



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

KARINA BRAGA VEIGA

INTERAÇÃO PAI-MÃE-FILHO: PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS EM UTI NEONATAL

SALVADOR

2022

KARINA BRAGA VEIGA

INTERAÇÃO PAI-MÃE-FILHO: PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS EM UTI NEONATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ridalva Dias Félix Martins

Coorientadora: Prof^a Dr^a Maria Carolina Ortiz Whitaker

SALVADOR

2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

V426 Veiga, Karina Braga

Interação pai-mãe-filho: práticas de enfermeiras em UTI neonatal/
Karina Braga Veiga. – Salvador, 2022.
93 f.: il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ridalva Dias Félix Martins; Coorientadora:
Prof^ª. Dr^ª. Maria Carolina Ortiz Whitaker.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,
2022.

Inclui referências.

1. Relação pai-mãe-filho. 2. Prematuridade. 3. Assistência de
enfermagem. 4. Unidade de terapia intensiva neonatal. I. Martins, Ridalva
Dias Félix. II. Whitaker, Maria Carolina Ortiz. III. Universidade Federal
da Bahia. IV. Título.

CDU 616-083

KARINA BRAGA VEIGA

INTERAÇÃO PAI-MÃE-FILHO: PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS EM UTI NEONATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 02 de outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

1. **Ridalva Dias Félix Martins**  _____

Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa - Fiocruz

2. **Lucas Amaral Martins**  _____

Doutor em Enfermagem – UFBA.

3. **Cláudia Nery Teixeira Palombo**  _____

Doutora em Enfermagem – USP.

4. **Josielson Costa da Silva**  _____

Doutor em Enfermagem - UFBA.

DEDICATÓRIA

À **DEUS**, minha força e refúgio, por me permitir mais essa conquista, ofereço o meu melhor! Minha **MÃE**, minha base e exemplo de determinação e força, por sempre ao meu lado estar e não me deixar desistir. Meu **ESPOSO** e **FILHAS**, fontes vivas de amor, paciência e zelo, por caminharmos juntos acreditando nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço sobretudo à **Deus**, força maior em minha vida, por não me desamparar, capacitar e suprir as minhas forças em momentos inimagináveis. Pelos meus sonhos realizar. À Ele toda Honra, Glória e Louvor.

À minha mãe **Marlene**, pelas incessantes orações, por todo o seu amor, força, apoio e dedicação em fazer de mim quem sou hoje. Por ao meu lado estar e não me deixar desistir dos meus e nossos sonhos. Vencemos!

Ao meu esposo **André**, com quem escolhi dividir a minha vida, pelo companheirismo, dedicação e zelo. Por sonhar os meus sonhos. Essa vitória é nossa!

Às minhas filhas **Ester e Isabela**, pelo amor incondicional, pela compreensão, porções de carinho e mimos de incentivo. Grata por minha vida colorir!

A minha **família e amigos** de perto e de longe, por todo o carinho, incentivo, orações e torcida pelo meu sucesso. Aquele abraço!

Ao **Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFBA**, na pessoa da profª Drª **Nadirlene Pereira Gomes**, prof. Dr. **Gilberto Tadeu Reis da Silva** e profª Drª **Larissa Chaves Pedreira**, coordenadora, vice-coordenador e professora deste programa, gratidão pela oportunidade de fazer parte dessa comunidade.

Aos **professores, colegas** de disciplinas e do **Grupo de Pesquisa da Escola de Enfermagem**, pelas partilhas e trocas de conhecimentos, compreensão, incentivo e amizade, que tornaram a caminhada mais leve e prazerosa, em especial nesse momento intenso e delicado de pandemia. Momentos ímpares, que em muito agregaram ao meu conhecimento.

À **Profa. Dra Ridalva**, pela orientação e direcionamento deste trabalho, especialmente por ter me apresentado a Teoria de Bowlby, essencial para minha formação e cuidado enquanto Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

À **Profa. Dra Maria Carolina**, minha admiração e gratidão, por sua atenção, cuidado, paciência, compreensão e incentivo constantes, que com sua voz doce e agradável extraiu de mim o meu melhor na construção deste estudo.

