



Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal

Family centered care and practice in the neonatal intensive care unit

Bruna Caroline Rodrigues¹, Roberta Tognollo Borotta Uema¹, Gabrieli Patrício Rissi¹, Larissa Carolina Segantini Felipin¹, Ieda Harumi Higarashi¹

Objetivo: compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. **Métodos:** pesquisa qualitativa, baseada nos pressupostos do Cuidado Centrado na Família com 19 profissionais de enfermagem. Os dados foram analisados seguindo técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** emergiram duas categorias: Comunicação efetiva como alicerce do vínculo equipe e família; Interferências no processo de cuidado na unidade de terapia intensiva neonatal. **Conclusão:** é notória a percepção dos profissionais quanto ao acolhimento da família, realização de estratégias para facilitar a permanência dos pais na unidade e a criação de vínculo equipe e família, porém os contextos sociais das famílias, bem como a inexperiência, os sentimentos de medo com o novo membro familiar fragilizado e a dificuldade de comunicação efetiva entre equipe e família são aspectos que interferem na prática do cuidado centrado na família.

Descritores: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Família; Equipe de Enfermagem; Criança; Recém-Nascido Prematuro.

Objective: to understand the nursing team's perception regarding family centered care and its practice in the neonatal intensive care unit. **Methods:** qualitative research, based on the assumptions of Family Centered Care with 19 nursing professionals. Data were analyzed using a content analysis technique. **Results:** two categories emerged: effective communication as the foundation of the team and family bond; interferences in the care process in the neonatal intensive care unit. **Conclusion:** the perception of the professionals about the reception of the family, realization of strategies to facilitate the permanence of the parents in the unit and the creation of a team and family bond, notwithstanding the social contexts of the families, as well as the inexperience, the feelings of fear with the fragile new family member and the difficulty of effective communication between the team and the family are aspects that interfere in the practice of family centered care.

Descriptors: Intensive Care Units, Neonatal; Family; Nursing, Team; Child; Infant, Premature.

¹Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil.

Autor correspondente: Bruna Caroline Rodrigues

Rua Pioneira Norvina Maria Gonçalves, 60, Jardim Império do Sol. CEP: 87083-530. Maringá, PR, Brasil. E-mail: bruninhaamd@hotmail.com

Introdução

Muito se tem discutido sobre mudança de paradigma, com enfoque no paciente e sua família, visando à qualidade de vida e à humanização do atendimento em saúde, e não centrada no fenômeno da doença. Uma abordagem já utilizada em alguns países é o cuidado centrado na família, que pode ser caracterizado como uma filosofia destinada à união entre os cuidados prestados, dando voz ao paciente e à sua família⁽¹⁾.

Esse modelo de atenção à saúde apresenta alguns pressupostos que devem ser seguidos em sua aplicação: dignidade e respeito (os profissionais de saúde respeitam as escolhas, valores e crenças do paciente e da família); informação compartilhada (os profissionais comunicam e dividem as informações de maneira completa e imparcial com os pacientes e a família); participação (pacientes e famílias são encorajados e apoiados a participar da tomada de decisão); e colaboração (pacientes e famílias são incluídos e entendidos como base de apoio da instituição, auxiliando no desenvolvimento de políticas e programas, na educação profissional e na prestação do cuidado)⁽²⁾.

A família, reconhecida por sua extrema importância durante a internação, deve ser vista como um elemento-chave dentro do cuidado⁽³⁾. A implementação de estratégias com foco na programação da alta hospitalar e também na humanização do atendimento é possível através da inclusão do familiar no cuidado ao paciente enfermo⁽⁴⁾.

Os efeitos benéficos da prática do cuidado centrado na família no contexto neonatal, área em que a abordagem vem ganhando força, estão diretamente relacionados à redução do estresse parental e ao aumento da autoconfiança no trabalho, diminuição do tempo de internação do bebê e de reinternações, maior adesão ao método canguru, fortalecimento do vínculo entre recém nascido e família e aumento nas taxas de aleitamento materno⁽⁵⁻⁶⁾.

