirmam que a compreensão dos processos potenciais utilizados pelos pacientes no enfrentamento de sua situação permitirá à equipe de saúde oferecer apoio adequado de modo a facilitar o enfrentamento da doença.

É de fundamental importância reconhecer a necessidade de cuidados intensivos neonatais e que estes interferem no vínculo mãe e RN. Muitas vezes, a mãe passa a ser mera expectadora dos cuidados especializados prestados pela equipe de saúde, e o processo de vínculo passa assim, a ser mais prejudicado ainda, em função da real situação de crise representada pela hospitalização do filho na UTIN (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

O vínculo é definido como um relacionamento específico, único, entre pessoas, duradouro ao longo do tempo (REICHERT; LINS; COLLET, 2007). Neste sentido, o fato de os primeiros contatos entre os pais e o filho serem interrompidos pela necessidade da permanência deste na UTIN, constitui um obstáculo importante na consolidação deste vínculo. Portanto, cabe ao enfermeiro facilitar o contato precoce entre os pais e o filho prematuro, visando à continuidade do vínculo e do apego. Cruz et al. (2010) referem que o momento de contato da mãe com o filho hospitalizado em UTIN é rápido, muitas vezes até inexistente, e isso interfere de maneira especial na interação mãe/bebê.

A hospitalização do neonato comprometido é um agravante para o fortalecimento do seu vínculo com a mãe, uma vez que a mesma sente-se fragilizada frente à situação de risco de vida do filho. A equipe de profissionais tem papel essencial à manutenção do vínculo afetivo entre a mãe e o neonato enfermo, haja vista que a hospitalização pode gerar seu enfraquecimento. Nas palavras de Cruz et al. (2010, p. 134):

Durante o processo de internação, torna-se pertinente à equipe de enfermagem refletir sobre comportamentos e atitudes diante da mãe e familiares, bem como se deve manter comunicação efetiva e contínua, na convivência e, principalmente, nas situações de estresse.

Vale destacar ainda, neste contexto, a valorização da amamentação como uma ação importante para estabelecimento do vínculo, pelo seu valor afetivo. Contudo, há barreiras a serem superadas neste campo, como o temor e a insegurança das mães frente à fragilidade de seus bebês. Para contornar tais dificuldades, o primeiro passo deve ser no sentido de tornar estas mães mais participativas nos cuidados. “É importante, no entanto, orientar as mães quanto a maneira e o momento ideal de tocar seus bebês, favorecendo vivências positivas ao promover esses contatos durante a hospitalização” (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010, p. 869). A equipe de enfermagem lança mão de várias estratégias

para inserir a família no plano de cuidados, o que se constitui forte aliado na recuperação do bebê, amenizando os sentimentos negativos da família frente à hospitalização, permitindo a realização de um cuidado integral e qualificado.

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA AO RN HOSPITALIZADO E À FAMÍLIA COMO UMA UNIDADE DE CUIDADO

Humanizar significa “olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas” (BRASIL, 2004).

O cuidado humanizado é algo bastante complexo, o que pressupõe a necessidade de reflexões por parte da equipe de enfermagem em relação às ações implementadas no sentido de sua consecução.

Para Boff (1999), o cuidado se torna um fenômeno na sua consciência, se mostra na sua experiência e se molda na prática. Logo, para que o cuidado seja humanizado é preciso que o (a) enfermeiro (a) entenda a unidade familiar, o que a doença crítica significa para os membros da família, como eles são afetados e quais são suas maiores necessidades.

Deve-se dar atenção para que em qualquer conjuntura a família seja sempre bem acolhida e receba as informações necessárias para diminuir sua ansiedade (SOARES; SANTOS; GASPARINO, 2010).

Para Manenti e Soratto (2012, p. 44), “o paciente precisa ser reconhecido como um ser integrante de uma família, por isso algumas considerações e cuidados devem ser centrados nela, propiciando, assim, um clima acolhedor, humanizado e espiritualizado”.

A necessidade da tecnologia é, sem dúvida, necessária. Entretanto, isto não deve ser um impeditivo para a instalação de práticas humanizadoras neste contexto.

Deste modo, ainda que o foco da atenção esteja voltado por vezes aos procedimentos e ao manejo de aparelhos complexos, a assistência não pode e nem deve ser reduzida à mera manipulação de comandos e à infusão de volumes medicamentosos. O modo reducionista de pensar a assistência descaracteriza o elemento da equipe de

enfermagem, que amplia cada vez mais a distância entre si e o outro e aproxima-se de modo pouco cauteloso dos recursos tecnológicos (PENHA, 2008).

Assim, somente a dimensão técnica não produz o cuidado, ou seja, é necessário trazer para o momento do encontro entre profissional e usuários, o sentido existencial da experiência do adoecer e do processo de hospitalização; logo, repensar as práticas de saúde. Isto se dá por meio da escuta interessada, fusão de horizontes de trabalhadores e usuários para realizar um cuidado humanizado.

As práticas de saúde, segundo Ayres (2004), estão passando por uma importante crise em sua história, uma vez que vem encontrando sérias limitações para responder às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. Segundo este autor, propostas de humanização da atenção à saúde e integralidade no cuidado têm se configurado em poderosas estratégias para enfrentar a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil.

Merhy (2002) relata que quando os usuários acessam os serviços de saúde não é da ausência de tecnologia que reclamam, mas da desatenção, descuido, descaso dos trabalhadores de saúde dar ouvidos às suas dores e sofrimentos. Para Ayres (2005), somente a lógica da racionalidade técnica não é suficiente para produzir o cuidado em saúde. Nosso desafio encontra-se, nessa perspectiva, em romper com essa postura anti-humanística, mecanicista, para inserir a família no plano de cuidados, visando atender integralmente todas as suas necessidades, considerando cada família como única, e proporcionar o cuidado humanizado e qualificado.

Nesse sentido, Almeida et al. (2009) afirmam que o cuidado não pode ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo saber científico e tecnológico, pois, se assim ocorrer, obteremos apenas uma parte da dimensão do cuidado. Se quisermos alcançar o sucesso prático para produzir cuidado, é necessária, além da dimensão instrumental, a produção de encontros e de diálogos entre sujeitos, sujeitos profissionais de saúde/serviços e sujeitos usuários e população. O cuidado torna-se então um espaço de crescimento e desenvolvimento mútuos.

Nas unidades neonatais, o acolhimento dos pais é essencial, visto que a partir deste há possibilidade do profissional aprimorar sua percepção acerca das necessidades por eles apresentadas e de fornecer informações que venham a diminuir os níveis de ansiedade destes. Além do mais, o profissional da enfermagem deve ter sensibilidade, disponibilidade, empatia, envolvimento, responsabilidade e aceitação frente à forma com

que a figura materna e paterna se coloca diante da situação da hospitalização (FRAGA et al., 2009).

Entende-se, portanto, que a família é parte do processo de recuperação do RN, por isso é importante atender não só as necessidades do bebê, mas as dos pais também. Além do mais, a inclusão destes como participantes ativos nas atividades de menor complexidade, desde a admissão do filho até o momento da alta hospitalar, faz com que o cuidado centrado na família seja promovido (TAMEZ; SILVA, 2009).

As autoras Gurgel e Rolim (2005), em seu estudo, buscaram investigar a percepção da mãe na primeira visita ao RN na UTIN, destacando os recursos para o acolhimento. Concluíram que, para que a família sinta-se segura, é papel do enfermeiro atuar de forma humanizada, diminuindo os sentimentos negativos gerados a partir do processo de hospitalização. Para isso, é necessário o bom processo de comunicação, de tal forma que a enfermeira precisa direcionar suas informações de forma clara e de acordo com o grau de compreensão da família. Ademais, é igualmente importante ouvir as preocupações das famílias, para entender como está sendo o enfrentamento deste momento para atuar de forma direcionada a cada família.

Estas mesmas autoras apontam para a necessidade de preparar os pais no momento da visita, pois estes idealizaram um bebê saudável e precisam estar preparados para encontrar o filho amparado por recursos tecnológicos que, para os pais, é algo assustador. Deve-se também desmistificar a fragilidade do bebê, estimulando o vínculo mãe (família) e filho, acolhendo de forma humanizada.

É necessário, portanto, romper com o modelo biomédico cartesiano instituído histórico-socialmente, tendo em vista a humanização como política pública de saúde em todos os cenários assistenciais. Dessa forma, a humanização da assistência, tornou-se um desafio atual no cenário da saúde, sendo um campo de investigações e reflexões acerca da necessidade de sua compreensão e efetiva implementação.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

“Mais do que máquinas precisamos de humanidade. Mais do que inteligência precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes a vida será de violência e tudo estará perdido”.
(Charles Chaplin)

Optamos por utilizar o referencial teórico da PNH, pois esta é caracterizada pela reforma dos modelos de atenção à saúde e sua gestão, tendo como base a tríplice inclusão de seus sujeitos instituídos – gestores, trabalhadores e usuários, com vistas às relações e a um cuidado integral, a partir da subjetividade dos sujeitos instituídos.

Humanizar é “ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6).

A humanização não deve ser entendida como um programa, mas como política pública que atravessa e transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, se estrutura como política em um movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, implicando em princípios e, a partir destes, se desdobra enquanto política pública de saúde (BRASIL, 2010a).

A transversalidade enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e intergrupos promovendo mudanças nas práticas de saúde; A inseparabilidade entre clínica e política, o que impõe a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; O protagonismo dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010a, p. 64).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), o método para a condução do processo da PNH caminha no sentido da inclusão. Considerando os modos de produção de saúde e os sujeitos implicados nestes processos, enfatiza-se o “método de tríplice inclusão”:

- gestores, trabalhadores e usuários incluídos no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade;
- inclusão de analisadores sociais ou fenômenos para inserir e potencializar as mudanças, a fim de romper com os modelos tradicionais de atenção e de gestão e

- incorporação do coletivo sendo um movimento social organizado ou uma experiência singular sensível dos trabalhadores de saúde, em virtude do trabalho em grupo (BRASIL, 2010a).

Como diretrizes da PNH, as orientações gerais são no sentido de considerar e incluir a: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, fomento das grupidades, coletivos e redes e construção da memória das experiências bem-sucedidas do SUS (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, a PNH valoriza os diferentes saberes existentes e construídos nos diversos campos de atuação em que a diversidade de sujeitos está envolvida, destacando as relações interpessoais de maneira a valorizar a autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, colocando em primeiro lugar as pessoas, seus interesses, desejos e necessidades (BRASIL, 2010a).

É necessário, portanto, buscar acolher cada sujeito de acordo com sua especificidade, sua história de vida, investindo na interação entre os atores envolvidos, considerando estes também como sujeitos sociais, estimulando o protagonismo de cada indivíduo no sistema de saúde. Desta maneira, a troca de saberes entre pacientes, familiares e profissionais de saúde influencia diretamente na humanização da saúde, pois ao considerar as necessidades sociais, os desejos e os interesses de cada sujeito envolvido no contexto de saúde, dá-se maior visibilidade às práticas de humanização das ações de saúde (BRASIL, 2004).

O acolhimento destaca-se neste cenário como um forte instrumento de intervenção para orientar uma prática humanizada e qualificada. A PNH estabelece o acolhimento como sendo a diretriz essencial para o fortalecimento do compromisso ético-político dos serviços que prestam assistência à saúde em defesa da vida e define o mesmo como:

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e rede externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2010a, p. 51).

Além disso, em maio de 2012, o Ministério da Saúde (MS) colocou em vigor a Portaria nº 930 que define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, bem como os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do SUS.

As diretrizes da referida portaria ratificam a importância da atenção integral e humanizada, em que se preconiza o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos; promoção da equidade; integralidade da assistência; atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; atenção humanizada e o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido.

Como objetivos para uma ação integral visando à humanização na UTIN, a portaria salienta ainda a necessidade do acolhimento, no sentido de organizar a atenção à saúde neonatal e garantir o acesso e a resolutividade. Além disso, aponta para a necessidade em qualificar as ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal, e priorizar as ações que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido, buscando a integração na família e comunidade. Tem por finalidade garantir o acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e da ampliação da oferta de leitos em unidades neonatais; objetiva também a qualificação dos saberes humanos para a atenção ao recém-nascido, que perpassa a preocupação técnica/tecnológica e deve considerar as referências e conceitos do SUS. Por fim, pretende-se induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS (BRASIL, 2012).

Além disso, em seu Art. 11, a Portaria 930/2012 aponta os requisitos necessários para a humanização na UTIN, sendo estes:

- controle de ruído;
- controle de iluminação;
- climatização;
- iluminação natural, para as novas unidades;
- garantia de livre acesso à mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;
- garantia de visitas programadas dos familiares e
- garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Verifica-se, deste modo, que para a realização do cuidado humanizado, o acolhimento constitui-se em elemento *sine qua nom* desse processo, agregando às habilidades subjetivas e relacionais deste contexto assistencial, um ambiente físico no qual tais relações possam se efetivar.

Esta observação traz à tona o conceito de ambiência, reforçando a ideia de que para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana é necessário também que o ambiente físico, social, profissional, incluindo as relações entre os sujeitos envolvidos, favoreça esta atenção, pautada no cuidado humanizado. Importante salientar que a ambiência torna-se, deste modo, um componente afetivo necessário para o acolhimento aos usuários, devendo se caracterizar como um espaço agradável e seguro aos trabalhadores, e mais do que isso, um espaço de encontro e troca entre paciente, família e profissional de saúde (BRASIL, 2010a).

Nesta perspectiva, a PNH reitera, ainda, a necessidade de estratégias voltadas à troca solidária de saberes, comprometidas com a produção de saúde, a partir do estabelecimento de vínculos com os usuários, na busca pelos direitos destes e de seus familiares, além de promover condições para que o trabalho seja conduzido de maneira a propiciar o bem-estar dos profissionais de saúde, garantindo um processo de coprodução de saúde (BRASIL, 2004).

CAPÍTULO III

"A alma é uma borboleta...há um instante em que uma voz nos diz que chegou o momento de uma grande metamorfose".
(Rubem Alves)

5 CAMINHAR METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta os materiais e método utilizados para compreender o papel do acolhimento como diretriz da PNH no processo de cuidado de enfermagem em UTIN, sendo assim, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, conforme o delineamento que se segue.

5.1 TIPO DE PESQUISA

O ato de pesquisar é uma atividade em que se busca responder indagações a fim de descobrir a realidade, por meio de constante aproximação desta. Deve ser realizada trilhando um caminho específico, com instrumento próprio, e a isso se nomeia metodologia, a qual inclui, além de concepções teóricas de abordagem, técnicas que viabilizam a apreensão da realidade (MINAYO, 2004).

Dessa forma, para dar início a esta trajetória, optou-se pela utilização da pesquisa descritiva, de caráter intervencionista e com abordagem qualitativa, por considerá-la mais adequada para o alcance dos objetivos propostos, e no intuito de melhor compreender o acolhimento como diretriz da PNH no processo de cuidado de enfermagem na UTIN.

Na pesquisa qualitativa deve-se considerar o sujeito do estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados. Implica também em considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (MINAYO, 2004).

De acordo com Gil (2012), o caráter descritivo visa descrever as características de determinada população ou fenômeno. Tal opção metodológica permite ao pesquisador estudar condições de vida, levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população por meio da análise, registro e interpretação dos fenômenos, procurando descrevê-los e interpretá-los.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A escolha do local da pesquisa foi determinada com base na experiência profissional prévia da pesquisadora no contexto assistencial em questão.

A pesquisa foi realizada, portanto, em um hospital situado no município de Guarapuava, Estado do Paraná. Trata-se de uma entidade filantrópica, fundada em 02 de fevereiro de 1913, e que conta atualmente com mais de 8.000 m² de área construída. O hospital possui 154 leitos ativos, sendo 121 conveniados ao SUS. Atende aos municípios da 5ª Regional de Saúde do Paraná, por meio da Central de Regulação do Estado, abarcando um total de 20 municípios.

O local de estudo foi, mais especificamente, a UTIN do referido hospital, inaugurada no dia 26 de outubro de 2012, e que possui atualmente oito leitos para RN, sendo dois para isolamentos, credenciados como unidade de cuidado intermediário neonatal convencional (Ucinco), tipo II (BRASIL, 2012).

O serviço conta com uma equipe formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeuta e nutricionista.

