




Atitudes de enfermeiros em relação às famílias em unidades neonatais*

Nurses' attitudes towards families in neonatal units

Actitudes de los enfermeros hacia las familias en las unidades neonatales

Como citar este artigo:

Boyamian TMDL, Mandetta MA, Balieiro MMFG. Nurses' attitudes towards families in neonatal units. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03684. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019037903684>

 Thaís Morengue Di Lello Boyamian¹

 Myriam Aparecida Mandetta²

 Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro²

* Extraído da dissertação "Atitudes dos enfermeiros em relação às famílias de recém-nascidos hospitalizados em unidades neonatais da rede municipal de saúde de São Paulo", Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, 2019.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Pediátrica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze nurses' attitudes towards families of newborns hospitalized in neonatal units. **Method:** This is a survey carried out in ten municipal hospitals in São Paulo. Two questionnaires were applied, one from the sociodemographic profile and the other from the characterization of neonatal units, and the *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros* scale. Parametric tests ANOVA, Pearson's correlation and Tukey's multiple comparison were applied. **Results:** The sample consisted of 145 nurses. Most participants had a mean age of 43.7 (\pm 9.4) years, were female, nursing assistants, have graduated for more than five years and worked at the unit for less than five years. The total score showed a good attitude towards families (77.7), with statistical significance for an 8-hour working day ($p=0.004$); supervisor position ($p=0.027$); participation in short-term courses ($p=0.029$); written protocols on family care ($p=0.031$). **Conclusion:** Although nurses perceive themselves with positive attitudes towards families, it is necessary to invest in training and changes in structure and organizational processes aimed at including families in neonatal units.

DESCRIPTORS

Neonatal Nursing; Infant, Premature; Family; Professional-Family Relations; Intensive Care Units, Neonatal.

Autor correspondente:

Thaís Morengue Di Lello Boyamian
Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino
CEP 04024-002 – São Paulo, SP, Brasil
thamorengue@hotmail.com

Recebido: 18/12/2019
Aprovado: 22/08/2020

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança constitui um período de transição e transformação para a família, principalmente quando requer a internação na unidade neonatal e a família é desafiada a lidar com as dúvidas e as incertezas quanto ao futuro⁽¹⁾.

A internação do recém-nascido (RN) é uma experiência que pode gerar conflitos no papel de pais e sentimentos de vulnerabilidade, caracterizados pelo sofrimento, tristeza, medo, preocupação, frustração, angústia e insegurança⁽¹⁻²⁾. Nesse momento, a família depende de profissionais que tenham paciência, comunicação efetiva e disponibilidade para ajudar e transmitir segurança⁽³⁻⁴⁾.

Neste sentido, o Modelo de Cuidado Centrado no Paciente e Família (MCCPF) tem sido recomendado como uma das melhores práticas para a inclusão da família na unidade neonatal⁽⁵⁻⁶⁾. No entanto, essa abordagem ainda não é amplamente adotada pelos serviços de saúde, resultando em uma lacuna entre o real e o ideal. Torna-se imprescindível a aplicação de modelos assistenciais que considerem as demandas e os direitos dos RN e de suas famílias⁽⁷⁾.

O MCCPF consiste em uma abordagem de planejamento, execução e avaliação do cuidado, gerando benefícios para ambas as partes, reconhecendo a família como elemento do cuidado e parceira nas ações, assim como nas tomadas de decisões, por meio do compartilhamento de informações, respeito, dignidade, negociações, participação, colaboração e mudança de atitude do profissional no atendimento aos pacientes e familiares^(5,8-9).

Para que esse modelo de cuidado seja implantado, é necessário que os enfermeiros tenham atitudes facilitadoras da participação da família nos cuidados dos seus membros hospitalizados, considerando-a como parceira e não agente fiscalizadora⁽¹⁰⁾.

A qualidade da assistência e a segurança do RN internado na unidade neonatal podem estar relacionadas ao ambiente de trabalho e aos recursos de enfermagem, que dependem tanto do número adequado de profissionais e capacitação quanto das relações interpessoais, condutas, engajamento e atitudes dos enfermeiros em relação às famílias⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Enfermeiros que têm atitudes positivas com as famílias podem transmitir maior confiança, segurança, colaborando no desenvolvimento de parceria e melhoria no processo de cuidar⁽²⁾.