Embora apresente diversas vantagens para a equipe de saúde e, principalmente, para o paciente e sua família, o cuidado centrado na família ainda é

pouco conhecido e aplicado em nosso país. O desconhecimento acerca do tema pela equipe influencia na prática assistencial ao bebê e sua família. Estudo realizado com médicos e enfermeiros brasileiros concluiu que os profissionais apresentam dificuldade na implementação dessa abordagem devido ao espaço físico inadequado, despreparo acerca do tema, ausência de programas de educação permanente que abordem a temática, além do próprio perfil sociocultural da população. O cuidado centrado na família ainda é muito incipiente, não aparece em vários momentos que envolvem os diversos níveis de atenção à saúde e muito menos é discutido na formação profissional⁽⁷⁾.

A equipe de saúde atuante em unidade de terapia intensiva neonatal demonstra maior atenção ao cuidado centrado na família^(1-2,5). Diante disso, surge a seguinte indagação: qual o real entendimento dos membros da equipe de enfermagem, que atuam de forma direta com o paciente e sua família, sobre o cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva neonatal?

Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada nos pressupostos do cuidado centrado na família. A pesquisa foi realizada com a equipe de enfermagem, incluindo sete enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem que atuam em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino situado na região noroeste do Paraná, Brasil.

Com relação ao local, trata-se de um Hospital Universitário situado no noroeste do estado do Paraná que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde. A unidade de terapia intensiva neonatal foi inaugurada há 20 anos e tem como foco o tratamento de bebês de até 28 dias de vida, prematuros ou não. Fazem parte desse cenário 10 leitos neonatais, sendo

quatro de cuidados intermediários e seis leitos de cuidados intensivos.

Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos e experiência mínima de seis meses na área. Os critérios de exclusão abarcaram os participantes que estavam de férias ou atestado durante o período de coleta de dados.

A equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva neonatal conta com 27 colaboradores, sendo 15 técnicas de enfermagem e 12 enfermeiras. Desse número, dois se recusaram a participar, três estavam de férias e três de licença, totalizando 19 participantes representando todos os turnos de trabalho.

Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro e maio de 2018. Os profissionais foram abordados durante o turno de trabalho e as entrevistas realizadas na própria unidade, em local reservado para tal atividade. O roteiro para entrevista semiestruturada, elaborado pelas próprias pesquisadoras, foi composto por uma breve caracterização sociodemográfica (sexo, idade, formação e tempo de atuação na área), seguida da questão disparadora: fale-me a sua percepção sobre cuidado centrado na família. Além disso, utilizou-se diário de campo para maior captação de detalhes contextuais e expressões não verbais dos sujeitos. As entrevistas tiveram duração de 25 a 60 minutos (média de 36 minutos).

Para fixar rigor metodológico, as entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, realizada a transcrição das falas pela pesquisadora correspondente; em seguida, a análise e a interpretação dos dados foram pautadas na reflexividade, em que as suposições prévias foram reconhecidas e deixadas em suspensão, configurando a análise de conteúdo⁽⁸⁾, a qual contempla as seguintes etapas: 1) Pré-análise dos dados: fase de organização dos dados brutos e sistematização de ideias por meio de leituras flutuantes; 2) Exploração do material e formação de categoriais: classificação dos dados por diferenciação e reagrupamento segundo critério semântico para obtenção das categorias temáticas; 3) Tratamento das categorias

obtidas e interpretação: seleção das categorias significativas juntamente com as inferências.

Para manter o anonimato, os fragmentos de relato de cada sujeito entrevistado apareceram codificados pela letra A, representando a primeira letra do alfabeto, seguida de um algarismo numérico para simular a ordem de participação.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob parecer nº 2.092.136/2017 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 66242617.4.0000.0104. Todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram contempladas, bem como a assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 19 sujeitos abordados, todos eram do sexo feminino, sendo sete enfermeiras e 12 técnicas de enfermagem. A idade variou de 30 a 55 anos, com média de 42 anos. O tempo de atuação na unidade variou de dois até 23 anos, sendo que sete colaboradores atuavam na unidade há mais de vinte anos.