A equipe de enfermagem da unidade é composta por quatro enfermeiras que trabalham em regime de 12 h por 36 de folga, e seis técnicas de enfermagem com jornada de 06 h de trabalho e 18 de folga, com uma folga semanal, mediante substituição.

A equipe médica é formada por seis pediatras, sendo um intensivista neonatal, o responsável técnico do setor. Os profissionais médicos trabalham em regime de plantão, com duração média de 24 h.

A organização do trabalho da enfermagem neste setor se dá mediante o cuidado fragmentado. Assim, as funções são designadas aos funcionários por meio da elaboração

de escalas de atividades semanais, que incluem: sinais vitais, medicação, banho, prontuário.

As visitas acontecem diariamente em dois horários: às 09 h e 17 h, com 30 min de duração. As mães dos RNs internados permanecem durante o dia no próprio hospital, em um ambiente destinado ao descanso, para que possam amamentar seus bebês a intervalos de 3 em 3 h, quando existe tal indicação.

5.3 PARTICIPANTES

Após a autorização da direção do hospital, os sujeitos da pesquisa foram abordados pela pesquisadora e a eles foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICES A e B), contendo o objetivo da pesquisa, procedimentos do estudo, ponderação entre riscos e benefícios da participação, e os compromissos éticos preconizados pela legislação vigente. Junto àqueles que concordaram em participar da pesquisa, foi realizado o agendamento para a realização das entrevistas conforme a preferência e a disponibilidade.

Os sujeitos da pesquisa foram os pais de RNs internados na UTIN que estavam com seus filhos internados no setor a ser investigado e os enfermeiros atuantes no setor. O número de familiares participantes no estudo não foi estabelecido *a priori*, fixando-se o término das entrevistas na medida do alcance dos objetivos do estudo. O número de profissionais foi delimitado de acordo com o aceite, considerando o caráter voluntário desta participação.

Um estudo de cunho qualitativo não se preocupa com critérios numéricos, pois valoriza mais a compreensão ampla e densa sobre grupos determinados. Nos estudos qualitativos, a amostra é constituída por sujeitos sociais que possuem as informações que respondem à indagação do pesquisador (MINAYO, 2004).

Dentro desta perspectiva, e no sentido de prover maior probabilidade de aproximação com a realidade investigada, foram delineados os seguintes critérios de inclusão: ser pai ou mãe de RN internado no período estabelecido para a pesquisa de campo e disponibilidade para participação no estudo. Para que os participantes pudessem melhor discorrer sobre a temática central do estudo, foi definido um período de internação

mínima dos filhos de cinco dias, por se considerar a necessidade de uma vivência mínima no contexto objeto de investigação. Quanto aos enfermeiros, foram incluídos na pesquisa aqueles que estivessem em atividade no setor de estudo no período da pesquisa, atuantes na assistência ao RN em cuidados intensivos, em todos os turnos de trabalho do setor.

Como critério único de exclusão, adotou-se a idade inferior a 18 anos.

5.4 COLETA DE DADOS

O período da pesquisa compreendeu os meses de abril de 2014 a setembro de 2014, distribuídos em quatro fases, descritas a seguir:

(i) primeiramente, nos meses de abril e maio foram realizadas entrevistas com os quatro enfermeiros de todos os períodos da UTIN, a fim de descrever de que forma se dá o acolhimento no contexto da realização do cuidado de enfermagem aos RNs e às famílias durante a hospitalização na UTIN. Posteriormente, foram realizadas entrevistas com dez mães e dois pais que estavam com seus filhos hospitalizados na UTIN; essa fase teve por objetivo compreender como o acolhimento era realizado e analisar como a família percebia este componente assistencial durante o processo de hospitalização do filho na UTIN (pré-teste);

(ii) a partir da coleta destes elementos empíricos e à luz do embasamento teórico científico preconizado pelo PNH, passou-se à fase intervencionista (intervenção educativa) da pesquisa. Deste modo, durante os meses de junho e julho, foram realizadas as oficinas para a prática educativa problematizadora visando à elaboração de um protocolo (rotina-piloto) de acolhimento de enfermagem, voltado às famílias dos RNs internados na UTIN, juntamente com os enfermeiros da unidade. Essa intervenção educativa teve duração de dois meses e contou com a participação de todos os enfermeiros. Ocorreram três encontros com duração média de 1 h. Para o desenvolvimento da prática educativa foi utilizado a abordagem metodológica do Esquema do Arco, proposto por Charlez Maguerz (BORDENAVE; PEREIRA, 2012). Nesse sentido, no primeiro encontro foram apresentadas aos componentes do grupo as falas dos pais abordando a experiência e a percepção acerca do acolhimento das famílias pela enfermagem, por ocasião do internamento de seus filhos na UTIN. Desta forma, foi possível realizar a leitura sincrética da realidade e selecionar as situações problematizadoras e os pontos-chaves. A teorização

foi o guia para o segundo encontro, fundamentada nas diretrizes estabelecidas pela PNH, por meio da exposição dialogada dos conteúdos propostos, proporcionando dessa forma aos sujeitos do processo, o contexto teórico conceitual que explica o problema em questão. Por fim, no terceiro encontro, por meio de uma dinâmica participativa, foram elencadas as hipóteses de solução para o problema previamente identificado pelo grupo, de modo a elaborar o protocolo de acolhimento para ser implantado como rotina-piloto na UTIN (APÊNDICE E).

(iii) no decorrer do mês de agosto, os enfermeiros implementaram a rotina-piloto durante o acolhimento às famílias dos RNs internados na UTIN, subsidiados pelo protocolo elaborado na oficina educativa, e amparados também por um *check-list* para avaliação do protocolo, voltado ao registro dos pontos fortes e fracos desta rotina, no momento de sua execução (APÊNDICE F).

(iv) no mês de setembro, foi realizado o último encontro com os enfermeiros da UTIN, com o objetivo de elencar as dificuldades e/ou facilidades encontradas na implementação do cuidado, a partir da implantação do protocolo de acolhimento. Além disso, foram realizadas novas entrevistas incluindo dez mães e um pai que, por ocasião desta etapa de pesquisa, se encontravam com os seus filhos em cuidado intensivo. Tal abordagem teve por finalidade analisar a percepção da família após a implantação da prática de acolhimento (pós-teste).

Para as entrevistas, foi utilizado um roteiro elaborado pela pesquisadora, contendo a seguinte questão disparadora: “Como é realizado o acolhimento de enfermagem à família no contexto da atenção em UTIN?” para familiares e enfermeiros (APÊNDICES C e D).

Na abordagem qualitativa, o roteiro de entrevista deve servir de instrumento orientador de uma conversa com determinada finalidade (entrevista), podendo ser descrito como um facilitador da comunicação (MINAYO, 2004).

O registro das entrevistas realizadas se deu por meio da utilização de gravador de voz, de modo a garantir a maior fluência dos relatos (sem interrupções), bem como a maior fidedignidade dos registros em áudio, que foram posteriormente transcritos na íntegra. Durante o processo de transcrição, aspectos essenciais como sobreposições, ênfases, tom de voz, corte de palavras e pausas, foram devidamente descritos, valorizando a subjetividade das falas (OLIVEIRA, 2010).

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que conceitua a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições da recepção destas mensagens. Para tanto, são preconizadas três diferentes fases, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, que se organiza em torno de três polos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação final.

1) pré-análise

É a fase de organização e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais para conduzir o desenvolvimento da análise.

A pré-análise inicia-se com a *leitura flutuante*, que consiste em estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações e permite assimilar o conteúdo do texto. Somente é possível de ser concretizada após a transcrição na íntegra de todas as entrevistas realizadas.

A seguir, procede-se para a *escolha dos documentos*, nesta pesquisa representada pelo conjunto de transcrições das entrevistas previamente realizadas. Segundo Bardin (2011), essa etapa deve seguir algumas considerações. A primeira é a ‘regra de exaustividade’: não se pode deixar de fora nenhum elemento das entrevistas, bem como não é permitido excluir nenhum segmento das falas durante o processo de análise; ‘regra da representatividade’: a análise de dados pode ser feita por meio de uma amostra dos sujeitos, desde que seja representativa, sendo os resultados obtidos generalizados ao todo; ‘regra da homogeneidade’: as entrevistas devem obedecer a critérios precisos e não apresentar demasiada singularidade e deve adotar técnica de coleta idêntica, para não interferir nos resultados e ‘regra da pertinência’: as entrevistas devem corresponder ao objetivo que sucinta a análise.

2) exploração do material

Esta fase consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, agrupamento. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem grupos de elementos em unidades de registro, pois agrupam características comuns.

Esta pesquisa adotou para a análise de conteúdo, a construção de categorias.

3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Tendo o pesquisador em mãos os resultados significativos e fiéis, podem-se iniciar as inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos.

O pesquisador realiza inferências e interpretações. A interpretação inicia-se a partir de quem lê o texto, das experiências vividas pelo pesquisador e pelos sujeitos em ligação estreita. A interpretação possibilita ir além do texto, ir além da manifestação.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi implementada em consonância com as prerrogativas éticas estabelecidas pela norma ética vigente (Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/CNS), e que trata da pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi solicitado a todos os participantes que aceitaram participar do estudo o registro de sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor (APÊNDICES A e B).

A proposta de estudo somente foi efetivada mediante a apreciação e aprovação prévia do protocolo de pesquisa pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Copep) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), conforme parecer nº 623.589 (ANEXO A).

Além disso, a execução da pesquisa de campo foi previamente autorizada pela instituição, de modo a dar provimento às exigências estabelecidas pela norma ética em vigor.

A fim de assegurar o anonimato dos participantes, os pais/mães foram identificados com nomes de anjos, por acreditar que o seu significado melhor corresponde à função de ser pai e mãe.

CAPÍTULO IV

“[...] todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje [...]. Temos de saber o que fomos, para saber o que seremos”.
(Paulo Freire)

Neste capítulo, apresentamos os resultados da presente dissertação, que seguindo a formatação sugerida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, se dará na forma de dois manuscritos científicos, contemplando o conjunto dos objetivos propostos neste estudo.

6 APRESENTANDO DOS DADOS

O primeiro manuscrito intitulado: “Construção do Protocolo de Acolhimento neonatal a partir de uma prática educativa problematizada”, tem os objetivos de descrever o processo de desenvolvimento de uma prática educativa para a implantação de uma rotina que vise o acolhimento de enfermagem à família do RN hospitalizado e elencar dificuldades e/ou facilidades do cuidado a partir da implantação da rotina de acolhimento.

O segundo manuscrito, intitulado: “O processo de acolhimento no contexto da atenção neonatal: percepção das famílias”, tem como objetivos descrever de que forma se dá o acolhimento na prestação do cuidado de enfermagem aos RNs e famílias durante a hospitalização na UTIN e verificar como a família percebe o acolhimento durante o processo de hospitalização do filho na UTIN.

Reitera-se que, para além do formato específico de apresentação dos resultados do estudo, a presente dissertação contém todos os demais elementos textuais comuns aos trabalhos acadêmicos desta natureza, como introdução, objetivos, metodologia e referências.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 MANUSCRITO 1: CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO NEONATAL A PARTIR DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA PROBLEMATIZADORA

THE CONSTRUCTION OF THE NEONATAL WELCOME PROTOCOL FROM
A PROBLEMATIZING EDUCATIONAL PRACTICE

LA CONSTRUCCIÓN DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA NEONATAL DE
UNA PRÁCTICA EDUCATIVA PROBLEMÁTICA

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter qualitativo, objetivando relatar o processo de desenvolvimento de uma intervenção educativa, pautada nos pressupostos da problematização. Tal intervenção visou à proposição de mudanças na prática assistencial de uma equipe de enfermagem neonatal, tendo como base teórica a Política Nacional de Humanização (2004) e como ponto de partida do processo educativo o componente do acolhimento. O marco inicial da intervenção foi as percepções acerca do acolhimento levantadas por meio de entrevistas com familiares de RNs internados. Estes dados subsidiaram as discussões com os quatro enfermeiros da UTIN, considerados participantes do presente estudo. A intervenção se deu por meio da realização de três oficinas educativas orientadas pelo Arco de Charles Margueres. Deste processo emanou a proposta de um protocolo-piloto de acolhimento para a UTIN, implementado no mês seguinte. A verificação da aplicabilidade do protocolo foi efetuada pelos próprios participantes, de forma continuada, e subsidiaram as alterações que compuseram a proposta definitiva. A experiência de utilização de uma metodologia problematizadora como suporte à intervenção mostrou-se bastante adequada, como mobilizadora da transformação de rotinas e comportamentos, despertando nos atores sociais envolvidos um sentido de valorização e empoderamento, ao participarem de forma ativa no processo de construção coletiva e dialógica, bem como na superação das lacunas assistenciais, a fim de qualificar e humanizar o cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem neonatal. Enfermagem familiar. Acolhimento. Educação em saúde.

Abstract

Current descriptive and qualitative analysis describes the process of developing an educational intervention based on questioning. The intervention aimed to propose changes

in the healthcare practice of a team of neonatal nursing based on the theory of the National Humanization Policy (2004) and on welcoming as the starting point of the educational process. The intervention's starting point consisted of the welcome perceptions through interviews with family members of hospitalized newborn children. Data foregrounded discussions with the four NICU nurses as participants in current study. Intervention occurred through the implementation of three educational workshops based on Charles Marguerez's Arc from which derived the proposal of a pilot welcome protocol for the NICU, implemented the following month. The verification of the protocol's applicability was carried out continuously by the participants themselves and was the basis for the changes that composed the final proposal. The experience of using a problem-based methodology to support intervention proved to be quite adequate. It mobilized transformation routines and behaviors, highlighting in the social agents a sense of appreciation and empowerment by participating actively in the collective and dialogical process, coupled to the overcoming of assistance gaps to qualify and humanize nursing care.

Keywords: Neonatal nursing. Family nursing. Welcome. Education in health care.

Resumen

Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, con el objetivo de describir el proceso de desarrollo de una intervención educativa, basada en los supuestos de cuestionamiento. Esta intervención tuvo como objetivo proponer cambios en la práctica asistencial de un equipo de enfermería neonatal y el teórico Política Nacional de Humanización (2004) base y punto de partida del proceso educativo, el componente de la hostia. El punto de partida de la intervención fueron las percepciones del anfitrión recaudado a través de entrevistas con los familiares de los recién nacidos ingresados. Estos datos conversaciones con los cuatro enfermeras UCIN subvencionados se consideran los participantes en el presente estudio. La intervención se produjo a través de la implementación de tres talleres educativos dirigidos a Arco Charles Marguerez. Este proceso emanaba de la propuesta de un protocolo de acogida piloto para la UCIN, implementó el mes siguiente. Verificación de la aplicabilidad del protocolo se llevó a cabo por los propios participantes, de forma continua, y subvencionó los cambios que componían la propuesta final. La experiencia del uso de una metodología basada en problemas para apoyar la intervención resultó ser bastante adecuado, moviliza las rutinas y comportamientos de transformación, el despertar de los actores sociales un sentido de apreciación y el empoderamiento, participando activamente en el proceso colectivo y dialógica, así como la asistencia en la superación de las lagunas con el fin de calificar y humanizar los cuidados de enfermería.

Palabras-clave: Enfermería neonatal. Enfermería de la familia. Acogimiento. Educación em salud

INTRODUÇÃO

O acolhimento pode ser visto como ato ou efeito de acolher, além disso é considerado como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de

Humanização (PNH), pois que se faz presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida e na produção de saúde (BRASIL, 2006).

Diante desta definição, voltamos nosso olhar, então, às famílias de Recém-Nascidos (RNs) hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que, quando expostas a essa situação, usualmente sentem-se fragilizadas e vulneráveis. Esse cenário exige dos profissionais, capacidade em cuidar e acolhê-los na sua subjetividade (GIBAUT et al., 2013, ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Assim, torna-se necessário a reorganização do cenário das práticas de produção de saúde, com vistas a acolher a família do RN hospitalizado na UTIN, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada, ampliando e fortalecendo as relações construídas nesse cenário assistencial. Ademais, e para além das mudanças na lógica assistencial, a centralidade da família neste processo, permitiria o fortalecimento de sua autonomia para o enfrentamento deste novo cotidiano.