Aos membros nos exames de qualificação e defesa: **Lucas, Josielson e Cláudia**, pela presença, atenção e valiosas contribuições para amadurecimento deste trabalho. Gratidão!

À **Nalmy Melo**, enfermeira e coordenadora da unidade pesquisada, pelo acolhimento, atenção e respeito, grata pela confiança e por viabilizar a realização desse estudo.

Às **enfermeiras** participantes deste estudo, pela confiança e disponibilidade em partilhar suas histórias e emoções que em muito agregaram a construção deste estudo.

À Profa. **Darci Santa Rosa**, pelo incentivo primeiro, quando tudo parecia distante. Minha admiração e gratidão!

Aos **funcionários do PPGENF**, em especial **Arnóbio, Kleber e Márcia** pela atenção, paciência e presteza em gentilmente nos orientar. Vocês fazem a diferença!

Às colegas **Cleide Magali, Aline Fischina, Diana Sanches e Verônica Matos**, pelas trocas, acolhimento, incentivo e amizade. Vocês são especiais!

AGRADECIMENTOS

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001". "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001".

“Esperei com paciência no SENHOR, e ele se inclinou para mim, e ouviu o meu clamor.”
Salmos 40:1

RESUMO

VEIGA, Karina Braga. Interação pai-mãe-filho: práticas de enfermeiras em UTI neonatal. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2022.

A gestação e o nascimento do bebê são momentos únicos para a mãe, pai e família. Especialmente transformador quando acontece o nascimento precoce com a chegada do bebê prematuro, que ao necessitar dos cuidados intensivos na UTI Neonatal para sobreviver impacta a idealização do bebê real, emoções e rotina dos pais/família. E requer diuturnamente da enfermeira capacitação, empatia e habilidade de comunicação para o exercício da prática assistencial, na realização do acolhimento e apoio aos pais para superação das suas dificuldades, empoderamento e participação nos cuidados com o filho. No sentido de suprir as necessidades físicas e socioemocionais do bebê e dos pais ao proporcionar a interação e o desenvolvimento do vínculo. Este estudo tem como propósito apreender como as enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) proporcionam a interação para a formação do vínculo pai-mãe-filho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com 11 enfermeiras assistenciais numa UTIN em Salvador-Ba. Ancorada na Teoria do Apego de John Bowlby, referente as suas ações assistenciais desenvolvidas nesta unidade para a formação do vínculo pai-mãe-filho, compreendendo a sua repercussão sobre o desenvolvimento infantil saudável do bebê. A coleta de dados ocorreu no formato presencial, no período de março à abril de 2022, em contexto pandêmico, com respeito as medidas sanitárias de proteção e contenção de propagação da doença. Através de entrevistas semiestruturadas audiogravadas e observação direta não participativa da prática assistencial das enfermeiras no lócus da pesquisa. Com inclusão das enfermeiras assistenciais atuantes a mais de um ano na unidade. E exclusão das enfermeiras em licença/férias. Utilizando-se das seguintes perguntas: 1. Como você define vínculo?; 2. Quais ações realizadas por você na UTIN promovem a interação para a formação do vínculo pai-mãe-filho? e 3. Para você quais ações assistenciais e gerenciais da enfermagem estão direcionadas a promoção da interação para a formação do vínculo entre o trinômio nessa unidade? Na análise dos conteúdos, utilizou-se do auxílio do software NVivo 12 para organização e codificação dos dados, a fim de otimizar a interpretação da pesquisadora e construto da pesquisa. Como resultado a nuvem de palavras permitiu identificar os atores e correlacionar as ações que envolvem a formação do vínculo afetivo. Com a identificação das categorias de análise: 1. O vínculo para as enfermeiras na UTIN; 2. Ações da enfermeira para a interação e formação do vínculo na UTIN; 3. Ações da equipe para a interação e formação do vínculo na UTIN e 4. Ações gerenciais para a interação e formação do vínculo na UTIN. Conclui-se que as enfermeiras da UTIN compreendem o vínculo como uma relação duradoura que envolve a interação entre duas pessoas para se desenvolver, e se reconhecem como mediadoras nesse processo entre pais e filhos. Nesse sentido, espera-se da enfermagem neonatal o desenvolvimento de práticas assistenciais individualizadas direcionadas à promoção precoce da interação social entre pai-mãe-filho, com vistas ao fortalecimento do vínculo afetivo fragilizado pela hospitalização, como garantia à recuperação clínica, ao desenvolvimento da saúde mental do bebê e consolidação da família.