Quanto a cursos de especialização, 11 já haviam realizado pós-graduação *latu sensu* na área da neonatologia e apenas uma possuía pós-graduação *stricto sensu*, em nível de mestrado em enfermagem.

Os resultados foram decodificados minuciosamente e exaustivamente, gerando duas categorias temáticas: Comunicação efetiva como alicerce do vínculo equipe e família; Interferências no processo de cuidado na unidade de terapia intensiva neonatal.

Comunicação efetiva como alicerce do vínculo equipe e família

Em primeira instância foi possível identificar que a equipe abordada não compreende diretamente o que seria o cuidado centrado na família, suas vertentes e formas de aplicação. Identificou-se que o

acolhimento familiar na chegada do recém-nascido à unidade pode ser caracterizado como parte do referido referencial, entretanto não podemos dizer que o cuidado centrado na família se aplica como um todo, tampouco os profissionais têm entendimento do quanto profundo é a sua aplicação.

Não houve diferença na percepção das duas classes profissionais abordadas (enfermeiros e técnicos de enfermagem), por esse motivo os dados foram explicitados em conjunto. Entretanto, vale ressaltar que a maioria dos profissionais, mesmo sendo registrados no serviço público como técnicos de enfermagem, possuía nível superior em enfermagem ou outras áreas. Tal fato pode justificar a ausência de diferenças de opinião entre os grupos.

Segundo os profissionais, o acolhimento inicia na admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva, onde a família é abordada para orientações gerais da unidade e rotinas institucionais, bem como troca de informações com a família. *Na verdade eu acho que o cuidado a família envolve o acolhimento, principalmente, porque a família tem que estar informada, não só o cuidado assistencial, mas informações de condutas médicas do filho, então acho que isso é primordial até para o tratamento evoluir, para família também se sentir segura com o cuidado prestado (A1).*

A equipe de saúde percebe com clareza a importância do vínculo entre profissional e família, bem como a presença desta na unidade de terapia intensiva neonatal. Porém, falhas na comunicação da equipe e dificuldades de entendimento da família sobre o que está acontecendo com o paciente interferem na qualidade do vínculo formado. *O que a gente vê é que não depende de grau de instrução para a compreensão das nossas informações e do cuidado, e sim, o quanto presentes eles estão conosco para aprender juntos (A13). Alguns casos a família tem uma comunicação mais fácil. Mas tem casos que a família tem algum problema social e demora a ter esse entrosamento. Tem casos também que depende da maturidade da mãe em entender o que está se passando (A10).*

O desejo pela inserção dos pais no cuidado prestado ao recém-nascido com o objetivo de que essa família vá para casa conseguindo cuidar do bebê com maior facilidade foi observado em diversas falas. *Temos*

o método canguru que é muito importante para o vínculo, o incentivo da ordenha é um cuidado que a gente preza... preparar a família para essa nova vida que vai estar com eles 24 horas por dia (A4). O nosso objetivo é que a criança saia bem e que tenha contato com o colo, com o cheiro do pai e da mãe o mais cedo possível, desde que a saúde da criança permita, e para isso acontecer os pais devem falar o que sentem e suas dúvidas (A7).

Citada inúmeras vezes durante as entrevistas, a mãe tem papel fundamental na inserção do cuidado centrado na família, porém ressalta-se que o pai foi mencionado por vários trabalhadores, encorajando a participação desse membro da família. *Tem os pais também, eu tento dar atenção aos homens que vêm, porque eu percebo que a participação deles aqui dentro (da Unidade de Terapia Intensiva) está cada vez maior, eles querem participar (A14). A gente está acostumada a focar sempre na mãe, mas os pais se interessam também, não podemos esquecer deles (A2). Esses dias, um pai veio aqui e pediu pra pegar o bebê. Quase nunca vemos isso, mas tem pai que gosta (A5).*

Foi possível identificar que não existe uma rotina ativa de educação permanente, na qual o cuidado centrado na família poderia ser incluído, assim como a relação de corresponsabilidade e coparticipação nos cuidados prestados ao bebê.