A pesquisa se justifica pelo fato de que embora na literatura^(2,15) se discuta sobre a importância das famílias no cuidado do RN hospitalizado em unidades neonatais, há estudos⁽⁶⁻⁷⁾ que evidenciam limitações para sua participação nas tomadas de decisões e nos cuidados, e outros que reforçam a atitude dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado como decisiva para a prática desse modelo assistencial⁽¹⁰⁻¹²⁾. No entanto, esse construto tem sido pouco explorado nos estudos, em especial a atitude dos enfermeiros, considerando que são os profissionais de saúde mais próximos da família, e suas condutas, engajamento e atitudes podem contribuir para fazer a diferença na experiência de hospitalização vivenciada pela família nesse contexto.

Assim, o objetivo do estudo foi analisar as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias de RN hospitalizados em unidades neonatais.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo *survey*, realizado em unidades neonatais de dez hospitais da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo.

POPULAÇÃO

A população foi composta por todos os enfermeiros atuantes nas unidades neonatais dos hospitais participantes da pesquisa, totalizando 169.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

O cálculo amostral foi feito com base em uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, associado ao índice de resposta de 84,7%, obtido em um estudo anterior sobre atitudes de enfermeiros em relação às famílias no Brasil⁽¹⁶⁾. Assim, a amostra mínima definida foi de 92 enfermeiros.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser enfermeiro assistencial fixo ou de cobertura e supervisor de enfermagem das unidades neonatais da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo. Os critérios de exclusão foram: ser enfermeiros em férias ou afastados no período da coleta de dados por qualquer motivo.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetuada no período de 20 de dezembro de 2017 a 10 de julho de 2018. Foram utilizados dois questionários, um para a obtenção de informações sobre as características das unidades neonatais, respondido pelos enfermeiros supervisores, e outro relativo às características sociodemográficas dos enfermeiros. Para a mensuração das atitudes dos enfermeiros, utilizou-se a escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE), que passou por equivalência semântica no Brasil⁽¹⁶⁾ a partir da versão adaptada culturalmente e validada em Portugal da escala *Families' Importance in Nursing Care–Nurses' Attitudes* (FINC-NA)⁽¹⁷⁾, com o objetivo de mensurar a atitude dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem.

A utilização da escala IFCE-AE foi autorizada por escrito pelas autoras brasileiras que fizeram a equivalência semântica para o português do Brasil.

A escala IFCE-AE apresenta três dimensões definidas como: “Família: parceiro dialogante e recurso de *coping* ”, composta por 12 questões e escore variando entre 12 a 48; “Família: recurso nos cuidados de enfermagem”, composta por 10 questões e escore variando entre 10 a 40; “Família: fardo”, composta por quatro questões e escore variando entre 4 e 16⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Cada questão contém quatro opções de respostas em uma escala tipo Likert, que varia entre discordo completamente

(1), discordo (2), concordo (3) e concordo completamente (4). O escore total da escala varia de 26 a 104⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Os instrumentos de coleta de dados foram disponibilizados aos participantes digitalmente por meio do programa *Red Cap*[®], cujo *link* era encaminhado por e-mail ou *WhatsApp*[®] para que pudessem responder no momento mais oportuno. Em alguns casos, os instrumentos foram entregues impressos, e as respostas, digitadas pela pesquisadora no *Red Cap*[®].

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A interpretação da pontuação obtida na escala IFCE-AE considera que quanto maior o escore total, mais atitudes de suporte são apresentadas pelos enfermeiros às famílias. Para esse cálculo, recomenda-se inverter as respostas da dimensão 3⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Na análise de cada dimensão separadamente, a dimensão 3 não foi invertida, pois, quanto maior o escore nas duas primeiras dimensões da escala e menor escore na última dimensão, maior é a atitude de suporte dos enfermeiros em relação às famílias⁽¹⁶⁾.