Nesta perspectiva, os ambientes pedagógicos com base na problematização da realidade se destacam como possibilidade ou caminho para a implementação destas transformações. Este tipo de intervenção permite a criação de espaços para promoção de saberes e reflexão da prática assistencial (SOUZA, 2011).

Com base em tais considerações, o presente estudo tem o objetivo de descrever o processo de desenvolvimento de uma intervenção educativa, pautada nos pressupostos da problematização, enquanto subsídio para a transformação da prática assistencial em enfermagem neonatal.

METODOLOGIA

O presente estudo descritivo, de caráter qualitativo, teve como foco relatar o processo de desenvolvimento de uma intervenção educativa, pautada nos pressupostos da problematização, com vistas à proposição de mudanças na prática assistencial de uma equipe de enfermagem neonatal.

O estudo foi desenvolvido em um hospital de médio porte do interior do Estado do Paraná, no período de abril a setembro de 2014. Trata-se de uma entidade filantrópica fundada em 1913. A UTIN, *locus* de realização do estudo, foi inaugurada em outubro de 2012 e dispõe atualmente de sete leitos neonatais, com uma demanda de 15 internamentos ao mês. Este serviço conta com uma equipe multidisciplinar, composta por quatro

enfermeiras, nove técnicos de enfermagem, seis médicos, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma fonoaudióloga e uma psicóloga.

Tendo como base teórica a PNH (2004), elegeu-se como ponto de partida do processo de intervenção o componente do acolhimento, justificada pela importância deste como precursor na formação de vínculos entre profissionais da equipe e familiares, e elemento primordial no processo de construção da autonomia dos sujeitos dentro destes contextos assistenciais.

A primeira etapa da intervenção educativa teve como ponto de partida o diagnóstico da realidade assistencial, no tangente ao componente acolhimento, na perspectiva dos pais/mães dos RNs internados.

O presente estudo constitui-se em parte de uma pesquisa mais ampla de dissertação de mestrado e que envolveu a participação dos pais/mães de RNs internados e dos profissionais enfermeiros atuantes na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Todos os participantes foram previamente abordados e convidados a participarem do estudo, sendo a anuência expressa dos mesmos, registrada em TCLE próprio (APÊNDICE A e B).

A pesquisa teve seu projeto submetido e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá – COPEP, sob Parecer nº. 623.589 (ANEXO B). Além disso, foram criteriosamente observados todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para efeito deste estudo, voltado à descrição do processo educativo, foram considerados como participantes os profissionais enfermeiros da UTIN e, como disparador do processo, a análise sistematizada das percepções familiares acerca do acolhimento naquele contexto assistencial.

Assim e considerando a metodologia problematizadora, o diagnóstico da realidade se pautou nas impressões dos familiares de RNs internados na UTIN, acerca do processo de acolhimento promovido pela equipe de enfermagem daquele setor. A abordagem dos familiares, realizada por meio de entrevistas nos meses de abril e maio de 2014 permitiu elencar as fragilidades e potencialidades do cuidado de enfermagem neonatal prestado. Nesta fase, participaram 13 pais e mães.

A segunda fase constou da realização das oficinas problematizadoras, tendo como ponto de partida as percepções dos familiares acerca do acolhimento. A estes elementos de ordem subjetiva, somaram-se os detalhamentos e a descrição da rotina de acolhimento

adotada pelo serviço. Tais informações contextuais foram obtidas por meio de entrevista com os enfermeiros participantes do estudo e constituiu-se em foco do primeiro dia da intervenção educativa problematizadora. Quatro enfermeiros da UTIN participaram das oficinas orientadas pela metodologia problematizadora apoiando-se no Arco de Charles Margueres com vistas à elaboração do protocolo de acolhimento (BORDENAVE; PEREIRA, 2012).

O método do Arco inicia-se a partir da “observação da realidade” e consiste na exposição da realidade física ou social, buscando uma visão global do assunto a ser tratado. A partir disso, na segunda fase denominada de “Pontos-Chave”, destaca-se aquilo que se apresenta de mais importante, elencando a estrutura do problema: elementos e relações. Segue-se então para a etapa de “Teorização”, em que a discussão sobre o problema é permeada pela explanação teórica baseada na contribuição científica. Na quarta etapa intitulada “Hipótese de Solução”, os participantes formulam hipóteses de solução para o problema analisando as limitações da realidade do ideal com o real. E por fim na quinta etapa conhecida por “Aplicação à realidade”, consiste em intervir na realidade a fim se transformá-la (BORDENAVE; PEREIRA, 2012; SOUZA, 2011).

Seguindo, portanto, essa metodologia, na primeira oficina realizou-se a junção das etapas de “observação da realidade” e “Pontos-Chave”. A observação da realidade se deu por meio do diagnóstico objetivo e subjetivo do contexto assistencial, com foco no acolhimento, integrando as informações obtidas pela abordagem dos familiares em complementação às descrições das rotinas pelos enfermeiros. Nesta etapa ainda, e visando à identificação dos pontos-chave, foram apresentados os elementos emanados do processo de entrevista com os familiares, no sentido de estimular os enfermeiros participantes a destacar os aspectos de maior relevância. Nesse sentido, a primeira oficina objetivou a identificação dos problemas a serem trabalhados no processo de intervenção educativa. A segunda oficina foi pautada pela “Teorização”, a partir da apresentação dos referenciais teóricos sobre a temática do acolhimento, na perspectiva do PNH. Por fim, a terceira oficina, enfatizando as etapas de “Hipótese de Solução” e “Aplicação à realidade”, destinou-se à promoção de um processo de construção coletiva, a partir do cenário assistencial em análise e à luz dos referenciais e diretrizes acerca do acolhimento. Esta oficina sustentou a elaboração do protocolo-piloto para aplicação no mês subsequente. As três oficinas tiveram duração média de 1h30min cada, com participação de todos os enfermeiros e tiveram sua implementação registrada em diário de campo da pesquisadora.

RESULTADOS

Neste tópico, descrevem-se os dados referentes à caracterização dos sujeitos da pesquisa e à realização das oficinas educativas subsidiadas pela metodologia do Arco de Margueret. Posteriormente, apresentam-se os dados do processo de implementação do protocolo-piloto de acolhimento, elaborado no âmbito da intervenção educativa problematizadora.

Caracterização dos sujeitos

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes da pesquisa, quatro eram enfermeiros da UTIN, sendo dois homens e duas mulheres. A faixa etária variou de 24 a 27 anos, sendo dois casados (as) e dois solteiros (as) e todos da religião católica. Com relação à atuação profissional, o tempo de formação variou de um a quatro anos, quanto ao tempo de atuação profissional em UTIN, dois referiram trabalhar há dois anos, desde que o serviço foi inaugurado e dois há apenas um ano. Um aspecto positivo a ser ressaltado é que todos apresentavam especialização em terapia intensiva, sendo que três cursavam, por ocasião do estudo, especialização específica em neonatologia.

O levantamento desses aspectos objetivou contextualizar a realidade subjetiva dos participantes, de forma a orientar a análise sobre o processo de realização das oficinas educativas, proposição e implementação do protocolo de acolhimento, apresentados a seguir.

Operacionalização das oficinas

Para a realização da primeira oficina educativa, foram feitas entrevistas com 13 pais de RNs que estavam internados na UTIN, a fim de descrever como a família percebe o acolhimento durante o processo de hospitalização do filho nessa unidade.

Na primeira oficina, portanto, foram apresentados aos enfermeiros da UTIN alguns dos relatos dos pais que expressavam as maiores necessidades destes familiares em relação ao acolhimento promovido na unidade. Deste modo, e tendo como contexto a experiência de hospitalização do filho na UTIN, e buscando contemplar a primeira fase do Arco de Margueret, qual seja a “observação da realidade”, incentivou-se que os enfermeiros

refletissem criticamente sobre o cuidado que estava sendo desenvolvido aos pais dos RNs internados.

Dessa forma, os participantes demonstraram-se atentos e emocionados, relataram que durante a rotina trabalhosa da UTIN, muitos detalhes passam despercebidos. Assim, mostraram-se surpresos ao verificar a importância atribuída pelos pais às atitudes simples do cotidiano como, por exemplo, apresentar-se pelo nome, informar sobre o peso, sono, alimentação, estimular tocar no bebê, permitir troca de fraldas, atitudes essas que passam despercebidas pelo enfermeiro como sendo valiosas no cotidiano dos pais/mães.

Na segunda fase desta mesma oficina, os enfermeiros foram estimulados a refletir sobre o acolhimento no contexto da realização do cuidado de enfermagem aos RNs e às famílias durante a hospitalização na UTIN, de tal forma a procurar definir os “Pontos-Chave” ou elementos considerados mais relevantes para o direcionamento de ações interventivas voltadas ao acolhimento. Assim, foram elencados: falta de conhecimento sobre o papel do enfermeiro como responsável pela UTIN e pelos cuidados com o seu filho; impacto ao visitar o filho pela primeira vez; déficit de informações diárias; realização de cuidados básicos e preparo para alta hospitalar.

Para a segunda oficina, a discussão em torno dos pontos-chave previamente elencados a partir da análise da perspectiva familiar, foi permeada pela apresentação das diretrizes da PNH, mais especificamente, dos elementos teóricos acerca do acolhimento. Esta atividade de “Teorização” do grupo permitiu a reflexão coletiva sobre os processos de trabalho na UTIN, bem como a discussão de estratégias e meios para incluir as necessidades expressas pelos pais no planejamento e sistematização da atenção, com foco no acolhimento.

Para a elaboração e construção do protocolo-piloto de acolhimento, os pontos-chave foram resgatados e os enfermeiros estimulados a buscar “Hipóteses de Solução” para a situação problema, abordados na terceira oficina.

Dessa forma, ao final dessa oficina, o protocolo-piloto foi finalizado com vistas à sua implementação experimental. Os aspectos contemplados pelo protocolo incluíam: a atribuição de profissionais de referência para os pais no ambiente da UTIN; preparo e orientação das famílias de forma individualizada/personalizada na primeira visita ao filho; otimização da visita diária com rotina de informações sobre a evolução do filho; inserção dos pais na realização dos cuidados ao RN; preparo dos pais para a alta, com referenciamento para a Unidade Básica de Saúde.

A última etapa do Arco, constituída da “Aplicação a realidade”, foi realizada no mês de agosto de 2014, com a reorganização do processo de trabalho dos enfermeiros envolvidos, norteados pelo protocolo-piloto de acolhimento.

Nesta fase de aplicação, a atribuição de profissionais de referência para os pais no ambiente da UTIN se deu por meio da estratégia de “adoção” de famílias. Nesse sentido, eram organizadas duplas, compostas por um profissional do período diurno e um do período noturno, que ficava responsável por “adotar” uma família desde a sua admissão até a alta hospitalar do RN. A esta dupla era atribuída a incumbência de promover a inserção dos pais nos cuidados ao RN, bem como, de acompanhamento e orientação continuada, com vistas ao preparo para a alta.

Além desta estratégia, com a finalidade de promover o preparo e orientação familiar de forma individualizada/personalizada na primeira visita ao filho, o enfermeiro ficava responsável para, no momento da internação do RN na UTIN, e após sua estabilização, entrar em contato com o psicólogo ou enfermeiro da maternidade para a realização do preparo conjunto da família. Deste modo, após terem sido previamente preparados, os pais eram recebidos em horário marcado, fora do horário de visitas, para o processo de orientação e acolhimento individualizado. Ao serem recepcionados, recebiam orientações quanto à higiene das mãos; paramentação; aparelhos de suporte ao RN; procedimentos necessários; necessidade da internação; rotinas da UTIN; esclarecimento de dúvidas.

Para otimizar a visita diária, a família era recepcionada pelo enfermeiro de referência para ser informada com relação à evolução do filho. Tais informações incluíam, entre outros aspectos: padrão de sono/repouso (como o RN passou a noite); evolução do padrão respiratório (se está no respirador), uso de capacete ou CPAP; aumento ou redução da necessidade de oxigênio; nutrição (informações em relação à dieta, orientações sobre a aceitação/eventual necessidade de jejum/necessidade do uso de sonda; informações sobre ganho ponderal); eliminações (sobre padrões de eliminação, necessidade de trocas e cuidados com a higiene perianal); tratamento (orientações sobre realização de exames diagnósticos e outros procedimentos); e esclarecimentos em relação ao quadro clínico da criança com encaminhamento para informação pela equipe médica se necessário. Além disso, um técnico de enfermagem ficava responsável semanalmente pelo horário de visita, com objetivo de repor materiais de paramentação dos pais; supervisionar a execução da

lavagem das mãos e controlar horário de entrada e saída para garantia da permanência de 30 min.

Com vistas à inserção gradativa dos pais na realização dos cuidados ao RN, estes foram estimulados a participarem destes cuidados, por meio da orientação com relação aos procedimentos, utilizando-se de linguagem acessível e demonstrações, permitindo que os pais realizem a troca de fraldas sob supervisão e orientação do enfermeiro da UTIN, higiene do coto umbilical, oferta de “chuquinha”/“copinho” para amamentação supervisionada e orientada pelo enfermeiro, verificação da temperatura corporal, acompanhamento da avaliação física da criança, com esclarecimento de dúvidas ou encaminhamento para orientações específicas com outros membros da equipe de saúde.

Por ocasião da transferência dos RN para o cuidado de médio risco, os pais passavam a poder realizar o banho sob supervisão e orientação do enfermeiro da UTIN. Quanto à amamentação a enfermeira da UTIN encaminhava a mãe para orientação por parte da equipe de enfermagem da maternidade, que a instruía em relação à realização da ordenha em sala exclusivamente destinada a tal procedimento. Na medida em que a mãe estivesse devidamente orientada, a realização da ordenha era então supervisionada pela enfermeira da UTIN, para reforço das orientações ou correção de eventuais erros de procedimento. Quando da liberação do RN para aleitamento direto no seio materno, a mãe era então encaminhada para orientação com a fisioterapeuta do setor.

Por fim, no que tange ao preparo familiar para a alta, o protocolo estabelecia entre outras medidas a realização do referenciamento para UBS na área de abrangência do domicílio da família; inserção gradativa dos pais no processo de cuidado desde a admissão, com vistas à construção da autonomia familiar para o cuidado domiciliar; reforço e orientação complementar em relação aos cuidados a serem realizados no domicílio; entrega de folder educativo contendo informações sobre os cuidados básicos ao RN; entrega de carta-alta para ser enviada à equipe da UBS por ocasião da consulta de puericultura previamente agendada. Nesse sentido, a alta hospitalar só poderia ser liberada após a família ter sido devidamente orientada pelo enfermeiro.

O protocolo contendo tais recomendações e diretrizes foi impresso, encadernado e entregue aos profissionais envolvidos no acolhimento das famílias do RN hospitalizados na UTIN, de modo a viabilizar a implementação das estratégias construídas coletivamente pelo grupo de enfermeiros ao longo das oficinas problematizadoras.

Aplicação do protocolo-piloto (intervenção)

A fim de guiar a verificação da aplicação do protocolo em termos de sua adequação ao contexto assistencial em questão, os enfermeiros realizaram registros avaliando três aspectos fundamentais, quais sejam: a eficácia, aplicabilidade e nível de dificuldade em sua implementação. Para tanto, utilizou-se de um instrumento em formato de *check list*, com atribuição de notas de 0 a 10 para cada item. Os enfermeiros foram instruídos ainda a justificar as notas abaixo de 5.

Além disso, um último encontro foi realizado tendo por objetivos compreender como foi para os enfermeiros o processo de implantação do protocolo-piloto e definir uma proposta de protocolo padrão, moldada com base nos aspectos positivos e negativos levantados no processo de aplicação do protocolo-piloto.