Interferências no processo de cuidado dentro da unidade de terapia intensiva neonatal

Alguns problemas sociais, como distância geográfica, acessibilidade e composição familiar, foram relatados como elementos dificultadores para a inserção do cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva neonatal. Muitas vezes a família reside em outro município e não consegue ir à unidade todos os dias ou não pode permanecer por maior tempo. Algumas mães têm outros filhos e não possuem suporte familiar adequado para se dedicar exclusivamente ao recém-nascido, além de não ter condições financeiras de transporte até a unidade. Infelizmente, o serviço não consegue abarcar todas as necessidades familiares em conjunto com o serviço social e a psicologia hospitalar devido à grande demanda. *Consideramos que*

a família não é só uma visita, mas são parte da equipe. Os pais têm direito de ficar com a criança, às vezes não conseguem permanecer no hospital por motivos alheios à vontade deles, outras crianças, distância (A13).

Uma estratégia observada e anotada em diário de campo foi o aproveitamento do tempo dos pais na unidade, ou seja, a equipe agrupa cuidados e orientações, de forma que o máximo de informações seja compartilhado entre equipe e família.

A existência de outros filhos na família foi citada enfaticamente como fator de dificuldade para a permanência dos pais na instituição. *Às vezes fazemos um trabalho com os irmãozinhos, acompanhado pela psicologia. Isso ajuda a família, porque os irmãos não entendem porque essa criança não voltou para casa e porque os pais também ficam tão ausentes (A15). Na unidade de terapia intensiva neonatal absorvemos essa parte (do cuidado), a mãe não pode ficar porque tem mais filhos, ou a gente tem que dar um jeito de colocar elas aqui no quartinho de apoio, para ficar mais tempo com a criança (A16).*

Os discursos denotam a disponibilidade da equipe para auxiliar a família, apoiando a permanência dessas crianças em quartos de apoio, enquanto os pais ficam mais tempo com o paciente. Ademais, a presença de psicólogos como membros da equipe multidisciplinar, abordando os irmãos no sentido de clarificar questões relacionadas à saúde do bebê e tranquilizando-os, foi outra estratégia destacada pelos entrevistados. A família é percebida como um elemento indissociável do contexto assistencial e, como tal, deve ser tratada como prioridade nesse momento conturbado da vida. *Na unidade, a gente tenta centralizar a atenção à mãe e ao pai, tentar trazer eles para aquela realidade que estão vivendo: um filho nascendo fora do tempo, não é aquilo que eles sonhavam que seria o bebê perfeito. A nossa prioridade é o bebê, mas os pais vêm junto, não tem jeito de separar (A5).*

Observou-se que a unidade de saúde oferece estratégias para facilitar o processo de garantia de um sistema de cuidado em saúde acessível, de acordo com a necessidade da família, como o suporte à permanência dos outros filhos em salas de apoio, enquanto os pais ficam mais tempo com o recém-nascido e amparo psicológico na abordagem aos filhos menores.

Os profissionais citaram o medo dos pais em permanecer e cuidar de um bebê em unidade de terapia intensiva neonatal como fator dificultador para a inserção do cuidado centrado na família. Isso ocorre em função do neonato apresentar características muito peculiares, acrescidas do fato dos pais não contarem com o nascimento de uma criança fragilizada. *De certa forma, a gente toma cuidado com essa questão de estar inserindo a família junto, mas na unidade de terapia intensiva neonatal eles têm muito medo de ficar aqui, então não ficam mesmo, só depois que a criança melhora (A16).*

Embora exista o temor dos pais em cuidar da criança prematura, o fato de não permanecerem o tempo todo com o filho na unidade de terapia intensiva neonatal torna-se condição limitante à realização de pequenos cuidados e procedimentos. *Os pais geralmente não participam dos procedimentos. Eles têm medo de tocar, de fazer os procedimentos, então quando vamos fazer qualquer coisa com a criança eles saem, não gostam de ficar (A9).*