A análise das atitudes dos enfermeiros foi calculada por meio de quartis (representados por “q”). Nas dimensões 1 (Família: parceiro dialogante e recurso de *coping*), 2 (Família: recurso nos cuidados de enfermagem) e na escala total, foram considerados os escores abaixo do primeiro quartil como atitudes de baixo suporte em relação às famílias. Entre o primeiro e o terceiro quartil, a atitude foi considerada boa, e acima do terceiro quartil, excelente^(16,18).

Na dimensão 3 (Família: fardo), a interpretação foi feita considerando escores abaixo do primeiro quartil como excelentes, entre o primeiro e o terceiro quartil, boa e acima do terceiro quartil, atitudes de baixo suporte em relação às famílias.

As análises descritiva e inferencial foram realizadas utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS), versão 20, Minitab[®] 16 e Excel Office[®] 2016. Utilizaram-se testes paramétricos, pois se concluiu, por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov* (KS), que havia normalidade entre as variáveis. O teste ANOVA foi utilizado para comparar os escores da escala com as variáveis qualitativas; a Correlação de Pearson, para medir a correlação da escala IFCE-AE, com as variáveis quantitativas ou qualitativas ordinais; a Comparação Múltipla de *Tukey* (post-hoc), para comparar todos os níveis com os pares referentes às variáveis de jornada de trabalho e existência de rotinas e protocolos por escrito com descrição de cuidados à família. O *alpha* de Cronbach foi adotado para verificar a consistência interna da escala.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob Pareceres n. 2.263.987, de 07 de setembro de 2017 e n. 2.632.320, de 03 de maio de 2018. Respeitou a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa com seres humanos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi utilizado de forma *on line*, armazenado no *Red Cap*[®] e enviado por e-mail aos participantes, garantindo sua participação voluntária, sigilo, anonimato, e possibilidade de desistência

do estudo a qualquer momento. Aos participantes que responderam às questões do instrumento impresso, o termo de consentimento foi assinado em duas vias, ficando uma das vias com a pesquisadora.

Cada hospital foi identificado por uma letra do alfabeto (A-J), sendo que essas letras não tiveram relação com nomes dos hospitais ou sequência de coleta de dados.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 145 enfermeiros, representando 85,8% da população do estudo. A maioria, 139 (96,0%), era do sexo feminino, 130 (89,6%) com cargo assistencial e a média de idade de 43,7 anos ($\pm 9,4$). Quanto ao tempo de formação profissional e atuação na área de neonatologia, 126 (86,9%) participantes tinham mais de cinco anos e 81 (55,8%) atuavam havia menos de cinco anos, respectivamente. Em relação ao grau de qualificação dos enfermeiros, 119 (82,1%) eram especialistas em diferentes áreas. Considerando a amostra total, 66 (45,5%) enfermeiros possuíam especialização na área pediátrica e/ou neonatal.

Ao analisar o perfil dos 12 (8,2% da amostra total) enfermeiros supervisores separadamente, foi evidenciada uma média de idade de 46,6 anos ($\pm 9,3$); 11 (91,6%) eram do sexo feminino; 10 (83,3%) tinham mais de 15 anos de formação como enfermeiro e mais de cinco anos de experiência na neonatologia. Dentre esses enfermeiros, 10 (83,3%) eram especialistas, sendo seis (50% do total de supervisores) na área pediátrica e/ou neonatal.

A administração dos hospitais participantes apresentou diferença em relação aos tipos: autarquia municipal de saúde, administração direta da Secretaria Municipal de Saúde e organização social de saúde. Houve, ainda, variação no número de leitos das unidades neonatais de 10 a 60. Quanto aos processos assistenciais, 70% das unidades apresentaram rotinas e protocolos por escrito, sendo 20% com descrição de cuidados à família. As unidades neonatais não dispunham de programa de preparo dos pais para alta hospitalar, sendo as orientações fornecidas verbalmente em 80% dos hospitais. A capacitação dos colaboradores quanto à temática do MCCPF não foi identificada em nenhum hospital.

A permanência do pai e da mãe juntos com o RN, durante 24 horas do dia, ocorria em 50% das unidades neonatais e, nas demais, havia necessidade de revezamento entre eles. Quanto à participação dos pais nos cuidados, 70% das unidades permitiam a realização de cuidados de higiene e alimentação sob a supervisão da enfermagem, assim como presenciar a execução de procedimentos de baixa complexidade pela equipe de saúde. No entanto, em 20% das unidades, a presença dos pais era permitida durante procedimentos de alta complexidade. Já em relação à reanimação cardiopulmonar (RCP), somente uma unidade (10%) relatou a permanência dos pais (se desejado por eles) pelo vidro externo.