Com relação ao instrumento de avaliação, as principais dificuldades e facilidades foram discutidas, conforme se apresentam na figura 1 a seguir:

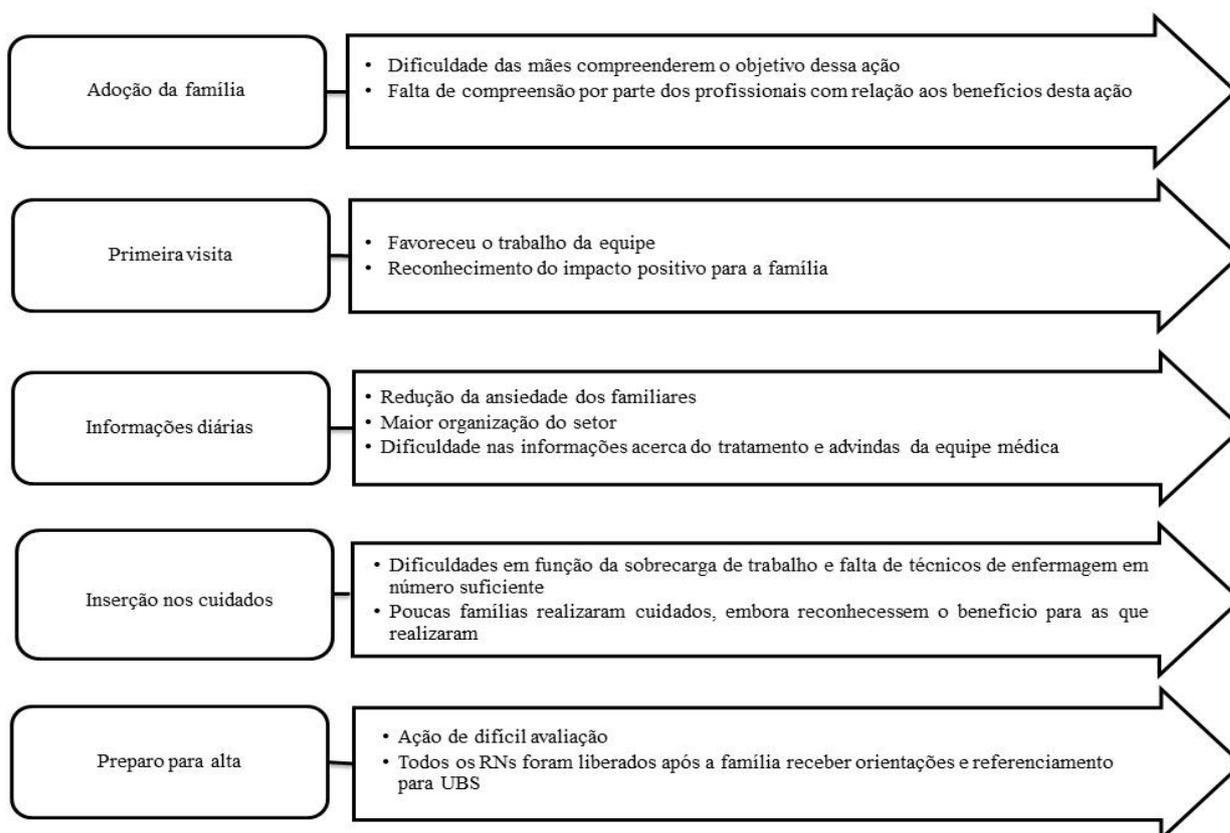


Figura1: Dificuldades e facilidades na implementação do protocolo.

Fonte: O autor (2014).

A nota média atribuída pelos enfermeiros para a estratégia de “adoção da família” foi de 5 para eficácia, 4 para aplicabilidade e 4 para dificuldade. As justificativas para esta

avaliação incluíram, de modo especial, a dificuldade das mães compreenderem o objetivo dessa ação. Ademais, a organização de turnos de trabalho e a falta de compreensão com relação aos benefícios do seguimento continuado e individualizado do binômio RN/família por parte de uma dupla específica de profissionais, fazia com que se mantivesse o comportamento das famílias de recorrerem a outro enfermeiro, na ausência de suas referências.

Em relação à primeira visita, a nota atribuída a todos os itens foi 9. A valorização desta estratégia foi justificada em função da importância atribuída pelos próprios familiares, por ocasião das entrevistas iniciais, já que a visita inicial ao filho na UTIN, foi associada de forma contundente, à vivência de sentimentos de desespero, sofrimento e despreparo diante do desconhecido. Os enfermeiros, por sua vez, avaliaram que a implementação desta estratégia favoreceu o trabalho da equipe, reconhecendo o impacto positivo desta ação no processo de enfrentamento dos pais diante da experiência de hospitalização.

No que diz respeito à ação de repasse de informações diárias sobre a evolução do filho, a média de notas atribuídas pelos enfermeiros para todos os itens foi de 8. Os participantes reconheceram principalmente a eficácia desta medida para a redução da ansiedade dos familiares que aguardavam tais informações nos horários de visita.

Com relação aos diversos aspectos abordados no processo de informação, os enfermeiros relataram diferentes graus de dificuldade, de modo que as orientações relativas ao padrão de sono/repouso, evolução do padrão respiratório, nutrição, eliminações, eram repassadas sem dificuldades, ao passo que as informações relacionadas ao tratamento e advindas da equipe médica, apresentavam lacunas que dificultavam a compreensão dos pais. Além disso, a otimização da rotina de visitas por meio da orientação/informação familiar foi avaliada de forma bastante positiva pelos profissionais, conferindo maior organização ao setor.

Em relação à inserção da família nos cuidados, a nota atribuída foi 6 em todos os itens. Contudo, e não obstante o fato de reconhecerem a importância desta estratégia frente às necessidades expressas pelas famílias, os enfermeiros relataram dificuldades em sua implementação, justificadas em função da sobrecarga de trabalho existente na unidade, bem como em virtude da falta de técnicos de enfermagem em número suficiente para o suprimento desta demanda. Os enfermeiros complementaram tal avaliação, relatando que

poucas foram as famílias que conseguiram prestar algum tipo de cuidado aos seus filhos durante a vigência do protocolo-piloto.

O preparo da família para a alta, considerando-se o período iniciado no primeiro dia de internamento do RN e não se restringindo aos momentos que antecedem a alta do mesmo, foi apontada pelos enfermeiros como uma ação de difícil avaliação, considerando-se que todas as demais ações ou estratégias do protocolo-piloto, convergiam para este preparo. Dessa forma, e embora tais ações não tenham sido efetivadas com todas as famílias, foi possível garantir que todos os RNs somente fossem liberados para alta, após a família receber orientações da enfermeira, bem como a indicação ou referenciamento para a continuidade dos cuidados pela Unidade Básica de Saúde.

Ao final do processo de implementação e verificação de sua aplicabilidade no contexto assistencial, foi promovido um novo encontro com os participantes das oficinas, com o objetivo de ajustar e reformular a proposta para implantação do protocolo de acolhimento na realidade investigada.

DISCUSSÃO

A oficina educativa problematizadora é amplamente utilizada como espaço para criação de relações, com ênfase dialógica, mobilizando o potencial criativo dos participantes para ressignificação de conceitos, valores e estratégias de intervenção, a partir da “observação da realidade”. Pode-se depreender que tal estratégia, quando adotada, intenciona o “empoderamento” dos participantes para a superação do problema identificado (SOUZA, 2011).

Nesse sentido, ao promoverem-se as etapas de “observação da realidade” e “identificação dos pontos-chaves” no cenário da atenção neonatal, com foco no acolhimento, objetivou-se promover uma discussão que permitisse aos participantes, identificar os nós críticos deste processo, para à luz dos referenciais teóricos sobre o acolhimento ressignificarem seus conceitos e práticas, cumprindo a terceira etapa de “Teorização” do Arco de Maguerez. Tal ressignificação abordou, entre outros aspectos, a ampliação do conceito de acolhimento, não mais restrito ao momento da recepção e avaliação de riscos do RN, e enfatizando a importância da qualificação das relações estabelecidas na produção de saúde.

Tendo em vista que o acolhimento é a diretriz da PNH de maior relevância, esta não necessita de local ou hora certa para acontecer, não se limita a um profissional específico para fazê-lo, pois o acolhimento faz parte de todos os encontros que acontecem em todo e qualquer serviço de saúde (BRASIL, 2010a).

Suas estratégias estão pautadas em ações e atitudes ético-estético-políticas. Ética, na medida em que se remete ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dores, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida; estética, ao enfatizar a importância de propor estratégias, nas relações e encontros do dia a dia que contribuam para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; e finalmente, política, por implicar o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando o protagonismo e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010a).

Ao vislumbrar as estratégias de acolhimento no cenário da atenção neonatal, torna-se indispensável considerar e incluir a família do RN hospitalizado neste processo.

Tangenciando esta discussão, uma pesquisa realizada num hospital público de grande porte da região Sul do Brasil concluiu sobre a necessidade de inserir o acolhimento em todos os ambientes de atenção à saúde, especialmente nos setores em que existe risco de morte, como é o caso da UTIN. Os resultados do estudo apontaram ainda o enfermeiro como principal profissional responsável por estabelecer as ações que visem ao acolhimento, considerando tratar-se de ações que não oneram tempo, custos e serem de fácil implementação (MAESTRI et al., 2012).

Em relação as “Hipóteses de Solução” identificadas pelos enfermeiros em seu processo de problematização da realidade assistencial, e que nortearam a elaboração do protocolo-piloto de acolhimento para posterior “Aplicação à realidade”, verificou-se uma consonância da proposta em relação às evidências disponíveis na literatura científica.

Alguns achados encontrados na literatura salientam a importância da apresentação do profissional à família do RN, com designação de seu nome e função, posto que tal atitude promove a aproximação entre estes atores sociais, bem como facilita o reconhecimento pela família, do papel fundamental de ambos no cuidado em UTIN. Nesse sentido, propicia-se a redução dos desconfortos usualmente experienciados pelos pais nesse processo de hospitalização do RN, tendo em vista o estabelecimento de uma relação de confiança e vínculo entre as partes (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

Em relação à primeira visita, alguns estudos indicam que este constitui um momento crítico do processo de hospitalização, sempre permeado por grande expectativa. Dessa forma, é imprescindível que o profissional de enfermagem reconheça tal condição e, com sensibilidade, busque compreender os anseios da família, informando-a de maneira clara e objetiva quanto aos aparatos tecnológicos presentes na unidade, sobre os cuidados que necessitam ser dispensados, as rotinas hospitalares e os aspectos relacionados ao prognóstico. Deste modo e a partir da implementação desta forma de acolhimento, os pais sentem-se seguros e reconhecem a importância do cuidado de enfermagem neonatal (SCHIMIDT et al., 2012; SOUSA et al., 2011).

Ouro ponto importante levantado pelos enfermeiros, foi o déficit no repasse de informações diárias aos familiares, sendo este um aspecto já apontado em outros estudos que ressaltam como dever do profissional de enfermagem, o repasse das informações de forma clara, objetiva e respeitosa, compreensível e adaptada à compreensão e às condições culturais dos pais (SILVA et al., 2014; SCHIMIDT et al., 2012). Não obstante tal reconhecimento verificou que as maiores lacunas no processo de orientação ainda se referem às informações relacionadas ao tratamento, decorrendo, via de regra, de uma abordagem superficial por parte da equipe médica. Nessa perspectiva, reitera-se a importância do trabalho coletivo e interdisciplinar para a qualificação do acolhimento.

A estratégia de inserção familiar gradativa no processo de cuidar, embora reconhecida como essencial pelos enfermeiros, e também pela literatura, apresentou dificuldades em sua efetivação nos contextos da prática. Autores apontam o acolhimento como ferramenta para garantir não apenas a melhora do RN, mas também para a percepção de cuidados ideais após a alta hospitalar. Deste modo, defende-se que tal preparo seja iniciado por ocasião da internação, e que os enfermeiros compreendam que as ações executadas pelos pais facilitam o processo de aceitação e adaptação em ter o filho na UTIN (SCHIMIDT et al., 2013; GALLEGOS-MARTÍNEZ; REYES-HERNÁNDEZ; SCOCHI, 2013).

Assim, a identificação pelos enfermeiros de lacunas no processo de preparo para a alta hospitalar corrobora os achados da literatura. Depreende-se que, apenas por meio da adoção de estratégias de educação em saúde, com vistas à conscientização e incentivo das famílias para a participação ativa no cuidado intra-hospitalar, será possível consolidar sentimentos de autonomia e segurança que viabilizem a transposição deste cuidado qualificado para o ambiente domiciliar.

Além disso, vislumbra-se como uma das preocupações do enfermeiro na alta hospitalar a necessidade de se assegurar o caráter de continuidade do cuidado pela rede de atenção, por meio do referenciamento para a Unidade Básica de Saúde (SCHIMIDT et al., 2013; SOUSA et al., 2011).

Assim, e considerando a análise do processo instrucional como mecanismo de transformação da realidade assistencial, e em que pese considerar a importância da perspectiva individualizada nas intervenções de enfermagem, há que se destacar a importância de buscar sistematizar algumas ações; não como forma de engessar o processo de cuidar, mas no sentido de estabelecer elementos que norteiem o trabalho coletivo, na busca da qualificação deste trabalho.

Neste contexto, a elaboração e implementação de protocolos que visem o planejamento do cuidado, possibilitam a qualificação da assistência de enfermagem prestada. Os protocolos são considerados ferramentas que garantem a uniformização e padronização da prestação dos cuidados (PAES; LEITE; MELLO, 2011).

Ainda no que tange à importância deste aspecto para o acolhimento, em estudo realizado com objetivo de conhecer como ocorre o acolhimento aos pais na percepção da equipe de enfermagem neonatal, os resultados apontaram a melhoria do processo de acolhimento e a uniformização das condutas, como mecanismos que possibilitam aos pais, sentirem-se cuidados pelo profissional que também cuida de seu filho, qualificando deste modo, as relações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos nesse processo (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial metodológico pautado no Arco de Maguerez foi o arcabouço desse estudo; foi possível descrever o processo de desenvolvimento de uma intervenção educativa, pautada nos pressupostos da problematização enquanto subsídio para a transformação da prática assistencial em enfermagem neonatal.

A construção de uma proposta de acolhimento pelos próprios profissionais de saúde, com base no diagnóstico de sua realidade assistencial e organizacional, por meio da utilização de uma intervenção educativa problematizadora mostrou-se extremamente favorável neste cenário de investigação. A motivação, promovida pela participação pró-

ativa de todos os profissionais enfermeiros da unidade e o empoderamento promovido pela metodologia dialógica e coletiva se revelaram essenciais à adesão dos participantes.

Assim, ainda que se reconheçam os limites desta intervenção, tal experiência de ensino-aprendizagem, abre novas perspectivas àqueles que participaram deste processo, desde o diagnóstico da realidade, a discussão de estratégias, a pesquisa e busca de referenciais teóricos, a construção de uma proposta coletiva de trabalho e a avaliação continuada para realimentação desse sistema.

Conclui-se que a pesquisa dos cenários de prática, com a participação daqueles que “habitam” estes cenários, fortalecem a percepção de que a construção do conhecimento só faz sentido, quando o diálogo e as trocas possibilitem o desenvolvimento mútuo, qualificando a assistência e estendendo os benefícios deste processo às clientela atendidas.

Por fim, foram realizadas as adaptações necessárias e o setor incorporou como rotina a ser seguida e cumprida, sendo dessa forma uma estratégia de transformação da realidade assistencial, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF, 2010a.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M. O. H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 349-353, 2012.

GALLEGOS-MARTÍNEZ, J.; REYES-HERNÁNDEZ, J.; SCOCHI, C. G. S. The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1360-1366, 2013.

GIBAUT, M. A. M. et al. Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1114-1121, 2013.

MAESTRI, E. et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.73-78, 2012.

PAES, G. O.; LEITE, J. L.; MELLO, E. C. P. Caring for the client with acute respiratory disorders: a proposed protocol for assistance to make decisions in nursing. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 10, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3219.1/html>>. Acesso em: 21 out. 2014.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012.

SCHMIDT, K. T. et al. Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 6, p. 833-839, 2013.

SILVA, F. L. F. et al. Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção de usuários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 210-218, 2014.

SOUSA, A. M. et al. Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na UTI neonatal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 3, n. esp., p. 100-110, 2011.

SOUZA, A. M. A. **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011.