Palavras-chave: Relação pai-mãe-filho; Prematuridade; Assistência de Enfermagem e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

VEIGA, Karina Braga. Father-mother-child interaction: practices of nurses in neonatal ICU. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2022.

Pregnancy and the birth of the baby are unique and transformative moments for the mother, father and family. Especially transformative when the premature birth happens with the arrival of the premature baby, which, when needing intensive care in the Neonatal ICU to survive, impacts the idealization of the real baby, emotions and routine of the parents/family. And it requires training, empathy and communication skills from nurses on a daily basis in the exercise of care practice, in welcoming and supporting parents to overcome their difficulties, empowerment and participation in child care. In order to meet the physical and socio-emotional needs of the baby and parents by providing interaction and bonding development. This study aims to apprehend how the nurses of the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) provide interaction for the formation of the father-mother-child bond. This is a qualitative, descriptive and exploratory research, carried out with 11 nurses from the NICU in Salvador-Ba. Anchored in John Bowlby's Attachment Theory, referring to his care actions developed in this unit for the formation of the father-mother-child bond, understanding its repercussion on the healthy psychic infant development of the baby. Data collection took place in the face-to-face format, from March to April 2022, still in the pandemic context, with respect to sanitary measures to protect and contain the spread of the disease. Through semi-structured audiograde interviews and non-participatory direct observation of nurses' care practice in the research locus. Assistant nurses who had worked in the unit for more than one year were included. And excluding those who were on leave/vacation. Using the following questions: 1. How do you define bond?; 2. What actions did you take at the NICU to promote interaction to form a father-mother-child bond? and 3. In your opinion, which nursing care and management actions are aimed at promoting interaction to form a bond between the trinomial in this unit? In the analysis of the contents, the help of the NVivo 12 software was used, organizing and coding the data, in order to optimize the researcher's interpretation and research construct. As a result, the word cloud allowed identifying the actors and correlating the actions that involve the formation of the affective bond was identified. With the following categories of analysis: 1. The nurse's bond in the NICU, 2. The individual actions of the nurse in the promotion of the interaction and formation of the bond in the NICU, 3. The actions of the team in the promotion of the interaction and formation of the bond in the NICU and 4. The managerial actions in the promotion of the interaction and formation of the bond in the NICU. It is concluded that nurses the NICU nurses understand the bond as a lasting relationship that involves the interaction between two people to develop, and they recognize themselves as mediators in this process between parents and children. In this sense, neonatal nursing is expected to develop individualized care practices aimed at the early promotion of social interaction between father-mother-child, with a view to strengthening the affective bond weakened by hospitalization, as a guarantee of clinical recovery, health development baby mentality and family consolidation of the family.