A condição clínica da criança foi descrita como aspecto do qual depende a liberação do acompanhamento parental na internação em unidade de terapia intensiva neonatal. *A família é estimulada a fazer alguns cuidados pra aumentar o vínculo afetivo, começar fazer o toque e tudo mais. Mas é estimulado a partir do momento que a criança não está em uma fase crítica (A5). Quando o neném está muito grave, a mãezinha fica ali e pode colocar a mão, não dá para ficar fazendo muita coisa, mas conforme o neném vai melhorando, a gente ensina a fazer higiene oral, trocar fralda (A6).*

Já com relação aos profissionais, um fator limitante do fomento do cuidado centrado na família é que alguns trabalhadores não reconhecem essa filosofia na rotina da unidade, ao contrário, inferem que os pressupostos estão longe de serem alcançados, já que não há discussões sobre esse modelo de cuidado. *Não estamos acostumados com essa linha de pensamento, a gente faz e eles (pais) aguardam. Por isso que eu te perguntei o que era isso: centrado na família. A gente não discute muito (A17). Deveríamos fazer mais, saber realmente o que a mãe está precisando, qual é a maior dificuldade. Deixamos um pouquinho de lado (a família), a nossa pre-ocupação está com o paciente em si. Estamos falhando, tem que se preocupar mais e realizar esse trabalho (A12).*

Discussão

Este estudo apresenta limitação por se tratar de uma única unidade de terapia intensiva neonatal e os sujeitos restringem-se à equipe de enfermagem, lembrando que a equipe multidisciplinar é essencial para realização do cuidado centrado na família. A constatação da equipe de que a comunicação pode ser mais efetiva entre equipe e família, bem como a importância da presença do pai e as estratégias utilizadas pelo serviço para facilitar a presença da família na instituição, é configurada como contribuições/implicações para a prática clínica no ambiente hospitalar.

Os trabalhadores apresentaram dificuldade de explanação dos acontecimentos aos familiares com menor capacidade de assimilação, motivada pela baixa condição sociocultural ou inexperiência no exercício do papel materno/paterno. O discernimento dos familiares e a dificuldade na formação do vínculo com os profissionais prejudicam o processo de inserção dessa família no cuidado com o bebê, ocasionando afastamento entre as partes.

Os pais referem, em estudo realizado em uma unidade neonatal de um hospital universitário de São Paulo, que as informações passadas pela equipe de saúde não são claras⁽⁹⁾. O compartilhamento contínuo de informação imparcial e completa sobre o cuidado do filho fica, assim, prejudicado quando existe esse bloqueio de comunicação entre família e equipe. Ademais, estudos apontam que o uso de termos técnicos causa lacunas de entendimento entre pais de neonatos⁽¹⁰⁻¹¹⁾; fato que, somado aos anteriores, influencia negativamente o cuidado centrado na família.

Uma alternativa para contornar tais problemas de comunicação seria resgatar, no processo de capacitação dos profissionais, a ênfase sobre as formas de abordagem à família com objeção do saber, orientando-os a utilizar palavras de fácil compreensão. De maneira complementar, incentivar a participação rotineira das famílias em grupos de apoio para esclarecimentos de dúvidas constitui-se outro ponto substancial^(9,11-12).

A transformação dessa realidade assistencial

e do ambiente hospitalar torna-se, desse modo, premente, pois a boa comunicação é base estrutural para a implementação do cuidado centrado na família. Dialogar de maneira clara e concisa objetivando a construção do vínculo e a confiança no contexto neonatal é primordial para o sucesso da comunicabilidade⁽¹¹⁾.

Depreendeu-se que a equipe aprecia a inserção da família no cuidado. O objetivo dessa intervenção é facilitar a rotina domiciliar das famílias, bem como o desempenho correto na realização de cuidados básicos com o filho após a alta. Em se tratando da alta hospitalar, a implementação de um processo educativo individualizado na unidade neonatal que abarque o ritmo individual de aprendizagem de cada familiar é ponto-chave para o sucesso almejado⁽¹³⁾.