7.2 MANUSCRITO 2: O PROCESSO DE ACOLHIMENTO NO CONTEXTO NA ATENÇÃO NEONATAL: PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS

THE RECEPTION PROCESS IN THE CONTEXT IN NEONATAL CARE: PERCEPTION OF FAMILIES

EL PROCESO DE RECEPCIÓN EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN NEONATAL: PERCÉPCION DE LAS FAMÍLIAS

Resumo

Estudo de carácter qualitativo, descritivo, com objetivo de analisar a percepção familiar sobre o acolhimento no contexto da assistência em enfermagem neonatal, antes e após a implementação de um protocolo de acolhimento. Realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital do centro-oeste do Paraná, no período de abril a setembro de 2014, em dois momentos: antes e após a implementação de uma rotina de acolhimento da unidade. A coleta se deu por meio de entrevistas utilizando roteiro semiestruturado com 24 familiares (pais ou mães) dos RN internados, sendo 13 antes da intervenção e 11 após a implementação do protocolo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, conforme Bardin, originando cinco categorias temáticas: “Enfermeiro como referência ao cuidado neonatal”; “A primeira vez na UTIN”; “Anseios diários por informações sobre o filho”; “Inserção da família no cuidado, perspectivas da construção da capacidade parental” e “Expectativa para alta hospitalar”. Conclui-se que a compreensão das fragilidades no processo de acolhimento a partir da perspectiva familiar possibilita a transformação da realidade, propiciando uma assistência pautada nas reais necessidades da família e, portanto, mais humanizada e qualificada.

Palavras-chave: Enfermagem familiar. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Humanização da assistência. Família.

Abstract

Qualitative study, descriptive, aiming to analyze the perception of the family hosting the context of care in neonatal nursing, before and after implementation of a protocol host. Conducted in the NICU of a hospital in the Midwest of Paraná, in the period April to September 2014, in two stages: before and after implementation of routine care unit. The collection was through interviews using semi-structured with 24 families (fathers or mothers) of hospitalized infants, 13 before surgery and 11 after implementation of the protocol. The data were subjected to content analysis, according to Bardin, yielding five thematic categories: "Nurse reference to neonatal care"; "The first time in the NICU"; "Yearning for daily information about the child"; "Family Insertion in care, prospects of building parental capacity" and "Expectation for hospital discharge." We conclude that understanding the weaknesses in the host process from the family perspective enables the transformation of reality, providing a guided tour in the royal family needs and therefore more humane and qualified.

Keywords: Family nursing. Intensive Care Units Neonatal. Humanization of assistance. Family.

Resumen

Estudio cualitativo, descriptivo, con el objetivo de analizar la percepción de la familia que aloja el contexto de la atención en enfermería neonatal, antes y después de la implementación de un protocolo de acogida. Llevado a cabo en la UCIN de un hospital en el Medio Oeste de Paraná, en el período abril-septiembre 2014, en dos etapas: antes y después de la implementación de la unidad de atención de rutina. La colección fue a través de entrevistas semi-estructuradas usando con 24 familias (padres o madres) de los niños hospitalizados, 13 antes de la cirugía y 11 después de la aplicación del protocolo. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido, según Bardin, produciendo cinco categorías temáticas: "Referencia enfermera para la atención neonatal"; "La primera vez en la UCIN"; "Anhelo de información diaria sobre el niño"; "Familia de inserción en la atención, las perspectivas de desarrollo de la capacidad de los padres" y "Expectativas para el alta hospitalaria." Llegamos a la conclusión de que la comprensión de las debilidades en el proceso de acogida de la perspectiva de la familia permite la transformación de la realidad, ofreciendo una visita guiada en las necesidades de la familia real y, por tanto, más humano y cualificado.

Palabras-clave: Enfermería de la familia. Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Humanización de la atención. Familia.

INTRODUÇÃO

Para a família, a gestação é um período de grande expectativa, em que os pais anseiam por um parto tranquilo e nascimento do filho saudável. No entanto, há situações em que o recém-nascido (RN) necessita de cuidados intensivos e é encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), esse fato instaura nos pais sentimentos de insegurança e desamparo (CRUZ et al., 2010).

Diante disso, destacamos o papel da enfermagem nesse contexto assistencial, com vistas a reconhecer a importância do cuidado neonatal à família, acolhendo-a diante das suas necessidades, a fim de diminuir a ansiedade e facilitar o enfrentamento deste processo de hospitalização do filho (SOARES; SANTOS; GASPARINO, 2010).

Ainda que o senso comum aponte o contexto neonatal como um espaço fortemente influenciado pela tecnologia necessária, há que se ressaltar que o cuidado não pode ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, pois, se assim ocorrer, obteremos apenas uma parte da dimensão do cuidado (ALMEIDA et al., 2009).

Para tanto, faz-se necessário trazer para a pauta de discussões, as iniciativas voltadas à valorização da interação dos sujeitos envolvidos na prestação destes cuidados,

como a Política Nacional de Humanização (PNH). O acolhimento constitui-se em uma das diretrizes da PNH, tida como um forte instrumento de intervenção para orientar a prática humanizada e qualificada (BRASIL, 2004).

Considerando a importância desta diretriz no escopo de ações que buscam a construção de uma atenção neonatal humanizada e qualificada é que se elegeu o acolhimento como objeto da presente investigação. Assim, propôs-se o delineamento de um estudo que tivesse como ponto de partida o diagnóstico de uma realidade assistencial sob a ótica dos usuários desse serviço, com a avaliação dos impactos da implementação de um protocolo de acolhimento, também na perspectiva destes usuários.

O estudo se justifica enquanto possibilidade de contribuir para a melhor compreensão sobre a prática do acolhimento, sob a ótica familiar, e a partir deste olhar, promover reflexões acerca das estratégias para a otimização desta prática no contexto de trabalho da enfermagem neonatal com famílias.

Deste modo, e considerando a indissociabilidade do binômio criança-família, neste caso específico, recém-nascido e família, o estudo objetivou analisar a percepção familiar sobre o acolhimento no contexto da assistência em enfermagem neonatal, antes e após a implementação de um protocolo de acolhimento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, tendo como foco a análise da percepção acerca do processo de acolhimento no contexto assistencial da enfermagem neonatal, a partir da ótica paterna/materna, em dois momentos: antes e após a implementação de uma rotina de acolhimento da unidade.

O estudo tem sua sustentação teórica na PNH, mais especificamente nas diretrizes relativas ao acolhimento. Este se configura como ferramenta de intervenção no processo de qualificação da escuta, estabelecimento de vínculos, compartilhamento de saberes, angústias, atendendo as diversidades culturais, raciais e étnicas do paciente e família, atuando dessa forma, com responsabilização e resolutividade das necessidades de saúde, por meio das relações instituídas entre os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2004).

O local escolhido para execução desse estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), de um hospital filantrópico de pequeno porte, na cidade de Guarapuava, no interior Paraná. Fundada em 1913, a instituição conta atualmente com 121 leitos

conveniados ao Sistema Único de Saúde e 33 leitos para internamentos particulares ou de convênios privados. O *locus* da realização do estudo, a UTIN, foi inaugurada em outubro de 2012, e conta com sete leitos neonatais. O referido serviço dispõe de uma equipe multidisciplinar, composta por quatro enfermeiras, nove técnicos de enfermagem, seis médicos, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma fonoaudióloga e uma psicóloga.

Na UTIN é permitida a entrada dos pais em dois horários de visita, com duração de uma hora, iniciando-se às 09 h e às 17 h. Nas situações em que o RN está em aleitamento materno, é permitida a entrada da mãe em intervalos de 3 em 3 h para amamentação. Ademais, é disponibilizado para todas as mães, ambiente destinado ao descanso e permanência das mesmas durante o dia e a noite no hospital.

Os participantes do estudo foram familiares (pais ou mães) de RNs internados na unidade, por ocasião da realização das entrevistas. No primeiro momento foram incluídos 13 pais/mães e, posteriormente, após a implementação do protocolo de acolhimento, 11 pais/mães foram entrevistados. Foram considerados elegíveis para o estudo pais ou mães dos RN internados há pelo menos cinco dias na UTIN, com idade igual ou superior a 18 anos que aceitassem participar do estudo. O tempo de internação mínima foi fixado por considerar a necessidade de uma (com)vivência mínima com a rotina e o ambiente da internação neonatal.

A coleta se deu por meio de entrevistas individualizadas, utilizando um roteiro semiestruturado elaborado pelas próprias pesquisadoras, composto de uma parte voltada à identificação dos participantes, e outra, abordando a temática central do estudo por meio de perguntas abertas (APÊNDICE C). As entrevistas tinham como questão norteadora: “Como é realizado o acolhimento de enfermagem à família no contexto da atenção em UTIN?”, seguida de questões de amparo voltadas ao esgotamento completo do tema. Os relatos foram registrados em áudio, com o objetivo de garantir a fluidez das falas e a fidedignidade das informações, e posteriormente foram transcritas na íntegra.

A coleta de dados se deu antes e após a implementação do protocolo de acolhimento elaborado pelos enfermeiros do setor em conjunto com a pesquisadora durante oficinas de capacitação guiadas pela metodologia problematizadora. As entrevistas realizadas antes e depois da implantação do protocolo tiveram intervalo em torno de quatro meses.

As abordagens das famílias, portanto, se deram em dois momentos e representaram situações assistenciais distintas, no que se refere ao processo de acolhimento, antes e após

a alteração da rotina de colhimento. A rotina implementada constou basicamente de quatro ações fundamentais: atribuição de profissionais como referência aos pais no ambiente da UTIN; preparo e orientação às famílias de forma individualizada/personalizada na primeira visita ao filho; otimização da visita diária com rotina de informações sobre a evolução do filho; inserção dos pais na realização dos cuidados ao RN e, por fim, preparação para a alta, com referenciamento para UBS.

Com base nesta estrutura e, para análise e interpretação dos relatos familiares obtidos a partir destas duas realidades assistenciais, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), percorrendo as fases de pré-análise, exploração do material, análise e interpretação referencial. Após esse processo emergiram cinco categorias, que compõem o *corpus* para a discussão do estudo.

Este estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e submetido à aprovação pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, conforme Parecer nº 623.589 (ANEXO B). A fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa, foram atribuídos nomes de anjos por acreditar que o seu significado corresponde à função de ser pai e mãe, zelando por sua saúde e bem-estar. Com o propósito de viabilizar as análises comparativas entre os momentos do estudo, a identificação foi complementada com os termos “antes” e “depois” (da implementação da rotina de acolhimento).

RESULTADOS

Neste tópico descrevem-se os dados referentes à caracterização dos entrevistados a fim de contextualizar a realidade subjetiva dos participantes, de forma a orientar a análise individualizada dos relatos. Posteriormente, apresentam-se os dados relativos à abordagem da temática central do estudo, qual seja, o acolhimento no contexto da assistência de enfermagem neonatal, antes e após a intervenção.

Conhecendo as famílias e os RNs

Com objetivo de contextualizar a realidade subjetiva das participantes, de forma a orientar a análise individualizada dos relatos, foram levantados os seguintes aspectos relacionados aos pais e ao internamento do filho.

O universo total de participantes desta pesquisa foi composto por 21 mães e três pais de RNs internados na UTIN, sendo que 13 residiam na cidade de Guarapuava e as demais, em cidades circunvizinhas. A faixa etária dos pais variou de 18 a 45 anos de idade. No que diz respeito ao estado civil, 19 apresentavam-se casados e os demais solteiros ou divorciados. Quando questionados em relação à religião, 20 referiram ser católicos e apenas um declarou-se como sem religião. Quanto à escolaridade, 11 referiram ter completado o ensino médio e apenas um possuía o ensino superior. Em relação à profissão, dez eram “donas de casa”, três agricultores e as demais profissões incluíram: vendedor (a), zelador (a), cozinheiro (a), indicando como renda mensal da família, uma média de R\$1.500,00, variando entre R\$ 3.500,00 e R\$ 250,00. O número de moradores no domicílio, além do RN, variou entre uma e seis pessoas. No que diz respeito ao número de filhos, oito participantes relataram ser o bebê internado, o primeiro filho do casal. Dezesesseis participantes tinham mais filhos.

As causas de internação dos filhos incluíram a prematuridade (17 casos), como causa mais apontada e um caso de gemelaridade. Outros diagnósticos associados, como baixo peso ao nascer, aspiração de mecônio, hidrocefalia, sepse neonatal e desconforto respiratório, responderam pelos demais casos de internação.

Com relação à abordagem da temática central desta pesquisa, a partir da análise dos relatos dos entrevistados, emergiram cinco categorias que compõem o *corpus* do processo analítico, apresentadas a seguir.

Enfermeiro como referência ao cuidado neonatal

Durante o processo de hospitalização, a família e o RN devem ser compreendidos enquanto unidade, com necessidades que não são puramente biológicas, mas sociais, emocionais e culturais. Logo, a assistência demanda uma atenção humanizada. Assim, tomando-se por base este cenário, percebeu-se que a Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS é uma importante ferramenta no processo de transformação nos

modos de produção de saúde com vistas à humanização da assistência (FRAGA et al., 2009; SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009; BRASIL, 2004).

Neste contexto da humanização, o acolhimento se destaca como peça fundamental, na medida em que sua implementação é considerada mola mestra para a transformação do processo de trabalho em saúde. Considera-se ainda que o enfermeiro possui papel imprescindível na realização desta prática, cuja instalação deve se dar no momento da internação (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012; COSTA; CAMBIRIBA, 2011; BRASIL, 2004).

Contudo, ao analisar as estruturas narrativas que contribuíram para a configuração da presente categoria temática, foi possível apreender as dificuldades da família no que tange à construção de representação profissional do enfermeiro durante o acolhimento. Estas lacunas no processo de reconhecimento do papel e das funções do enfermeiro pelo familiar no contexto da assistência neonatal denotam não somente a falta de conhecimentos acerca da responsabilidade deste profissional sobre o cuidado prestado no setor, como também denunciam o distanciamento das relações entre enfermeiro-família:

Na lembro o nome de quem estava lá e me recebeu, sei que ela é a enfermeira, mas não sei bem o nome dela (BALTHIOUL- antes).

Eu não conheci a chefe delas, dá pra ver ali quem que é que manda nas outras, mas não sei o nome dela [...] (ARMISAEEL - antes).

A literatura faz referência à necessidade de se apresentar para a família dizendo seu nome e função, como um elemento alavancador da criação de vínculo afetivo (COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012), e primeiro passo para a instalação do processo de acolhimento.

Além disso, em estudo realizado em 2011, que teve como objetivo analisar a visão de acolhimento que têm profissionais e usuários dos serviços de saúde, os autores apontam achados similares aos apresentados previamente, destacando que a identificação do trabalho do enfermeiro muitas vezes é subestimado, e que os pacientes e suas famílias apresentavam dificuldade em diferenciá-lo dos demais profissionais de enfermagem (COSTA; CAMBIRIBA, 2011).

Salienta-se, assim, a necessidade em superar essa indiferença diante do outro, pois isto implica no enfraquecimento dos laços coletivos e retrocede a construção da nossa própria humanidade. Nesse cenário, o acolhimento surge como uma das diretrizes que

contribuem para alterar essa situação, fortalecendo a capacidade em cuidar ou estar atento para acolher o outro, ratificando a tese de que os processos de produção de saúde exigem interação e diálogo permanentes para a construção e fortalecimento das relações estabelecidas (BRASIL, 2010b; FRAGA et al., 2009).

No sentido de dirimir esta dificuldade, o protocolo de acolhimento implementado no serviço propôs a atribuição de profissionais de referência para os pais, no formato de adoção de famílias por duplas de enfermeiros, do turno diurno e noturno, com vistas a facilitar o processo de comunicação, troca de informações e criação de vínculo.

Em um estudo realizado em Portugal, com objetivo de analisar respostas de pais e profissionais de saúde sobre o envolvimento dos pais no cuidado da criança hospitalizada, estes identificaram como forma de organização dos cuidados neonatais a estratégia de referência de um enfermeiro aos pais (MELO et al., 2014).

A instalação desta prática no local deste estudo se refletiu na transformação das percepções dos familiares:

Elas são uns anjos desde o primeiro dia [...] a Joana que me explicou tudinho, e disse que eu podia tocar nele depois que lavasse as mãos, para não passar nada pra ele, né? [...] (HAMALIEI - depois).

As enfermeiras que conversam com a gente todos dia, as vezes é a Joana e as vezes é a Maria [...] tem outras também, mas elas que são as chefe lá [...] (LABIEL - depois).

Percebe-se, assim, uma transformação da perspectiva familiar em relação ao profissional e o reconhecimento gradativo de seu papel no contexto do cuidado, o que traz implicações no âmbito da visibilidade e do reconhecimento da profissão de enfermagem.