Keywords: Bond; Father-mother-child relationship; Nursing Assistance; Neonatal ICU; Premature and Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Nuvem de Palavras sobre Interação e Vínculo Pai-mãe-filho na UTIN.....	54
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Categorias Apreendidas e Participantes.....	55
Quadro 2- Quadro das Campanhas	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil das Enfermeiras	52
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AHRNBP	Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso
AM	Aleitamento Materno
AMA	Amamentação
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAVE	Centro Antiveneno da Bahia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Coronavírus 19
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EQN	Estratégia QualiNEO
EU	União Europeia
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MS	Ministério da Saúde.
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCU	Plataforma dos Centros Urbanos
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RN	Recém Nascido
RNBP	Recém Nascido Baixo Peso

RNPT	Recém Nascido prematuro
TA	Teoria do Apego
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para à Infância
UNIGME	Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativa de Mortalidade Infantil
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
CAPÍTULO I - O SENTIDO DO CUIDADO PARA A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO E FORMAÇÃO DO VÍNCULO PAI-MÃE-FILHO. 24	
2.1 SENTIDO DO CUIDADO	24
2.2 CUIDADOS DA ENFERMEIRA NA PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO E FORMAÇÃO DO VÍNCULO PAI-MÃE-FILHO NA UTIN	26
2.3 MATERNAGEM, PATERNAGEM E VÍNCULO PAI-MÃE-FILHO NA UTIN.....	33
CAPÍTULO II – TEORIA DO APEGO PARA A FORMAÇÃO DO VÍNCULO PAI- MÃE-FILHO.....	36
1. ASPECTOS DA TEORIA DO APEGO DE JOHN BOWLBY	36
2. APEGO E VÍNCULO A LUZ DA TEORIA DO APEGO	38
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
3.1 TIPO E ABORDAGEM DA PESQUISA	42
3.2 LÓCUS DE PESQUISA.....	43
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
3.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	44
3.5 COLETA DE DADOS	46
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	48
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
4.1 CATEGORIAS APREENDIDAS	55
CATEGORIA 1. O VÍNCULO PARA AS ENFERMEIRAS NA UTIN.....	56
1.1 A PERCEPÇÃO DO VÍNCULO PELAS ENFERMEIRAS	56
CATEGORIA 2. AÇÕES DA ENFERMEIRA PARA A INTERAÇÃO E FORMAÇÃO DO VÍNCULO NA UTIN.....	62
2.1 A APROXIMAÇÃO ENTRE ENFERMEIRA E PAIS	62

2.2 OS FATORES QUE INTERFEREM NA RELAÇÃO PAI-MÃE-FILHO.....	66
2.3 OS FATORES QUE INTERFEREM NA RELAÇÃO PAIS-EQUIPE	68
CATEGORIA 3. AÇÕES DA EQUIPE PARA A INTERAÇÃO E FORMAÇÃO VÍNCULO NA UTIN.....	69
CATEGORIA 4. AÇÕES GERENCIAIS PARA A INTERAÇÃO E FORMAÇÃO VÍNCULO NA UTIN.....	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A - CARTA CONVITE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	84
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	85
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	88
APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	89
ANEXO A – PARACER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	90
ANEXO B – PARACER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA INSTITUIÇÃO PROPONENTE	91

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que o nascimento de um bebê traz mudanças significativas ao contexto familiar. Em especial o nascimento do prematuro, por trazer de forma precoce a realidade de um bebê real oposto ao imaginário, como também por expor algumas singularidades, como a fragilidade de um bebê em risco de vida que necessita da hospitalização e dos cuidados intensivos para sua sobrevivência. Além da imposição brusca a uma separação física com restrição das interações entre mãe-pai-filho, trazendo à tona as dificuldades enfrentadas por estes pais igualmente prematuros, ao terem a construção do seu bebê imaginário subitamente interrompida (FLECK; PICCININI, 2013). Despertando sentimentos contraditórios como culpa, medo, angústia e incertezas em relação a si e ao bebê, durante e após o internamento (LELIS, *et al.* 2018).

Sentimentos estes capazes de afetar sua sensibilidade em reconhecer as necessidades do bebê, como também a capacidade de ligação e interação com o mesmo, com repercussão sobre a formação do apego e desenvolvimento do vínculo entre pais e filhos (KEGLER, *et al.* 2019).