A política de visitação é autorizada para os avós e para os irmãos, de maneira restrita. Outros membros da família ampliada ou de relações da família não são contemplados. No entanto, é possível ocorrer negociação em algumas unidades.

Com relação ao apoio social aos pais, foi verificado que 40% tinham serviço de capelania e todas as unidades

permitted religious visits; 40% offered group meetings for parents, but only with the presence of the nurse supervisor; 30% had a volunteer service.

The majority of hospitals (70%) provided space for the comfort of families, inside or outside the neonatal unit. However, of these, 40% were exclusively for mothers. Within the units, the type of accommodation was frequently simple, insufficient for the number of beds. Only one hospital had a reclining chair next to each bed for the mother and the father.

The IFCE-AE scale presented good internal consistency, with an alpha of Cronbach of 0,87.

The analysis of nurses' attitudes (Table 1), showed that the mean score of the IFCE-AE scale was 77,7, demonstrating a good attitude towards families. In dimension 1 (Family: partner dialogant and coping resource), the mean was 35,3; in dimension 2 (Family: coping resource for the patient), the mean was 30,9; in dimension 3 (Family: burden), the mean was 8,5, evidencing attitudes of support.

Tabela 1 – Média do escore total e de cada dimensão da escala IFCE-AE – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Escores da escala IFCE-AE	Média	Desvio padrão	q*1	q*3	Mín	Máx
Dimensão 1 - "Família: parceiro dialogante e recurso de coping"	35,3	5,7	32	39	15	48
Dimensão 2 - "Família: recurso nos cuidados de enfermagem"	30,9	4,6	28	34	20	40
Dimensão 3 - "Família: fardo"	8,5	2	7	10	4	13
Escore total ^a	77,7	10,8	70	86	45	104

Nota: *q – Quartil; ** – Para esse cálculo, a pontuação das questões da dimensão 3 - Família: fardo foi analisada invertida. n= 145.

Although neonatal units had different characteristics regarding structure and assistance processes, the association of the mean scores of attitudes in each dimension and the total score by hospital, did not show a statistically significant difference.

Nurse supervisors presented higher positive attitudes towards families in dimensions 1 (Family: partner dialogant and coping resource) (p= 0,031), 2 (Family: coping resource for the patient) (p= 0,037) and the total score (p= 0,030). However, in dimension 3 (Family: burden) (p= 0,484), there was no statistically significant difference.

The highest positive attitude scores were evidenced in dimensions 1 and 2 in relation to nurses with an eight-hour daily work shift, corresponding to nurse supervisors.

The association of characteristics of neonatal units with the scale, showed a statistically significant difference in dimension 1 (Family: partner dialogant and coping resource) (p= 0,031) regarding the existence of protocols and routines of assistance with description of the patient's family.

When associating the IFCE-AE scale scores with the type of training provided by nurses, during data collection, it was verified that those who had short-term courses presented higher positive scores in dimension 1 (p= 0,020) and in the total score (p= 0,029). It is highlighted that short-term courses were not exclusively of neonatology.

Regarding nurses' responses to the IFCE-AE scale, in dimension 1, the most frequent response was agreement, especially for questions 14 (Inviting family members to talk after the patient's care), 16 (Asking families how I can help them) and 25 (I see myself as a resource for families, so that they can deal with the situation as best as possible).

In contrast to this dimension, in question 24 (Inviting family members to give their opinion on the patient's care), the most frequent response was disagreement.

In dimension 2, the majority of nurses responded "I completely agree" and "I agree" for questions 1 (It is important to know who are the family members of the patient), 3 (A good relationship with the family members gives me satisfaction at work), 5 (The presence of family members is important for me as a nurse), 21 (I gain many valuable experiences from families, which I can use in my work) and 22 (It is important to dedicate time to families). However, they responded "I disagree" for question 10 (The presence of family members relieves my work load).