A primeira vez na UTIN

A hospitalização do filho na unidade neonatal traz à tona muitos sentimentos negativos relacionados com a fragilidade da vida, além disso, o ambiente desconhecido os intensifica (SCHIMIDT et al., 2012). Nesta perspectiva, os achados da literatura corroboram com as falas das famílias deste estudo, em que a primeira visita se apresenta permeada de expectativas e angústias, relacionadas ao desconhecimento das rotinas e

equipamentos, implicando necessidade de acolhimento por parte dos profissionais de enfermagem.

Cheguei e fui me trocando, vendo o que as outras mães estavam fazendo e fiz igual [...] entrei e eu estava perdida, fui tentando ver as incubadoras, alguém viu que eu estava perdida e me levou até ele [...] vi ele com aquelas coisaradas, ninguém me disse nada e eu fiquei assustada, esperando e nada [...] a primeira visita ninguém veio me receber, explicar, nada [...] (AKRIEL - antes).

A primeira vez foi bem difícil, eu não esperava ver ele ali, daquele jeito, foi bem complicado fiquei assustada, com tudo os aparelho, daí no primeiro dia não sabia de nada (AMRIEL – antes).

Tangenciando esta discussão, a literatura faz referência à primeira visita dos pais à UTIN, como uma situação delineada pelos (pré)conceitos já formulados no ideário familiar, e que usualmente associam este ambiente às ideias de morte, dor e sofrimento. Ademais, e considerando a particularidade deste momento, que via de regra representa o primeiro contato entre os pais e o bebê, tal situação demanda cuidados especiais, de modo a acolher a família fragilizada (SCHIMIDT et al., 2012; SOUSA et al., 2011).

Em face de tais considerações, a alteração da rotina de acolhimento, promovida pelo protocolo implantado no setor, previa um processo de preparo familiar por um profissional designado da equipe multidisciplinar da UTIN, para a primeira visita ao filho internado. Tal medida visava reduzir os impactos negativos deste choque inicial com a realidade assistencial da terapia intensiva, bem como facilitar o processo de adaptação mútua: do familiar com o ambiente e equipe, e desta com a presença da família no setor. Os efeitos deste preparo podem ser percebidos nas falas dos familiares:

A psicóloga foi me buscar, ela me auxiliou, falou dos aparelhos [...] disse que muitas mães ficam preocupadas com o excesso de aparelhagem, mas, não é pra se preocupar, é pro bem dele. Foi bom, porque, apita o negócio e a gente fica meio assim, a gente não entende, depois a enfermeira veio e me explicou também [...] saí de lá bem aliviada (KALAZIEL - depois).

Destacamos aqui a relevância do preparo individual antes do primeiro contato com o ambiente neonatal. Porém, essa rotina não foi aplicada a todas as famílias, e nem todas tiveram esse mesmo preparo. Nestes casos, verificou-se a persistência das mesmas queixas, bem como as mesmas implicações negativas presentes antes da alteração da rotina.

Não conhecia uma UTIN, a hora que eu entrei foi um choque [...] eles me recolheram lá, me ajudaram e me explicaram como se vestia e me levaram até ele e só [...] tipo, eu fiquei apavorada (IAOEL- depois)

Nesse sentido, alguns autores destacam como papel fundamental da enfermagem o preparo da família antes de realizarem a primeira visita, amenizando o impacto de um local até então desconhecido e provedor de impressões ruins sobre o processo de adaptação familiar (SOUSA et al., 2011).

O acolhimento, neste cenário, adquire importância fundamental, e deve ser construído e realizado no primeiro encontro em que a rede de relações são instituídas, por meio da recepção dos familiares, proporcionando a estes a sensação de segurança e o conforto necessários à construção de uma assistência humanizada.

Anseios diários por informações sobre o filho

O nascimento de um filho que necessita de cuidados intensivos para recuperar e manter a vida, causa na família sentimentos de incerteza e insegurança, em que o estresse aumenta diante da carência de informações (GALLEGOS-MARTÍNEZ; REYES-HERNÁNDEZ; SCOCHI, 2013).

Os relatos das famílias do estudo revelam que, diante da necessidade de se adaptarem à realidade da hospitalização e às rotinas da internação, a espera angustiante por notícias e a falta de informações/orientações claras sobre o filho agravam os sentimentos de desespero e desamparo dos pais:

Esse aparelho é isso, esse é aquilo, o médico é fulano [...] essa foi minha maior frustração, ninguém dar informações meu filho [...] não é muita coisa, é só saber se ele ganhou o peso, se esta vomitando, se dormiu bem, a gente quer ouvir um conjunto de informações e a enfermeira tem que saber pra gente [...] (DINIEL - antes).

Alguns estudos apontam para a necessidade de informar os pais sobre o estado do filho e sobre os cuidados prestados a ele, além da importância de buscar esclarecer as

dúvidas familiares, com o propósito de diminuir a ansiedade (SCHIMIDT et al., 2012; MERIGHI et al., 2011).

Após o processo de intervenção, verificou-se uma mudança significativa na abordagem assistencial aos pais/familiares, com ênfase ao repasse de informações nos horários de visitas e com o esclarecimento de dúvida na medida das necessidades das famílias, facilitando o processo de enfrentamento da hospitalização. A maior dificuldade encontrada na efetivação desta prática se deu em função da necessidade de congruência de condutas e informações, demandando o maior envolvimento e entrosamento de todos os profissionais participantes do cuidado ao RN.

Toda vez a enfermeira passa informação, se tem exame pra fazer, se trocaram a sondinha, o peso, essas coisinhas [...] de um jeito ou de outro elas cuidam da família também, porque elas ficam passando as informações pra gente também, e a gente vai ficando mais sossegada sabendo de tudo ali [...] (GZREL - depois).

Quando eu venho visitar é o maior presente que eu tenho [...] elas informam a gente como é que está a situação delas, de cada uma, geralmente, peso, como que elas passaram a noite, troca do sorinho, como que estava durante o dia, os horários em que a gente não estava, como que elas passaram [...] pra nós foi o que ajudou bastante, saber de tudo (THELIEL - depois).

Nesta perspectiva, destaca-se o fato de que as informações sobre o quadro clínico do RN, somadas às orientações acerca do sono/repouso, evolução do padrão respiratório, nutrição, eliminações e tratamento ofertado, correspondem aos maiores anseios da família. Assim, ao terem acesso a tais informações, as famílias tornam-se capazes de lidar melhor com a situação do adoecimento, bem como passam a enfrentar melhor os momentos de fragilidade provocados pela enfermidade.

Tais resultados remetem à compreensão de alguns conceitos do Cuidado Centrado na Família, na medida em que reiteram o compartilhamento de informações completas e de maneira contínua aos familiares, como um componente essencial do acolhimento (JOLLEY; SHIELDS, 2009).

Além disso, a Portaria 930/2012 do Ministério da Saúde (MS), ao definir as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, aponta como requisitos necessários para a

humanização, a garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares (BRASIL, 2012).

Inserção da família no cuidado: perspectivas de construção da capacidade parental

Para muitos pais, o envolvimento no contexto neonatal se limita ao acompanhamento da criança em sua estadia hospitalar. Tal paradigma, no entanto, deve ser superado, tendo em vista que a participação ativa nos cuidados constitui uma oportunidade importantíssima ao desenvolvimento da capacidade parental (MELO et al., 2014; COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

Tangenciando essa discussão, verificou-se na realidade assistencial investigada que a participação dos pais no cuidado inexistia antes da instalação da nova rotina de acolhimento. Deste modo, as interações entre familiares e RN se restringiam aos momentos em que os pais “conversavam” ou tocavam em seus filhos durante as visitas:

Não, a gente só visita ele mesmo, só elas mesmo que cuidam dele, fazem tudo ali (EMMANUEL - antes).

Nós só conversamos com ele, tocamos nele [...] é a única coisa que nós podemos fazer [...] (CHAMUEL - antes).

A configuração da UTI como um ambiente restritivo à presença e participação familiar aparece em diversos estudos. Nestes, os pais têm sua atuação limitada e usualmente são vistos como expectadores dos cuidados ofertados. Na busca de reverter este cenário, torna-se imprescindível o empoderamento da família, por meio da participação ativa desta nos cuidados, do incentivo à emancipação parental e do fortalecimento do vínculo afetivo (GALLEGOS-MARTÍNEZ; REYES-HERNÁNDEZ; SCOCHI, 2013; SOUSA et al., 2011).

Esta perspectiva remete-nos novamente aos conceitos do cuidado centrado na família, que consideram a família como uma constante na vida da criança, facilitando e encorajando o suporte parental. Nesta mesma linha de raciocínio, a Portaria 930/2012, ratifica a importância de uma atenção integral e humanizada, em que se preconiza o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2012; JOLLEY; SHIELDS, 2009).

Assim, após as mudanças instituídas pelo protocolo de acolhimento na rotina neonatal, descortinaram-se novas formas de participação parental no processo de cuidar dos RNs internados, com a valorização da permanência dos pais e a gradual emancipação dos mesmos para o exercício mais pleno de seus papéis:

Eu já estava há bastante tempo, daí ela falou pra eu trocar ele, eu disse que se ela me ajudasse eu trocava [...] eu já troquei outras crianças, mas não pequenininho com os ossinhos molinhos. Daí ela me ajudou, peguei umas gazes, molhei, e ela foi falando, daí troquei [...] (IAOEL - depois).

Troquei fraldas pela primeira vez [...] Nossa Senhora, meu Deus do céu, foi uma emoção muito grande... eu estava ali trocando a fralda dele, então nossa! E o primeiro banho que eu dei, a enfermeira me ensinou o que eu tinha que fazer, o que eu não tinha, tal e tal, daí na quinta-feira ela ficou supervisionando ali né, foi emocionante [...] (JEREMIEL - depois).

Tendo em vista os relatos apresentados, é inquestionável a importância em se estimular e apoiar a função parental. Tendo em vista que ao serem inseridos nos cuidados, estes passam a se sentir essenciais e resgatam seu ideal materno/paterno/familiar, já que este é diretamente influenciado por sua experiência de vida pessoal (GALLEGOS-MARTÍNEZ; REYES-HERNÁNDEZ, SCOCHI, 2013; COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

Expectativas para alta hospitalar

Desde o momento da internação do RN, a preocupação dos pais com a alta hospitalar é constante e almejada.

Nesse sentido, a análise das entrevistas revelou sentimentos de ansiedade e expectativa por esse momento, em contraposição às manifestações de insegurança relacionada à capacidade de prover os cuidados adequados aos filhos, tendo em vista sua condição de maior fragilidade:

Os cuidados são só com a enfermeira, acho que quando ele for pro médio risco talvez a gente possa fazer alguma coisa., por enquanto, aqui na UTIN é só as enfermeiras mesmo, porque ele é

todo pequenininho, acho que lá vamos ter que aprender a lidar com ele [...] (CAMAEL - antes).

Eu nunca fiz nada, mesmo ele sendo mais sensível porque não é do tempo certo, sendo mais molinho, acho que consigo [...] só acho que, se você aprender a trocar uma fralda, aprender a enrolar, que nem elas, podiam ensinar a gente, tipo uma temperatura [...] eles já sabem que do tamanhinho deles qual a temperatura certa, tenho que aprender pra levar ela pra casa, pra fazer tudo certinho (BATH KOL - antes).

A literatura referencia a importância do envolvimento dos pais, com o objetivo de prepará-los para alta. Para tanto, a vigilância e cooperação dos profissionais de saúde durante a realização dos cuidados pelos pais é indispensável, de forma a oportunizar momentos para a identificação de dificuldades e, assim, efetuar a adequada promoção da saúde (MELO et al., 2014).

Estudos que tratam da temática do preparo para a alta ressaltam a importância de a inclusão familiar ocorrer mais precocemente, incentivando o toque e a participação ativa no cuidado, de modo a reduzir a tensão e o medo. Tal medida auxilia no processo de enfrentamento do adoecimento, além de fornecer segurança, preparando a família para o momento de levar o filho para casa (SCHIMIDT et al., 2012; SOUSA et al., 2011).

A implementação do protocolo de acolhimento, portanto, enfatizou a importância do planejamento precoce da alta, de forma individualizada, estimulando o vínculo da família com o filho desde o início do internamento do RN, e capacitando os pais ao cuidado domiciliar, buscando a garantia da continuidade da assistência de saúde por meio do referenciamento para unidade básica de saúde. As impressões paternas ilustram os benefícios desta abordagem:

Foi muito importante poder ter cuidado dele, porque, eu não sabia nem dar banho, sou uma mãe de primeira viagem, trocar fralda até que eu sabia, mas nunca dei banho, dar o mamá também eu não sabia, tinha muito medo, por ele ser miudinho, então nossa, foi muito importante mesmo a ajuda que eles me deram, me ensinaram bastante [...] (JEREMIEL - depois).

Considerando o contexto supracitado, devemos compreender o acolhimento como uma maneira de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a manter uma postura

de escuta e comprometida em dar respostas às necessidades expressadas, assumindo no serviço o compromisso de acolher com resolutividade e responsabilização, além de garantir a continuidade da assistência (BRASIL, 2010b; FRAGA et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou descrever de que forma se dá o acolhimento na prestação do cuidado de enfermagem aos RNs e famílias durante a hospitalização na UTIN sob a ótica da família e verificar como percebe o acolhimento após o processo de mudança de rotina.

A aproximação dessa realidade, sob a ótica familiar, revela os limites a serem ultrapassados e melhor investigados, na busca de estratégias que visem o acolhimento, e dessa forma qualifiquem o trabalho assistencial da enfermagem neonatal.

Reflexões acerca das necessidades expressas pela família, somadas aos anseios dos profissionais em prol da transformação das práticas vigentes, subsidiaram o protocolo de acolhimento, com reflexos positivos para a organização do trabalho da equipe, e principalmente, para a qualificação da assistência de enfermagem.

A consideração da perspectiva familiar em relação ao cuidado e como norteador das práticas aparece como ponto forte da estratégia de intervenção utilizada na pesquisa. Como limitação, apontamos as famílias entrevistadas no primeiro momento da pesquisa não participarem ao final do estudo, quando as mudanças haviam ocorrido, tendo em vista o longo período de intervenção e estas já haviam recebido alta hospitalar. Dessa forma, foi necessária a inclusão de novas famílias a fim de investigar a percepção sobre a rotina executada pelos enfermeiros.

Acreditamos que a presente pesquisa ratifica a importância de discutir os modos de produção em saúde, por meio da participação ativa de seus atores sociais, sejam eles representados pelos profissionais envolvidos no processo de construção de estratégias coletivas de trabalho, sejam eles os usuários dos serviços, como elementos essenciais para o redirecionamento das ações de atenção.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 5, p. 748-752, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. **A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 maio 2012. Seção 1, p. 138.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2010b.
- COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 494-502, 2010.
- COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M. O. H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 349-353, 2012.
- CRUZ, A. R. M. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010.
- FRAGA, T. F. et al. Percepção das mães sobre o processo comunicação na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 612-619, 2009.
- GALLEGOS-MARTÍNEZ, J.; REYES-HERNÁNDEZ, J.; SCOCHI, C. G. S. The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1360-1366, 2013.
- JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The evolution of family centred care. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 164-170, 2009.

MELO, E. M. O. P. et al. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 432-439, 2014.

MERIGHI, M. A. B. et al. Caring for newborns in the presence of their parents: the experience of nurses in the neonatal intensive care unit. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1398-1404, 2011.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012.

SILVA, L. J.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 684-689, 2009.

SOARES, L. O.; SANTOS, R. F.; GASPARINO, R. C. Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 644-650, 2010.

SOUSA, A. M. et al. Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na UTI neonatal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 3, n. esp., p. 100-110, 2011.

CAPÍTULO V

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.
(Marthin Luther King)

No capítulo final desta dissertação, apresentamos as considerações finais acerca do estudo, bem como as implicações dos achados para o ensino, pesquisa e prática profissional de enfermagem.

8 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO

O desenvolvimento deste estudo permitiu compreender o papel do acolhimento como diretriz da PNH no contexto do processo de cuidado de enfermagem em UTIN.

Ao iniciar a trajetória de compreensão das famílias que têm os filhos sob cuidados intensivos, identificamos a fragilidade que se instaura diante esse processo, revelando anseios assistenciais e lacunas a serem preenchidas no sentido de acolher as famílias, neste contexto.