Vínculo iniciado na gestação e mantido após o nascimento mediante as sucessivas interações positivas entre mãe-filho. Constituindo-se a base segura, com a qual há o desejo de manter-se perto, estabelecendo-se a relação de apego. A qual permite a identificação e satisfação das necessidades físicas e emocionais do bebê, como também a sua adaptação ao ambiente externo. Sendo este uma relação contínua, íntima e prazerosa para ambos. Criado preferencialmente com a mãe, mas que admite figuras substitutas. Cujas qualidades impacta diretamente sobre a recuperação física e saúde mental do bebê, com repercussão comportamental e emocional sobre bebê/criança (com extensão a adolescência e vida adulta), nas futuras relações sociais e formas de explorar o mundo. Demonstrada na Teoria do Apego de John Bowlby, exímio estudioso das relações de vínculo humano (BOWLBY, 1958, 1989; SILVA, BRAGA, 2019).

Assim, por ser a UTIN uma unidade de cuidados altamente especializada e complexa, composta por recursos tecnológicos e humanos responsável pelo cuidado intensivo e aumento crescente da sobrevivência dos bebês críticos (SANTOS *et al.*, 2017). Pode ser percebida pelos pais como um lugar frio, o que torna o internamento do bebê na Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por si só, em entrave ao desenvolvimento do vínculo afetivo. Percepção equivocada que impede a unidade de ser vista como um local onde deverão ser criados laços,

“tecidos fios” e construídos os vínculos fortemente abalados a partir da hospitalização. (PERLINI; OLIVEIRA; GOMES, 2011).

Vale ressaltar que quanto maior a prematuridade e menor o peso do bebê, maior a necessidade de cuidado intensivo e as dificuldades de adaptação ao meio externo. De forma que a prematuridade constitui-se num grave problema de saúde pública global a ser vencido, que acarreta não somente as altas taxas de mortalidade infantil, bem como expõe os bebês a situações graves, com maior risco de agravos e impacto lesivo sobre o desenvolvimento cognitivo e emocional dos bebês, com custos financeiro e psicológico as famílias. Dentre as quais destacam-se: lesão cerebral intraparto, infecção bacteriana grave, icterícia e infecções congênitas (UNICEF, 2018).

Estudos revelam que a maioria dos bebês prematuros (nascidos abaixo de 37 semanas de gestação) e de baixo peso ao nascer (peso inferior a 1.500Kg), pertencerem as famílias monoparentais mãe-filho/pai-filho (composta por um dos pais com o filho), com problemas sociais e de saúde: como o uso de álcool e drogas; desnutrição materna; violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis e carências relacionadas aos cuidados à saúde. O que os tornam duplamente vulneráveis aos fatores social e biológico de morbimortalidade infantil (SCOCHI *et al.*, 2020).

Em meio a esse contexto, uma análise global sobre a prematuridade realizada pelo UNIGME (Grupo de Interagências das Nações Unidas para Estimativa de Mortalidade Infantil), revelou que em 2019 ocorreram de 2,4 milhões de mortes de recém-nascidos nos primeiros 28 dias de vida, em sua maioria por causas evitáveis (doenças infecciosas como pneumonia, diarreia e malária), que corresponde a 47% das mortes entre as crianças menores de cinco anos (UNICEF, 2018, 2019, 2020). O que demonstra a gravidade deste problema para a sobrevivência destas crianças, uma vez que a prematuridade é a principal causa de mortalidade das crianças menores de cinco anos.

Ainda sobre esta análise, o Brasil em 2022 ocupou o 10º lugar na posição global em números absolutos de parto prematuros. O estado da Bahia, especificamente a cidade de Salvador, apresentou no período de 2016-2019 a taxa de 11,67 mortes/1.000 Nascidos Vivos. Com uma redução de 6%, quando comparada aos anos anteriores. Indicativo de melhora na taxa média da cidade (UNICEF, 2019).