In dimension 3, there was a prevalence of disagreement responses for questions 2 (The presence of family members makes it difficult for me to work), 8 (I don't have time to care for families) and 26 (The presence of family members makes me stressed). In the same dimension, in question 23 (The presence of family members makes me feel supported), the most frequent response was agreement.

DISCUSSÃO

The results indicated that nurses perceived good attitudes towards families of hospitalized neonatal units. The general mean score of attitudes varied from 75 to 86, similar to previous studies conducted in Europe⁽¹⁹⁻²⁰⁾ and in Brazil^(16,21).

However, the analysis of responses to the IFCE-AE scale showed that nurses perceived themselves as evaluated by families, disagreeing with the need to invite family members to participate in the care of the child and believing that the presence of family increases their work load. Despite these responses being negative attitudes of approximation with the family, this did not influence the general score, identified as a good attitude.

This finding deserves to be deepened, as recommended by the authors of a study⁽²⁰⁾ conducted in Portugal with hospital nurses and who used the IFCE-AE, is

preciso aliar outros métodos de coleta de dados sobre esse constructo para favorecer a compreensão do cotidiano da prática profissional, considerando a existência de dicotomia entre o pensar e o agir do enfermeiro.

Apesar das atitudes positivas dos enfermeiros expressas pela escala IFCE-AE, os autores de um estudo realizado em um hospital universitário suíço⁽²²⁾ observaram que, durante as sessões de grupo focal, houve relatos de desafios para o cotidiano do trabalho com as famílias na unidade neonatal. Esses desafios, limitadores ou facilitadores, estão relacionados à cultura, política organizacional, estrutura, processos assistenciais das unidades, número adequado de profissionais e nível de capacitação dos mesmos. Identificaram que quanto maiores os desafios limitadores, mais frequentes são os atritos e menores as ações em prol da família.

No presente estudo, os resultados demonstram que as características de estrutura e os processos assistenciais dos hospitais participantes são restritivos à presença e participação da família, sendo um fator que pode interferir na adoção do MCCPF. A realidade observada nas unidades neonatais, como local de descanso exclusivo para as mães em quatro hospitais e acomodação dentro das unidades em cadeiras, não condiz com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual preconiza que “estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, devem proporcionar condições para que um dos pais ou o responsável fique no hospital em tempo integral, nos casos de internação de criança ou adolescente”⁽²³⁾. As condições estruturais apresentadas nos hospitais participantes dificultam a permanência dos pais nas unidades.

O Ministério da Saúde (MS) no Brasil, por meio da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS e da Atenção Humanizada ao RN de baixo peso – Método Canguru, visa à melhoria da assistência com a participação da família nos contextos de cuidado à saúde⁽²⁴⁻²⁵⁾. No presente estudo, essa participação da família prevista no programa é prejudicada com as rotinas institucionais que restringem a visita da família ampliada, não permitindo que os pais permaneçam juntos dentro das unidades neonatais no acompanhamento do filho.

Além disso, a participação dos pais nos cuidados do RN e a presença em procedimentos de baixa e alta complexidade são restritivas, o que pode interferir na construção do vínculo e no processo de aprendizado dos pais no cuidado com o filho. Ainda assim, é preciso considerar não somente a presença da família, mas uma relação de parceria com a inclusão nos cuidados, negociações e tomadas de decisões⁽²⁶⁾; portanto, essas ações devem ser incorporadas à prática.

Os enfermeiros supervisores apresentaram maiores escores de atitudes positivas em relação às famílias, diferindo da maioria dos enfermeiros assistenciais. Acredita-se que a experiência, a maturidade profissional do supervisor e sua formação profissional podem auxiliar na compreensão da importância das famílias nos cuidados dos RN hospitalizados. Um estudo⁽²⁷⁾ realizado no Japão sobre a competência gerencial do enfermeiro supervisor apontou que a aprendizagem construída com a experiência do trabalho contribui para a

aquisição de mais competências gerenciais pelo supervisor. Tais competências estão relacionadas à capacidade de liderança, ao alcance de metas, à comunicação e educação, que poderiam favorecer o contato com as famílias e colaborar para os melhores escores de atitudes⁽²⁷⁻²⁸⁾.