Do ponto de vista metodológico, apontamos a importância em se repensar e refletir sobre a realidade assistencial, problematizando ações reducionistas e rotineiras, implicando num desejo coletivo e compartilhado de transformação da realidade. Além disso, a construção do protocolo de acolhimento permitiu a uniformização e padronização do cuidado prestado por todos os profissionais envolvidos no cuidado às famílias dos RNs da UTIN, acolhendo os seus desejos e as suas necessidades, fortalecendo as relações estabelecidas nesse cenário, valorizando a autonomia e estimulando o protagonismo da família.

Face às demandas apresentadas pelos participantes deste estudo, ressaltamos a importância em atribuir profissionais de referência para os pais no ambiente da UTIN; preparar e orientar as famílias de forma individualizada/personalizada na primeira visita ao filho; otimizar a visita diária com rotina de informações sobre a evolução do filho; inserir

os pais na realização dos cuidados ao RN e, ainda, prepará-los para a alta, com referenciamento para UBS.

Reitera-se a relevância em se repensar a prática profissional, tendo em vista que o modo como se fazia o acolhimento era resultado de um acúmulo de práticas e rotinas, sem um fio condutor para as ações que eram executadas. Nesse sentido, também não havia um objetivo final claro para tal delineamento assistencial.

Nesta perspectiva, a intervenção educativa pautada na problematização instigou os profissionais a refletirem sobre o modo como este processo de acolhimento era conduzido e, permeados pelo desejo de modificar este cenário, conduziu os mesmos a uma compreensão ampliada do sentido de acolher, viabilizando a construção de relações de afeto mais sólidas entre pais e bebês internados, por meio da valorização parental no processo de cuidado.

Os resultados deste estudo ratificam a importância de estratégias de humanização em ambientes tidos como hostis, e que têm sua atuação centrada na utilização de tecnologias, equipamentos, procedimentos e rotinas inflexíveis. Diante disso, faz-se necessária a adoção de ações nesses setores que visem o acolhimento e valorizem as relações humanas e consolidem elementos como a solidariedade, a escuta e o vínculo.

9 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA ENFERMAGEM

As implicações do presente estudo para o **ensino** da enfermagem relacionam-se com a necessidade de desenvolver estudos que auxiliem na elucidação de lacunas existentes na formação acadêmica. No que tange aos cenários investigados, o estudo permite estimular no aluno um olhar diferenciado sobre a família do RN hospitalizado na UTIN, que em meio a um ambiente fortemente influenciado pela tecnologia em prol da saúde do RN, volte sua atenção ao reconhecimento do outro, acolhendo-o nas suas necessidades, potencializando a construção das relações entre os envolvidos e fomentando o protagonismo da família na consolidação do cuidado humanizado.

No tocante à **pesquisa**, a presente investigação permite destacar os poucos estudos encontrados abordando o acolhimento como elemento promotor da qualificação de cuidado, indo além da lógica de recepção administrativa e triagem clínica. Nesta perspectiva, o estudo reitera a importância do papel deste componente assistencial, como forma de construir um cuidado integral, com resolutividade e responsabilização, acolhendo as famílias nas suas necessidades, por meio de uma postura ética e solidária, essencial ao processo de produção de saúde em nossa sociedade.

Ademais, destaca-se que o método empregado mostrou-se adequado, na medida em que permitiu aos enfermeiros refletirem sobre sua prática profissional, sensibilizando-os com relação às mudanças necessárias na busca da efetivação do acolhimento em seu contexto de trabalho com as famílias, e despertando nestes, um papel proativo neste processo de construção coletiva e dialógica.

Em relação às implicações para a **prática**, este estudo permite uma reflexão acerca da assistência de enfermagem no acolhimento da família do RN hospitalizado na UTIN. Evidenciam-se as necessidades da família ao vivenciar esse processo de enfrentamento da hospitalização, que mais uma vez tornam imperativo criar mecanismos institucionais que procurem promover o reconhecimento da centralidade da família para o planejamento do cuidado em UTIN, e como parceira indispensável à qualificação e humanização da atenção neste cenário.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. et al. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 5, p. 748-752, 2009.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.

AYRES, J. R. de C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

AYRES, J. R. V. M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria construtiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 maio 2012. Seção 1, p. 138.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**. Brasília, DF, 2011a. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**. Brasília, DF, 2011b. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. **A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n° 466, de 04 de junho de 1998. Estabelecer critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jun. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2918, de 09 de junho de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 1998b.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis: Vozes, 2012.

COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 494-502, 2010.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M. O. H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 349-353, 2012.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B; SCHAURICH, D. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): Compreensões da Equipe de Enfermagem. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 2009.

CRUZ, A. R. M. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010.

ELIAS, L. S. et al. Discordância entre pais e profissionais de saúde quanto à intensidade da dor no recém-nascido criticamente doente. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 35-40, 2008.

FRAGA, T. F. et al. Percepção das mães sobre o processo comunicação na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 612-619, 2009.

FREITAS, K. S.; KIMURA, M.; FERREIRA, K. A. S. L. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 84-92, 2007.

GALLEGOS-MARTÍNEZ, J.; REYES-HERNÁNDEZ, J.; SCOCHI, C. G. S. The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the Neonatal

Unit. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1360-1366, 2013.

GIBAUT, M. A. M. et al. Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1114-1121, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GURGEL, E. P. P.; ROLIM, K. M. C. A primeira visita da mãe à unidade de terapia intensiva neonatal: o acolhimento como promoção do cuidado humano. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 6, n. 2, 2005.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The evolution of family centred care. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 164-170, 2009.

MAESTRI, E. et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.73-78, 2012.

MANENTI, L. P.; SORATTO, M. T. A importância da espiritualidade no cuidado com o paciente internado na UTI Cardiovascular. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 12, n. 30, p. 43-51, 2012.

MELO, E. M. O. P. et al. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 432-439, 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERIGHI, M. A. B. et al. Caring for newborns in the presence of their parents: the experience of nurses in the neonatal intensive care unit. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1398-1404, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTANHOLI, L. L.; MERIGHI, M. A. B; JESUS, M. C. P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2011.

MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 639-646, 2009.

OLIVEIRA, A. A. Observação e Entrevista em Pesquisa Qualitativa. **Revista Faculdade Cencista de Vila Velha**, Vila Velha, n. 4, p. 22-27, 2010.

PAES, G. O.; LEITE, J. L.; MELLO, E. C. P. Caring for the client with acute respiratory disorders: a proposed protocol for assistance to make decisions in nursing. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 10, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3219.1/html>>. Acesso em: 21 out. 2014.

PENHA, R. M. **A expressão da dimensão espiritual no cuidado de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2008. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: Livraria Santos, 2008.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007.

REIS, L. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 118-124, 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROECKER, S. et al. Demandas assistenciais frente à gestação e o nascimento de bebês com malformação. **Revista Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 252-263, 2012.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-377, 2010.

SASSÁ, A. H. **Assistência domiciliar de enfermagem ao bebê nascido com muito baixo peso e sua família**. 2011. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

SCHMIDT, K. T. et al. A primeira visita ao filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012.

SCHMIDT, K. T. et al. Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 6, p. 833-839, 2013.

- SILVA, C. R. A. et al. Acolhimento como estratégia do Programa Nacional de Humanização. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 35-43, 2011.
- SILVA, F. L. F. et al. Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção de usuários. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 210-218, 2014.
- SILVA, L. J.; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 684-689, 2009.
- SIMIONI, A. S.; GEIB, L. T. C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio Brasília, DF, v. 61, n. 5, p. 545-551, 2008.
- SOARES, L. O.; SANTOS, R. F.; GASPARINO, R. C. Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 644-650, 2010.
- SOUSA, A. M. et al. Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na UTI neonatal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 3, n. esp., p. 100-110, 2011.
- SOUSA, M. W. C. R.; SILVA, W. C. R.; ARAÚJO, S. A. N. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. **ConScientia e Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 269-274, 2008.
- SOUZA, A. M. A. **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011.
- TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- VALCANTI, C. C. et al. Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 838-845, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMÍLIAS

Vimos pela presente convidá-la a participar da pesquisa intitulada: Acolhimento como ferramenta para o cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sob a responsabilidade de Larissa Gramazio Soares, sob orientação da Prof^a Dr^a Ieda Harumi Higarashi. O objetivo do estudo é compreender o papel do acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização no contexto do processo de cuidado de enfermagem em UTIN. Ao participar desta pesquisa, você responderá uma entrevista que será gravada, contendo algumas perguntas sobre sua percepção do cuidado prestado ao seu filho internado. Você poderá escolher o local e horário da entrevista, que pode ser no hospital ou na sua própria residência. Após a gravação da entrevista, sua fala será inteiramente transcrita, para que esta possa ser analisada e utilizada cientificamente na pesquisa. Lembramos que a sua participação é totalmente voluntária, não sendo previsto qualquer tipo de pagamento por esta participação, ou qualquer custo. É garantida a você a liberdade de recusar-se a participar, ou mesmo de desistir, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a você ou a seu filho.

Não são previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis à sua participação no estudo, já que ela se dará respondendo às perguntas da entrevista. Porém, se alguma questão lhe causar constrangimento ou desconforto, você poderá deixar de respondê-la, sem necessidade de qualquer justificativa. Também não são previstos benefícios diretos com esta participação, embora consideremos que suas respostas serão muito valiosas para compreendermos como está sendo desenvolvido o cuidado prestado ao seu filho na UTIN, de maneira a propor sugestões de melhoria neste processo. Assim, os benefícios indiretos esperados com o estudo são no sentido de fornecer informações que sirvam de base para os profissionais de enfermagem planejarem melhor a assistência aos pacientes e a família das crianças internadas em UTIN. Todas as informações que você nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa, de tal modo que seus dados pessoais serão tratados com o mais absoluto sigilo, sendo seu nome preservado quando da apresentação científica dos resultados da pesquisa. Todos os registros e dados serão devidamente descartados após a utilização no estudo. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo

endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Profª Drª Ieda Harumi Higarashi

_____ Data: ____/____/____.

Assinatura do pesquisado

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa.

_____ Data: ____/____/____.

Assinatura

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, em endereço abaixo:

Nome: Ieda Harumi Higarashi

Endereço: Avenida Colombo nº 5790 Campus Universitário UEM Bloco 1.

Telefone/ E-mail: (44) 3011-4444 / ieda1618@gmail.com

Nome: Larissa Gramazio Soares

Endereço: Professor Itamar Orlando Soares, número 115, Apartamento 42, Edifício Casa Bela, Jardim Universitário CEP 87020270.

Telefone: (42) 88155153

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (Copep) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

Copep/UEM Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá - Pr. Tel.: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENFERMEIROS

Vimos pela presente convidá-la a participar da pesquisa intitulada: Acolhimento como ferramenta para o cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sob a responsabilidade de Larissa Gramazio Soares, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Ieda Harumi Higarashi. O objetivo do estudo é compreender o papel do acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização no contexto do processo de cuidado de enfermagem em UTIN. Ao participar desta pesquisa, você responderá uma entrevista que será gravada, contendo algumas perguntas sobre o cuidado realizado na UTIN. Você poderá escolher o local e horário da entrevista, que pode ser no hospital, ou na sua própria residência. Após a gravação da entrevista, sua fala será inteiramente transcrita, para que esta possa ser analisada e utilizada cientificamente na pesquisa. Lembramos que a sua participação é totalmente voluntária, não sendo previsto qualquer tipo de pagamento por esta participação, ou qualquer custo. É garantida a você a liberdade de recusar-se a participar, ou mesmo de desistir, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a você. Não são previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis à sua participação no estudo, já que ela se dará respondendo às perguntas da entrevista. Porém, se alguma questão lhe causar constrangimento ou desconforto, você poderá deixar de respondê-la, sem necessidade de qualquer justificativa. Também não são previstos benefícios diretos com esta participação, embora consideremos que suas respostas serão muito valiosas para compreendermos como são realizados os cuidados na UTIN, de maneira a propor sugestões de melhoria neste processo. Assim, os benefícios indiretos esperados com o estudo são no sentido de fornecer informações que sirvam de base para os profissionais de enfermagem planejar uma assistência humanizada aos pacientes e à família das crianças internadas em UTIN. Todas as informações que você nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa, de tal modo que seus dados pessoais serão tratados com o mais absoluto sigilo, sendo seu nome preservado quando da apresentação científica dos resultados da pesquisa. Todos os registros e dados serão devidamente descartados após a utilização no estudo. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas,

devidamente preenchida e assinada entregue a você Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Profª Drª Ieda Harumi Higarashi

_____ Data: ____/____/____.
Assinatura do pesquisado

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa.

_____ Data: ____/____/____.
Assinatura

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, em endereço abaixo:

Nome: Ieda Harumi Higarashi

Endereço: Avenida Colombo nº 5790 Campus Universitário UEM Bloco 1.

Telefone/ E-mail: (44) 3011-4444 / ieda1618@gmail.com

Nome: Larissa Gramazio Soares

Endereço: Professor Itamar Orlando Soares, número 115, Apartamento 42, Edifício Casa Bela, Jardim Universitário CEP 87020270.

Telefone: (42) 88155153

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (Copep) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

Copep/UEM Universidade Estadual de Maringá. Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM. CEP 87020-900. Maringá - Pr. Tel.: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTA – FAMÍLIA

1 - DADOS REFERENTES AOS PAIS **DATA:** ____/____/____

(....)Mãe: _____

(....)Pai: _____

Endereço: _____

Fone: (....) _____ **Cidade:** _____

Profissão: _____

Idade: _____

Escolaridade: () analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo () médio incompleto () médio completo () superior incompleto () superior completo

Estado civil: () solteiro (a) () casado (a) () consensual () divorciado (a) () Outro:.....

Número de filhos anteriores: ____ nº de pessoas que residem no domicílio: _____

Renda familiar: R\$ _____

Religião: _____

2 – DADOS REFERENTES AO FILHO HOSPITALIZADO

Data de Nasc. : ____/____/____ **Sexo:** () masculino () feminino () indefinido

Dias de internação: _____

Tipo de parto do bebê hospitalizado: () normal () cesariana

Idade gestacional: _____ **Peso de nascimento:** _____ kg.

Diagnósticos principais: _____

Pergunta norteadora: Como é realizado o acolhimento de enfermagem à família no contexto da atenção em UTIN?

Complementares:

1. Fale-me sobre como é quando você está visitando o seu filho na UTIN?
2. Como você foi recebido na sua primeira visita ao seu filho na UTIN? Qual foi o profissional responsável pela sua recepção? Na sua opinião, o que poderia ter sido feito além disso?
3. Quais as informações que são repassadas pela enfermeira a você durante a sua permanência na UTIN? Quando você tem dúvidas, você consegue esclarecê-las? Você as considera suficientes e claras? O que poderia melhorar?
4. Você realizou algum tipo de cuidado ao seu filho aqui na UTIN?
5. Como você avalia o ambiente, a estrutura da UTIN? O que você consideraria importante mudar para um atendimento mais humanizado?
6. Durante a internação de seu filho como você vê o cuidado prestado na UTIN?
7. Como você avalia o cuidado de enfermagem ao seu filho?
8. Quais as características mais importantes do cuidado de enfermagem para você?
9. Você gostaria de acrescentar algo, suas impressões sobre a experiência de hospitalização do seu filho?

APÊNDICE D**ROTEIRO DE ENTREVISTA – ENFERMEIROS****1 - DADOS REFERENTES AOS ENFERMEIROS DATA:** ____/____/____**Endereço:** _____**Fone:(.....)** _____ **Cidade:** _____**Idade:** _____**Estado civil:** () solteiro (a) () casado (a) () consensual () divorciado (a)

() Outro:.....

Religião: _____**Tempo de formação:** _____**Tempo que trabalha na UTIN:** _____**Possui especialização, se sim, qual a área:** _____**Pergunta norteadora:** Como é realizado o acolhimento de enfermagem à família no contexto da atenção em UTIN?**Complementares:**

1. Fale-me sobre a primeira visita da família ao RN.
2. Como ocorrem as demais visitas da família ao filho aqui?
3. De que forma são repassadas à família as informações pertinentes ao seu filho?
4. Qual a participação dos pais no cuidado ao recém-nascido? Existem estratégias que favorecem a inserção da família no processo de cuidado?
5. O que você mudaria na organização, rotina ou estrutura física para favorecer o cuidado humanizado?
6. Como é o preparo da família para a alta do recém-nascido?
7. Qual o seu papel nas situações de perda e luto?
8. Qual o foco do cuidado na unidade neonatal que você atua?
9. Você gostaria de acrescentar algo, suas impressões sobre a experiência como enfermeiro (a) na UTIN?