Situação esta que, corrobora com os dados estatísticos da UTIN pública de referência local e metropolitana, situada nesta cidade e lócus da pesquisa quanto a análise do perfil dos pacientes internados nesta unidade no ano de 2020 (dados cedidos pelo setor de qualidade da

instituição), onde observa-se que do total de prematuros internados (119 Recém-nascidos), mais da metade (56%) refere-se aos prematuros de baixo peso. Onde 59 RN's correspondem aos bebês com peso entre 1.000 – 1.499Kg (30%) e 52 RN's correspondem aos bebês com peso inferior de 1.000Kg (26%). Sendo que 178 pacientes internados foram provenientes do centro obstétrico, o correspondente a 59,5% das admissões. Cujas taxas médias de permanência foram de 20 dias e taxa de mortalidade de 19,6%, com elevação de 0,6% quando comparado ao ano anterior.

Diante destes números, o Brasil tem firmado ao longo dos anos compromissos internos e externos, tanto no sentido de transpor as taxas de mortalidade materna e infantil, quanto de propor melhorias aos cuidados neonatais. Por meio de ações prioritárias voltadas à organização, ampliação e qualificação da assistência materna e neonatal. Com atenção especial as estratégias voltadas ao cuidado do recém-nascido de risco (terminologia adotada na portaria nº 930 de 05/2012), como meio de assegurar não apenas a redução da mortalidade, como também garantir qualidade de vida aos bebês submetidos aos cuidados na UTIN (BRASIL, 2011).

Como estratégia de garantia da qualidade, foram disponibilizados o aumento dos recursos técnicos; formação de recursos pessoais; investimentos na reanimação neonatal em sala de parto e na assistência da UTIN. Esforços que se destacam por proporcionar maior expectativa de vida ao bebê prematuro extremo, como a implantação em 2017 pelo MS, da Estratégia QualiNEO (“EQN”), com a incorporação de ações aos eixos I, II e VII da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) (BRASIL, 2018). Sendo declarado pelo MS como sucesso no tratamento do bebê internado em UTIN não apenas a sobrevivência e alta hospitalar, como também a construção do vínculo materno como garantia de continuidade ao Aleitamento Materno (AM) e dos cuidados após alta hospitalar (BRASIL, 2018).

Ao considerar o internamento e a incapacidade fisiológica e natural de fala do neonato, a extensão o protagonismo da mãe, do pai e do bebê nesse momento; a atenção às suas necessidades emocionais remete naturalmente a enfermagem ao cuidado humanizado e individualizado baseado na integralidade do bebê com extensão aos pais/responsável legal. Essencial para um melhor direcionamento do cuidado integral e humanizado ao recém-nascido, com foco tanto na promoção do incentivo ao desenvolvimento de vinculação entre o trinômio pai-mãe-filho, quanto aos envolvidos no processo de produção da saúde e cidadania (BRASIL, 2018).

As práticas assistenciais do cuidado humanizado apresentadas pelas diretrizes da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (AHRNBP) em alinhamento com o MS do Brasil, ao destacar a formação do vínculo como critério da alta hospitalar (BRASIL;

2017), convida a enfermagem neonatal a se reconhecer e posicionar estrategicamente como uma categoria profissional sensível e qualificada para atuar como o elo de ligação entre os pais e o bebê, na prestação do acolhimento e suporte as famílias. Prática especialmente mais desafiadora nesse período pandêmico, onde o adoecimento a vivência das perdas causadas pela Covid 19, associadas a imposição do distanciamento social incidiram diretamente sobre as fragilidades emocionais, ansiedades, relações e vínculos afetivos da sociedade como um todo. Inclusive com alcance negativo sobre o direito à visita e ao acompanhante no ambiente hospitalar, quando na suspensão dos mesmos.

Destarte, durante a atuação e aprimoramento das minhas habilidades enquanto enfermeira assistencial nas unidades intensiva e semi-intensiva neonatal, atraia-me à atenção a dificuldade de alguns pais com filho prematuro internado na UTIN em desenvolver a interação e formação do vínculo com o seu bebê durante internamento. Momentos os quais percebi a necessidade da minha atuação como enfermeira referência, mediadora e suporte no incentivo a promoção do desenvolvimento das relações afetivas. Motivada pela minha trajetória profissional, e inquieta a saber como as enfermeiras da UTIN de uma instituição pública referência em Salvador, percebem e propõem o desenvolvimento da interação para a formação do vínculo entre pai-mãe-filho na unidade intensiva, tornei este o meu tema de pesquisa.