No presente estudo, a maioria dos enfermeiros das unidades não eram especialistas na área pediátrica e/ou neonatal, e isso é um fato que deve ser discutido, revisto e analisado pelas instituições, visto que a *expertise* profissional e a certificação na especialidade de atuação contribuem para melhores resultados e diminuição de complicações para o paciente, com impacto para a família e a sociedade⁽²⁹⁾.

As capacitações realizadas pelos enfermeiros foram relacionadas à humanização no cuidado, Método Canguru e Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Porém, não contemplavam os elementos centrais para uma prática com família, conforme preconizado pelo MCCPF. Acredita-se que o desconhecimento sobre como cuidar com a família pode interferir nas atitudes dos enfermeiros, coincidindo com os resultados de um estudo sueco⁽¹⁸⁾ com a aplicação da escala na versão original (FINC-NA), em que o enfermeiro com menor escore de atitudes de suporte às famílias era aquele que não havia participado de nenhum tipo de programa educacional com abordagem sobre família.

Evidenciou-se, no presente estudo, que a existência de rotinas assistenciais por escrito, com descrição de cuidados à família, apresentou associação significativa com as atitudes dos enfermeiros, indicando a influência positiva da cultura organizacional, traduzida em rotinas e protocolos institucionais sobre as atitudes desses profissionais.

Um estudo⁽³⁰⁾ realizado com pais de RN internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Paraná apontou que a existência de protocolo escrito de acolhimento aos pais na instituição reflete diretamente em resultados positivos, aumentando a qualidade da assistência prestada. Entretanto, é preciso investigar mais amplamente esse aspecto, pois talvez as atitudes dos enfermeiros no presente estudo tenham sido positivas nos hospitais em que as rotinas e protocolos por escrito já estão estabelecidas e não por acreditarem nos benefícios de um trabalho em parceria com a família.

Protocolos podem ser importantes para direcionar o cuidado, mas a flexibilização se faz necessária ao pensar que cada paciente e sua família devem ser tratados conforme as necessidades individuais. Assim, mais importantes do que protocolos são a conscientização e a mudança de atitude do enfermeiro, ao compreender a importância da família no processo de cuidar do paciente.

Os resultados revelados nesta pesquisa demonstram fragilidades de estrutura e de processo nas unidades pesquisadas, assim como a necessidade de um programa de educação para os enfermeiros sobre a assistência com as famílias. A partir desse conhecimento, pode-se elaborar programas de atenção às famílias, protocolos e rotinas assistenciais que contemplem os pressupostos do MMCPF, além de capacitação profissional, visando sempre à melhoria dos processos assistenciais aos RN e suas famílias.

Considerou-se como limitação do estudo o fato de identificar a percepção de enfermeiros sobre suas atitudes em

relação à família no contexto neonatal, aspecto que pode ser ampliado em outras investigações para explicitar o agir do profissional em sua prática cotidiana com a família.

CONCLUSÃO

O estudo identificou que a percepção dos enfermeiros foi de boa atitude em relação às famílias, com significância estatística para jornada de trabalho de 8 horas, cargo de supervisor, participação em cursos de curta duração e existência de protocolos escritos sobre cuidados à família. No entanto, os enfermeiros demonstraram que se percebem avaliados pela família, consideram que sua carga de trabalho aumenta

com a presença da família e discordam da importância de convidá-la para o planejamento dos cuidados.

A mudança de atitude, comportamento e percepção do profissional sobre o envolvimento da família nos cuidados do RN pode ser o primeiro passo para a adoção do MCCPF como referencial para conduzir as ações dos profissionais. A capacitação dos enfermeiros assistenciais de unidades neonatais sobre esse modelo de cuidado é necessária e poderá melhorar os relacionamentos, além de proporcionar oportunidades de crescimento e empoderamento da família para um cuidado seguro do RN após a alta hospitalar.