Apesar de exercitarem a comunicação com os familiares, nota-se que o cuidado ainda é feito de forma segregada, uma vez que a equipe atua e a família, em muitas situações, acaba sendo expectadora. A equipe de saúde deste estudo demonstrou que a participação da família nos cuidados é componente indispensável, porém condicionado ao nível de gravidade do recém-nascido. Relatam que a inserção da família na assistência é realizada somente após a estabilização do quadro de saúde do bebê, justificando ainda que os próprios cuidadores preferem não se envolver nesse cenário mais crítico devido ao medo e insegurança.

Não obstante, no cenário nacional e também internacional, estudos apontam que os familiares preferem permanecer junto ao ente querido na emergência, ainda que considerem tratar-se de momento doloroso⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Os benefícios emergidos foram o fato de estar ao lado da criança, oferecendo apoio e segurança, além de acompanhar o que está sendo realizado durante o atendimento, amenizando o sofrimento por ver que o possível está sendo feito⁽¹⁴⁾.

Oferecer à mãe a possibilidade de segurar seu bebê no colo na primeira semana de vida, independentemente deste encontrar-se em ventilação mecânica ou não, fortalece o vínculo mãe-bebê e estimula nessa mulher o sentimento de autonomia para cuidar do seu filho. O impedimento na desenvoltura de ações relacionadas ao papel materno, como amamentar, tro-

car fraldas, dar o banho, abraçar e beijar o filho, ocasiona sentimentos de perda de função na mãe, impactando negativamente no relacionamento mãe-bebê⁽¹⁶⁾.

Além disso, estudo destaca os benefícios experimentados pela família quando esta se faz presente em cenários da emergência, ressaltando, no entanto, a importância de capacitação da equipe para lidar com a situação, caso contrário consequências negativas podem surgir⁽¹⁷⁾.

Ainda sobre essa questão, um achado interessante foi o fato dos profissionais atribuírem grande importância à inclusão dos pais (homens) no cuidado. Cabe aos profissionais estimularem igualmente ambos os genitores no cuidado com seus filhos, uma vez que estudos apontam que o sexo masculino tende a apresentar ansiosos maiores perante a gravidade do quadro clínico do bebê, levando ao distanciamento do filho e do contexto hospitalar⁽¹⁸⁾.

Introduzir o familiar na assistência mesmo que a criança esteja em condição clínica grave; reuniões semanais entre família e equipe de saúde; método Canguru e incentivo da educação permanente para capacitações são estratégias para tornar o cuidado ao recém-nascido e sua família mais seguro e humanizado^(6,19).

Apesar das dificuldades elencadas, nota-se um esforço dos colaboradores para propiciar um ambiente favorável à construção de vínculo, seja entre família e bebê, seja entre família e unidade/equipe. Além disso, é possível perceber a autocrítica dos profissionais, ao sustentarem a percepção de que poderiam “fazer mais”, no que diz respeito à atenção voltada ao recém-nascido e sua família. Esse achado do estudo se mostra relevante, na medida em que abre possibilidades para a reflexão da própria equipe sobre a assistência prestada.

Apesar dos benefícios do cuidado centrado na família, algumas limitações ainda fazem parte desse processo, como restrições de recursos humanos e falta de clareza na execução do cuidado centrado na família, bem como níveis reduzidos de experiência sobre a temática, sobrecarga de trabalho e restrições de recursos físicos e ambientais⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Novos estudos que correlacionem esses pres-

supostos na prática da assistência à saúde fazem-se relevantes com o objetivo de traçar a realidade das unidades de saúde que atendem bebês prematuros, assim como adotar estratégias que implementem/reforcem a utilização dessa filosofia.

Conclusão

Embora seja notória a implementação de alguns princípios do modelo do cuidado centrado na família na prática assistencial da unidade de saúde desta pesquisa (acolhimento, estratégias para facilitar a permanência dos pais na unidade, criação de vínculo equipe e família), outro achado não menos importante foi o não reconhecimento acerca da utilização dessa abordagem pelos profissionais entrevistados, ao destacarem que essa forma de cuidar não é discutida entre eles e ao referirem desconhecer o alicerce do modelo.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Hospital Universitário pela disponibilidade ofertada, assim como aos profissionais participantes e às famílias dos recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal, que contribuíram para a realização deste estudo.