Sendo oportuna a reflexão sobre como as práticas assistenciais da enfermagem é capaz de influenciar as relações de interação e vínculo pai-mãe-filho na UTIN. Em especial nos casos dos recém-nascidos prematuros, de maneira que a assistência prestada nesta unidade possa transpassar o êxito clínico com o bebê e alcançar a formação e/ou consolidação do apego e vínculo. Haja vista, que a relação pai-mãe-filho são as primeiras a serem desenvolvidas no período intrauterino e incidem diretamente sobre o desenvolvimento físico e psíquico infantil, apoiada pela Teoria do Apego de John Bowlby.

Nesse sentido, para ampliar o conhecimento sobre a temática foram consultadas as bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e BDENF- enfermagem, utilizando-se dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português “Relação pais-filhos, (Parent-Child Relations)” AND “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Intensive Care Units Neonatal)” AND “Prematuro (Premature)” AND “Assistência de enfermagem (Nursing care)”, aplicando o cruzamento destes com uso dos conector booleano “AND”. Estabelecidos como critérios de inclusão: artigos gratuitos, disponíveis online na íntegra, sem restrição de idiomas publicados no período de JAN/2018 à DEZ/2021.

Foram adotados como critério de exclusão: resumos, editoriais, dissertações, teses de doutorado e artigos duplicados. Utilizando-se de quatro descritores com seleção inicial de três artigos. Destes, após leitura, um artigo foi excluído por duplicidade e por não ter aderência a temática, resultando em dois artigos que correspondiam ao objeto de estudo. Para aumentar a busca das publicações, houve o cruzamento entre “Relação Pais-filhos AND” Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” sendo encontrados oito artigos. Após a utilização dos filtros restaram quatro artigos, onde dois não correspondiam a temática proposta e dois restantes descartados por estarem inclusos na busca anterior. Ao cruzar “Relação Pais-filhos” AND “Assistência de Enfermagem”, foram selecionados 29 artigos, havendo duplicidade de dois, 24 não correspondiam ao objeto de estudo; restando três para análise, porém dois haviam sido selecionados em cruzamentos anteriores, restando assim apenas um artigo. Após buscas 3 artigos condiziam com a proposta do estudo.

Diante as buscas, ao serem consultadas bases de dados sobre a existência de publicações recentes (últimos quatro anos), referente a prática assistencial da enfermagem voltada a promoção do desenvolvimento vínculo pai-mãe-filho na UTIN. Nota-se que houve um maior interesse da enfermagem sobre a percepção dos pais durante o internamento nessa unidade, com visível aumento no número das publicações nos últimos anos. Porém quando relacionada ao desenvolvimento do vínculo e a teoria objetal do comportamento humano, ainda são tímidas as publicações sobre essa temática na área da enfermagem, concentradas na área da psicologia.

Considerando a subjetividade dos sujeitos, a formação das relações de apego e vínculo entre pai-mãe-filho e suas repercussões sobre o desenvolvimento psíquico saudável da criança, e a enfermagem como mediadora no desenvolvimento das relações afetivas, onde a UTIN provoca o distanciamento físico entre pais e filhos junto a impossibilidade de toque constante, questiona-se: Quais práticas/estratégias podem ser desenvolvidas pelos enfermeiros nas UTIN's para promoção da interação para a formação do vínculo pai-mãe-filho? De modo que o presente estudo teve como objetivo geral: Aprender como as enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal proporcionam a interação para a formação do vínculo pai-mãe-filho. Específicos: 1. Compreender como as enfermeiras da UTI Neonatal definem vínculo; 2. Reconhecer as práticas individuais realizadas pelas enfermeiras dessa unidade na promoção da interação para a formação do vínculo pai-mãe-filho e 3. Descrever as ações assistenciais e gerenciais da enfermagem direcionadas ao incentivo e promoção da interação para a formação do vínculo entre o trinômio nesta unidade.