RESUMO

Objetivo: Analisar as atitudes dos enfermeiros em relação às famílias de recém-nascidos hospitalizados em unidades neonatais. **Método:** *Survey* realizado em dez hospitais municipais de São Paulo. Aplicaram-se dois questionários, um do perfil sociodemográfico e outro da caracterização das unidades neonatais, e a escala Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros. Os testes paramétricos ANOVA, a Correlação de Pearson e a Comparação múltipla de *Tukey* foram aplicados. **Resultados:** A amostra foi composta por 145 enfermeiros. A maioria dos participantes tinha média de idade de 43,7 ($\pm 9,4$) anos, do sexo feminino, em função assistencial, com tempo de formado há mais de cinco anos e de atuação na unidade há menos de cinco anos. O escore total indicou boa atitude em relação às famílias (77,7), com significância estatística para jornada de trabalho de 8 horas ($p=0,004$), cargo de supervisor ($p=0,027$), participação em cursos de curta duração ($p=0,029$); e protocolos escritos sobre cuidados à família ($p=0,031$). **Conclusão:** Apesar de os enfermeiros perceberem-se com atitudes positivas em relação às famílias, deve-se investir em capacitação e em mudanças na estrutura e nos processos organizacionais, visando à inclusão da família nas unidades neonatais.

DESCRITORES

Enfermagem Neonatal; Recém-Nascido Prematuro; Família; Relações Profissional-Família; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las actitudes de los enfermeros hacia las familias de los recién nacidos hospitalizados en unidades neonatales. **Método:** Una *survey* realizada en diez hospitales municipales de São Paulo. Se aplicaron dos cuestionarios, uno del perfil sociodemográfico y otro de la caracterización de unidades neonatales, y la escala *Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros*. Se aplicaron pruebas paramétricas ANOVA, correlación de Pearson y comparación múltiple de *Tukey*. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 145 enfermeros. La mayoría de los participantes tenía una edad promedio de 43,7 ($\pm 9,4$) años, mujeres, en asistencia, con tiempo desde la graduación por más de cinco años y trabajando en la unidad por menos de cinco años. La puntuación total indicó buena actitud hacia las familias (77,7), con significancia estadística para jornada laboral de 8 horas ($p=0,004$), puesto de supervisor ($p=0,027$), participación en cursos cortos ($p=0,029$); y protocolos escritos sobre cuidados familiares ($p=0,031$). **Conclusión:** Si bien los enfermeros se perciben con actitudes positivas hacia las familias, se debe invertir en capacitación y cambios en la estructura y procesos organizativos, con el objetivo de incluir a la familia en las unidades neonatales.

DESCRIPTORES

Enfermería Neonatal; Recién Nacido Prematuro; Familia; Relaciones Profesional-Familia; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

REFERÊNCIAS

- Almeida CR, Morais AC, Lima KDF, Silva ACOC. Cotidiano de mães acompanhantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Enferm UFPE. [Internet]. 2018 [citado 2019 fev. 10];1(7):1949-56. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/>
- Gomes GC, Xavier DM, Pintanel AC, Farias DHR, Lunardi VL, Aquino DR. Meanings attributed by family members in pediatrics regarding their interactions with nursing professionals. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(6):953-9. doi: 10.1590/S0080-623420150000600011
- Balbino FS, Meschini GFG, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. Rev Enferm UFSM. 2016;6(1):84-92. doi: 10.5902/2179769216340
- Cabeça LPF, Sousa FGM. Dimensions qualifying for communication of difficult news in neonatal intensive care unit. Rev Online de Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2017 [cited 2017 Apr 27];9(1):37-50. Available from: seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4153
- Skene C, Gerrish K, Price F, Pilling E, Bayliss P. Developing family-centred care in a Neonatal Intensive Care Unit: an action research study protocol. J Adv Nurs. 2015;72(3):658-68. doi: 10.1111/jan.12863
- Craig JW, Glick C, Philips R, Hall SL, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. J Perinatol. 2015;35 Suppl 1:S5-8. doi: 10.1038/jp.2015.142
- Hernández NL, Rubio Grillo MH, Lovera A. Strategies for neonatal developmental care and family-centered neonatal care. Invest Educ Enferm. 2016;34(1):104-12. doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a12
- Johnson BH. Promoting patient-and family-centered care through personal stories. Acad Med. 2016;91(31):297-300. doi: 10.1097/ACM.0000000000001086
- Institute for Patient and Family Centered-Care. Transforming health care through partnerships [Internet]. Bethesda; 2016 [cited 2016 July 01] Available from: www.ipfcc.org/