APÊNDICE E
PROTOLO-PILOTO DE ACOLHIMENTO

<u>PROTOCOLO-PILOTO</u>	
P1	DATA 07/2014 até 08/2014
PROCESSO: PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO UTIN	
ATIVIDADE: ADOÇÃO DA FAMÍLIA	
EXECUTANTE: Enfermeiro	
RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade) <ul style="list-style-type: none"> • Atribuir profissionais de referência para os pais no ambiente da UTIN, com vistas a facilitar o processo de comunicação e troca de informações. 	
EXECUÇÃO DA ATIVIDADE <ul style="list-style-type: none"> • explicar a finalidade e dinâmica da referência aos familiares; • as referências serão organizadas em duplas (enfermeiro do dia par e enfermeiro da noite par/ enfermeiro do dia ímpar e enfermeiro da noite ímpar); • cada dupla fica responsável por “adotar” uma família desde a sua entrada até alta hospitalar do RN; • esta se responsabilizará: <ul style="list-style-type: none"> ✓ pela inserção dos pais nos cuidados ao RN; ✓ pelas orientações sobre amamentação e ✓ pelo preparo da alta. 	
CUIDADOS ESPECIAIS <ul style="list-style-type: none"> • Não obstante à designação dos enfermeiros de referência para cada família, todos os membros da equipe devem ser envolvidos no processo assistencial de cada binômio, garantindo-se o caráter continuado de acompanhamento das famílias em seu processo de preparo. 	

<u>PROTOCOLO-PILOTO</u>	
P2	DATA 07/2014 até 08/2014
PROCESSO: PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO UTIN	
ATIVIDADE: PRIMEIRA VISITA DOS PAIS	
EXECUTANTE: Enfermeiro (UTIN e maternidade); psicóloga	
RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade) <ul style="list-style-type: none"> • Preparar e orientar as famílias de forma individualizada/personalizada com relação às rotinas da UTIN, com vistas a facilitar o processo de adaptação ao setor e reduzir os impactos da presença familiar no setor, bem como da hospitalização sobre o binômio criança/família. 	
EXECUÇÃO DA ATIVIDADE: <ul style="list-style-type: none"> • por ocasião da internação do RN na UTIN, e após sua estabilização, o enfermeiro da UTIN deverá entrar em contato com o psicólogo ou enfermeiro da maternidade para a preparação conjunta da família; • após terem sido previamente preparados, os pais serão recebidos em horário a ser marcado pelo enfermeiro da UTIN, fora do horário de visitas, para um processo de orientação e acolhimento individualizado; • ao serem recepcionados, os pais receberão orientações quanto à higiene das mãos; paramentação; aparelhos de suporte ao RN; procedimentos necessários; necessidade da internação; rotinas da UTIN e esclarecimento de dúvidas. 	
CUIDADOS ESPECIAIS <ul style="list-style-type: none"> • a psicóloga estará disponível nos dias de semana e a enf^a da maternidade à noite e finais de semana. 	

<u>PROCOLO-PILOTO</u>	
P3	DATA 07/2014 até 08/2014
PROCESSO: PROCOLO DE ACOLHIMENTO UTIN	
ATIVIDADE: VISITA DIÁRIA DOS PAIS	
EXECUTANTE: Enfermeiro (UTIN); técnico de enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade) <ul style="list-style-type: none"> • Aproveitamento do horário de visita para sanar dúvidas, receber informações e permanecer com o filho facilitando o processo de enfrentamento da hospitalização 	
EXECUÇÃO DA ATIVIDADE <ul style="list-style-type: none"> • o enfermeiro da UTIN passará as informações relacionadas à: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>padrão de sono/repouso</i>: como o RN passou a noite; ✓ <i>evolução do padrão respiratório</i>: se está no respirador, capacete ou CPAP; se aumentou ou diminuiu a necessidade de oxigênio; ✓ <i>nutrição</i>: em relação à dieta, orientar sobre a aceitação/eventual necessidade de jejum/necessidade do uso de sonda; informações sobre ganho ponderal; ✓ <i>eliminações</i>: sobre padrões de eliminação, necessidade de trocas e cuidados com a higiene perianal; ✓ <i>tratamento</i>: orientações sobre a realização de exames diagnósticos e outros procedimentos; esclarecimentos em relação ao quadro clínico da criança com encaminhamento para informação pela equipe médica se necessário; • um técnico de enfermagem ficará responsável semanalmente pelo horário de visita, com a responsabilidade de: repor materiais de paramentação dos pais; supervisionar a execução da lavagem das mãos e controlar horário de entrada e saída para garantia da permanência de 30 min. 	
CUIDADOS ESPECIAIS <ul style="list-style-type: none"> • Manter comunicação efetiva junto às demais equipes para garantir a congruência de condutas e informações. 	

<u>PROTOCOLO-PILOTO</u>	
P4	DATA 07/2014 até 08/2014
PROCESSO: PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO UTIN	
ATIVIDADE: INCLUSÃO DOS PAIS NOS CUIDADOS AO RN	
EXECUTANTE: Enfermeiro (UTIN);	
RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade)	
<ul style="list-style-type: none"> • Realização dos cuidados ao RN pelos pais (família) 	
EXECUÇÃO DA ATIVIDADE	
<ul style="list-style-type: none"> • estimular a participação dos pais nos cuidados com o RN; • explicar os procedimentos aos pais, utilizando linguagem acessível e demonstrações; • permitir que os pais: <ul style="list-style-type: none"> ✓ realizem troca de fraldas sob supervisão e orientação do enfermeiro da UTIN; ✓ façam a higiene do coto umbilical; ✓ ofereçam a “chuquinha”/“copinho” para amamentação ao RN sob supervisão e orientação do enfermeiro da UTIN; ✓ verifiquem a temperatura corporal do RN; ✓ acompanhem a avaliação física da criança, esclarecendo dúvidas ou encaminhando para orientações específicas com outros membros da equipe de saúde; • quando RN estiver sob cuidados no médio risco, permitir que os pais realizem o banho ao RN sob supervisão e orientação do enfermeiro da UTIN; • quanto à amamentação: <ul style="list-style-type: none"> ✓ a enfermeira da UTIN encaminhará a mãe para orientação da enfermeira da maternidade quanto à ordenha na sala de amamentação; ✓ quando a mãe estiver realizando a ordenha, a enfermeira da UTIN irá observar e corrigir eventuais erros de procedimento; ✓ quando o RN for liberado para amamentação direto no seio materno, a enfermeira da UTIN encaminhará para orientação com a fisioterapeuta do setor. 	
CUIDADOS ESPECIAIS	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as condições clínicas do RN para inserir os pais nos cuidados 	

<u>PROTOCOLO-PILOTO</u>	
P5	DATA 07/2014 até 08/2014
PROCESSO: PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO UTIN	
ATIVIDADE: PREPARO PARA ALTA	
EXECUTANTE: Enfermeiro (UTIN);	
RESULTADOS ESPERADOS (objetivos da atividade) <ul style="list-style-type: none"> • Preparar os pais para a alta, com referenciamento para continuidade dos cuidados na UBS 	
EXECUÇÃO DA ATIVIDADE <ul style="list-style-type: none"> • estimular a participação dos pais nos cuidados ao RN desde o início do internamento; • orientar os pais sobre os cuidados a serem realizados no domicílio, conforme roteiro em anexo; • entregar carta-alta para ser entregue à equipe da UBS por ocasião da consulta de puericultura previamente agendada; • a alta hospitalar só poderá ser liberada após a família ter sido orientada pelo enfermeiro. 	
CUIDADOS ESPECIAIS <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar as condições clínicas do RN para inserir os pais nos cuidados 	
REFERÊNCIA: VERONEZ, Marly. Protocolo de alta em neonatologia: importância da ação educativa no contexto do cuidado ao bebê pré-termo. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2012.	

Roteiro de orientação

(Baseado no roteiro do protocolo de alta de Londrina/Dissertação de Marly Veronez)

Nome da Mãe:

Cuidados realizados

- ✓ lavar as mãos antes de cuidar do bebê e alimentá-lo;
- ✓ realização de banho (preparo do banho e ambiente);
- ✓ trocas de fraldas;
- ✓ higiene de coto umbilical;
- ✓ higiene oral;
- ✓ ordenha e oferta pelo copo ou translactação;
- ✓ administração de medicamentos via oral;
- ✓ verificar temperatura corporal do bebê – manipulação do termômetro.

Orientações sobre o cuidado com o bebê

- ✓ orientações gerais sobre aleitamento materno;
- ✓ evitar ambientes com aglomerados de pessoas;
- ✓ evitar exposição à fumaça de cigarro;cuidados com as roupas do bebê;
- ✓ proporcionar banho de sol;
- ✓ evitar lenços umedecidos e produtos cosméticos em geral;

- ✓ colocar o bebê em decúbito dorsal elevado e evitar decúbito ventral;
- ✓ colocar o bebê para dormir em berço próprio, com ninho e cabeceira elevada a 30°;
- ✓ cuidados com preparo do leite em pó e com higiene da mamadeira. (se necessário);
- ✓ colocar o RN para eructar, após a mamada, esperando por pelo menos 15 min antes de colocá-lo no berço;
- ✓ orientações sobre o sono do bebê
- ✓ realizar puericultura na UBS e acompanhamento ambulatorial;
- ✓ vacinas;
- ✓ prevenção de acidentes. Manobras de desengasgo;
- ✓ sinais de alerta: cianose; palidez; dificuldade respiratória; recusa alimentar, hipoatividade; hipo ou hipertermia; tremores ou convulsões; choro fraco ou gemência; vômitos frequentes; surgimento ou piora da icterícia; sinais de desidratação e choro inconsolável.

Rotinas

- ✓ teste do pezinho;
- ✓ teste da orelhinha;
- ✓ teste do olhinho;
- ✓ imunização

Orientações complementares: _____

APÊNDICE F

FICHA DE AVALIAÇÃO: Protocolo de acolhimento - UTIN

Nome:
Data:/...../2014

P1 - ADOÇÃO DA FAMÍLIA										
EFICÁCIA										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
APLICABILIDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NÍVEL DE DIFICULDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE A PONTUAÇÃO FOR ABAIXO DE 5, JUSTIFIQUE SUA ESCOLHA PARA CADA ÍTEM.										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
O QUE DEVERIA/PODERIA MUDAR:										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										

P2 - PRIMEIRA VISITA DOS PAIS										
EFICÁCIA										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
APLICABILIDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NÍVEL DE DIFICULDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE A PONTUAÇÃO FOR ABAIXO DE 5, JUSTIFIQUE SUA ESCOLHA PARA CADA ÍTEM.										
.....										
.....										
.....										
.....										
O QUE DEVERIA/PODERIA MUDAR:										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										

P3 - VISITA DIÁRIA DOS PAIS										
EFICÁCIA										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
APLICABILIDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NÍVEL DE DIFICULDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE A PONTUAÇÃO FOR ABAIXO DE 5, JUSTIFIQUE SUA ESCOLHA PARA CADA ÍTEM.										
.....										
.....										
.....										
.....										
O QUE DEVERIA/PODERIA MUDAR:										
.....										
.....										
.....										
.....										

P4 - INCLUSÃO DOS PAIS NOS CUIDADOS AO RN										
EFICÁCIA										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
APLICABILIDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NÍVEL DE DIFICULDADE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SE A PONTUAÇÃO FOR ABAIXO DE 5, JUSTIFIQUE SUA ESCOLHA PARA CADA ÍTEM.										
.....										
.....										
.....										
.....										
O QUE DEVERIA/PODERIA MUDAR:										
.....										
.....										
.....										
.....										

ANEXOS

ANEXO A
ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – UEM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA ACADÊMICA

Guarapuava, 13 de janeiro de 2014.

Ao Hospital São Vicente de Paulo
Guarapuava/PR

Prezado Sr. Wladimir Giordani

Vimos, pelo presente, solicitar que nos seja autorizado o desenvolvimento da pesquisa de dissertação: **“Acolhimento como Ferramenta para o cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”**, a ser desenvolvido pela mestrandia, do 2º ano do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, durante os meses de março, abril e maio de 2014, sob a orientação da Profª Drª Ieda Harumi Higarashi. Com relação à pesquisa, informamos que temos o objetivo geral de compreender o papel do acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização no contexto do processo de cuidado de enfermagem em UTIN.

Lembramos que a pesquisa está pautada na Resolução 466/12, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos e que passará por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, para sua execução, para tanto precisamos da sua autorização. Segue em anexo o pré-projeto da pesquisa.

Contando com sua colaboração.

Atenciosamente,

Larissa Gramazio Soares

Pesquisadora

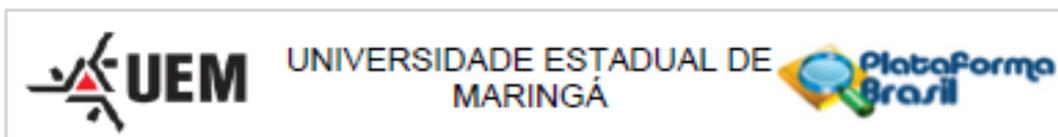
HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Wladimir Giordani

Administrador

Administrador da Instituição

ANEXO B

PARECER DO COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS (COPEP) DA UEM

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOLHIMENTO COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: Ieda Harumi Higarashi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27862914.0.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 623.589

Data da Relatoria: 10/03/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo com o objetivo de "Compreender o papel do acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização no contexto do processo de cuidado de enfermagem em UTIN." Para o presente estudo, o desenho que será utilizado é o antes e depois, o qual baseia-se na comparação de um evento pré e pós intervenção e considera-se a premissa de que haverá mudança significativa na rotina de acolhimento realizado pelos enfermeiros para a família dos RNs hospitalizados na UTIN, decorrente da própria intervenção. A pesquisa será realizada na UTIN de um hospital situado no município de Guarapuava, Estado do Paraná. Os sujeitos da pesquisa serão pais de RN internados na UTIN no período estipulado para a implementação do estudo de campo, e os enfermeiros atuantes no setor.

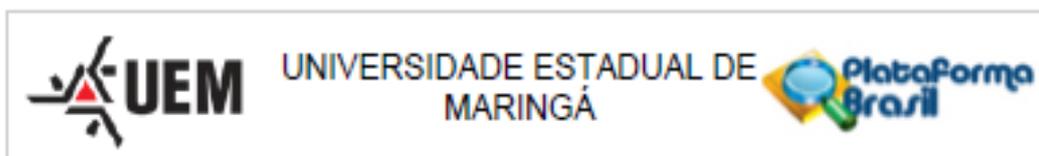
Objetivo da Pesquisa:

Compreender o papel do acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização no contexto do processo de cuidado de enfermagem em UTIN.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão submetidos os sujeitos da pesquisa serão suportados pelos benefícios apontados.

Endereço: Av. Colombo, 5700, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copec@uem.br



Continuação do Parecer: 623.593

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada no Hospital São Vicente de Paulo-Guarapuava-PR. Será realizada entrevistas com os enfermeiros, posterior criação de grupos para realização de praticas educativas, entrevista com os familiares de RN e nova entrevista com os enfermeiros. Serão sujeitos da pesquisa 4 enfermeiros e 26 familiares de RN.

Possui financiamento próprio no valor de R\$208,00.

Início das entrevistas: 01/04/2014

Apresenta dois roteiros de entrevistas: enfermeiros e familiares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto devidamente preenchida e assinada. Apresenta anuência do Hospital São Vicente de Paulo-Guarapuava-PR, para realização da pesquisa em suas dependências. Apresenta dois TCLES (enfermeiros e familiares) redigidos de forma clara e de acordo com as normas vigentes.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

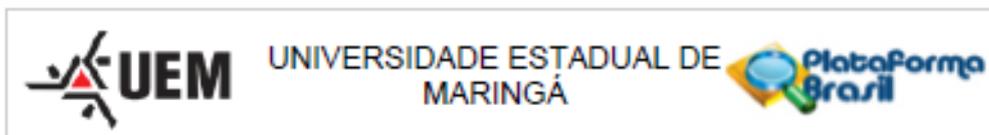
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Processo: 623.589

MARINGÁ, 23 de Abril de 2014

Assinador por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copec@uem.br