Colaborações

Rodrigues BC, Uema RTB, Rissi GP e Felipin LCS colaboraram na elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Higarashi IH contribuiu na elaboração do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016; 24:e2753. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0710.2753>

2. Felipin LCS, Merino MFGL, Baena JA, Oliveira RBSR, Borghesan NBA, Higarashi IH. Family-centered care in neonatal and pediatric intensive care unit: nurse's vision. *Ciênc Cuid Saúde*. 2018; 17(2):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41001>
3. Leite CCP, Souza SNDH, Rossetto EG, Pegoraro LGO, Jacinto VCB. The baby's diary to the premature infant's mother: supporting family-centered care. *Rev Enferm UERJ*. 2016; 24(1):e8664. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.8664>
4. Estevão AR, Teodoro FC, Pinto MNR, Freire MHS, Mazza VA. The family in nursing care for children: an integrative review. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(4):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.46551>
5. Sampaio AA, Zonta JB, Ferreira FY, Okido ACC. Family-centered care in a pediatric intensive care unit: professionals' perceptions. *Rev Rene*. 2017; 18(4):515-20. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400013>
6. Sousa FCP, Montenegro LC, Goveia VR, Corrêa AR, Rocha PK, Manzo BF. Family participation in patient safety in neonatal units from the nursing perspective. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(3):e1180016. doi: dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001180016
7. Barreto MS, Arruda GO, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Family centered care in emergency departments: perception of brazilian nurses and doctors. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(2):e20170042. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170042>
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Balbino FS, Yamanaka CI, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Parent's support group as a transforming experience for families at a neonatal unit. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(2):297-302. doi: dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150040
10. Silva T, Alves LB, Balieiro MM, Mandetta MA, Tanner A, Shields L. Cross-cultural adaptation of an instrument to measure the family-centered care. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(2):107-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500019>
11. Subutzki LS, Lomba ML, Backes DS. The death of neonates: the multi-professional team's perceptions of the problem in the light of its complexity. *Av Enferm*. 2018; 36(1):69-78. doi: dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.65229
12. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children. *Rev Paul Pediatr*. 2014; 32(1):107-13. doi: dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000100017
13. Veronez M, Higarashi IH. A protocol for hospital discharge of premature babies: input to building a proposal. *Rev Enferm UERJ*. 2016; 24(3):e7505. doi: dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.7505
14. Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Silva JH, Carvalho JS, Zamberlan KC. Family perception about their presence or not in a pediatric emergency situation. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(3):e0230015. doi: dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000230015
15. Hakio N, Rantanen A, Astedt-Kurki P, Suominen T. Parents' experiences of family functioning, health and social support provided by nurses – a pilot study in pediatric intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2015; 31(1):29-37. doi: dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2014.08.001
16. Kegler JJ, Neves ETA, Silva AM, Jantsch LB, Bertoldo CS, Silva JH. Stress in parents of newborns in a Neonatal Intensive Care Unit. *Esc Anna Nery* 2019; 23(1):e20180178. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178>
17. Silva JH, Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Portela JL, Jantsch LB. Family's presence during pediatric emergency care: perceptions of healthcare team members. *Rev Baiana Enferm*. 2017; 31(3):e17427. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17427>
18. Marski BSL, Custodio N, Abreu FCP, Melo DF, Wernet M. Hospital discharge of premature newborns: the father's experience. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(2):221-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690203i>
19. Lloyd B, Elkins M, Innes L. Barriers and enablers of patient and family centred care in an Australian acute care hospital: Perspectives of health managers. *Patient Exp J* [Internet]. 2018 [cited 13 Feb, 2019]; 5(3):55-64. Available from: <https://px-journal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1270&context=journal>
20. Foster M, Whitehead L. Family centred care in the pediatric high dependency unit: parent's and staff's perceptions. *Contemp Nurse*. 2017; 53(4):489-502. doi: dx.doi.org/10.1080/10376178.2017.1410067