10. Corrêa AR, Andrade AC, Manzo BF, Couto DL, Duarte ED. The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):629-34.
11. Montes Bueno MT, Quiroga A, Rodríguez S, Sola A. Acceso de las familias a las unidades de internación de Neonatología en Iberoamérica: una realidad a mejorar. *An Pediatría (Barc)*. 2016;85(2):95-101. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.07.030
12. Sloane DM, Smith HL, McHugh MD, Aiken LH. Effect of changes in hospital nursing resources on improvements in patient safety and quality of care a panel study. *Med Care*. 2018;56(12):1001-8. doi: 10.1097/MLR.0000000000001002
13. Aiken LH, Sloane MD, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*. 2018;8:e019189. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019189
14. Carthon JMB, Hatfield L, Plover C, Dierkes A, Davis L, Hedgeland T, et al. Association of nurse engagement and nurse staffing on patient safety. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(1):40-6. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000334
15. Raiskila S, Lehtonen L, Silnes Tandberg B, Normann E, Ewald U, Caballero S, et al. Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care in 11 European NICUs. *Austr Crit Care*. 2016;29(4):201-9. doi: 10.1016/j.aucc.2016.09.003
16. Ângelo M, Cruz AC, Mekitarian FFP, Santos CCS, Martinho MJCM, Martins MMFPS. Nurses' attitudes regarding the importance of families in pediatric nursing care. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(spe n.):75-81. doi: 10.1590/S0080-623420140000600011
17. Oliveira PCM, Fernandes HIV, Vilar AISP, Figueiredo MHJS, Ferreira MMSRS, Martinho MJCM, et al. Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1331-7. doi: 10.1590/S0080-62342011000600008.
18. Benzein E, Johansson P, Arestedt KF, Saverman BI. Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *J Fam Nurs*. 2008;14(2):162-80. doi: 10.1177/1074840708317058
19. Fernandes CSNN, Nóbrega MPSS, Angelo M, Torre MI, Chaves SCS. Importância das famílias nos cuidados à pessoa com transtorno mental: atitudes de enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 2018;22(4):e20180205. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0205>
20. Fernandes CS, Gomes JAP, Martins MM, Gomes BP, Gonçalves LHT. A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Rev Enf Ref*. 2015; serie IV(7):21-30. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>
21. Ribeiro JSST, Sousa FGM, Santos GFL. Atitudes de enfermeiros nos cuidados com famílias no contexto do parto e puerpério imediato. *Rev Online Pesq Fundam*. 2018;10(3):784-92.
22. Naef R, Kläusler-Troxler M, Ernst J, Huber S, Dinten-Schmid B, Karen T, et al. Translating family systems care into neonatology practice: a mixed method study of practitioners' attitudes, practice skills and implementation experience. *Int J Nurs Stud*. 2019;102:103448. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103448
23. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2017 abr. 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
24. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília; 2013
25. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Método Canguru: manual técnico [Internet] Brasília; 2011 [citado 2018 dez. 04] Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf
26. Uniacke S, Browne TK, Shields L. How should we understand family-centred care? *J Child Health Care*. 2018;22(3):460-9. doi: 10.1177/1367493517753083
27. Kuraoka Y. The relationship between experiential learning and nursing management competency. *J Nurs Adm*. 2019;49 (2):99-104. doi: 10.1097/NNA.0000000000000717
28. Muller LA, Lima SBS, Eberhardt TD, Fonseca GGP, Rabelo SK, Fonseca DF. Percepção de enfermeiros sobre o processo de gestão em um hospital universitário. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [citado 2019 abr. 15];11 Supl.12:5321-7. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231332>
29. Hickey PA, Gauvreau K, Porter C, Connor JA. The impact of critical care nursing certification on pediatric patient outcomes. *Pediatr Crit Care Med*. 2018;19(8):718-24. doi: 10.1097/PCC.0000000000001609
30. Soares LG, Soares LG, Decesaro MN, Higarasho IH. Perception of families on reception in the neonatal context during an intervention process. *Rev Online Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 27];11(1):147-53. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6577>

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bolsa de Mestrado.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.