Entretanto a apreensão da realidade desta pesquisa se justifica não apenas por propor aos profissionais da enfermagem neonatal uma reflexão sobre como sua prática assistencial voltada ao bebê prematuro repercute sobre o desenvolvimento das relações de interação para a formação do vínculo entre o trinômio na UTIN, com possibilidade de revisitar seus conceitos, valores e modelos de cuidado; considerando a readequação e reversão das suas práticas. Bem como busca suprir a lacuna identificada, fomentar produções científicas futuras sobre a prática da assistência neonatal, no sentido de contribuir para a ampliação e desenvolvimento de práticas que, em consonância com as diretrizes governamentais do cuidado integral humanizado proponham/promovam a formação do vínculo familiar na unidade de terapia intensiva neonatal como garantia da qualidade do cuidado neonatal e do desenvolvimento saudável do bebê/criança.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão literária foi escrita no sentido de viabilizar o embasamento teórico dos conceitos e Teoria necessários para compreensão deste estudo. Iniciada pela abordagem sobre o sentido do cuidado para a enfermagem da UTIN, seguida da caracterização da assistência de enfermagem na UTIN; repercussões da hospitalização do bebê sobre a formação do vínculo; e a assistência da enfermagem neonatal na promoção da interação e formação do vínculo entre pai-mãe-filho esta unidade.

CAPÍTULO I - O SENTIDO DO CUIDADO PARA A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO E FORMAÇÃO DO VÍNCULO PAI-MÃE-FILHO

2.1 SENTIDO DO CUIDADO

Badinter, (1985) em sua obra *Um Amor Conquistado*, nos traz as concepções que reforçaram o cuidado como a imagem de uma prática feminina e pouco valorizada socialmente. Visto que essa imagem limitada da mulher teve início desde a Antiguidade e Idade Média e, reforçada ao longo dos anos pela teologia cristã e absolutismo político. Devido ao fato das mulheres terem sido consideradas pecadoras, influenciáveis e pouco confiáveis, subjugadas sempre a obediência das autoridades paterna e marital; não possuindo voz ativa e sequer representatividade social.

Por muitos séculos essa concepção da mulher apresentada por Badinter, foi responsável por conduzir a imagem da mulher a função única da procriação, com extensão aos cuidados dos filhos e marido. Que por muito tempo manteve a sua existência submetida a existência do outro (GUTIERREZ; CASTRO; PONTES, 2011).

Tempos depois, Collière (2012) nos traz o Cuidado como todo ato que zela e permite a continuidade da vida, no sentido de promover o recuo da morte, manter a vida e a espécie. Assim, por ser próprio da mulher a gestação e concepção do ser, responsável pela alimentação e cuidado, dedicada a promoção e manutenção da vida, a figura masculina foi posta como o ser a ser cuidado. De modo que, durante o exercício das atividades de curandeiras e parteiras,

desenvolveram ao longo dos anos, uma sabedoria empírica e fitoterápica. Sendo o seu legado apreendido, aperfeiçoado e transmitido entre elas no espaço e no tempo.

Enquanto que para Souza *et al.*, (2005) cuidado significa desvelo, solicitude, dedicação e atenção, que se concretiza no contexto da vida em sociedade. Que implica em colocar-se no lugar do outro, quer seja na dimensão individual ou coletiva. Expressa pela preservação do potencial saudável do ser, na promoção e recuperação da saúde e até a morte. De modo que todos estejam sob uma concepção ética que assegure a vida como o bem mais valioso em si. Tendo como ponto de partida a valorização da própria vida, em direção ao respeito do outro em sua complexidade e escolhas. Inclusive a escolha da enfermagem como profissão.

Sob essa perspectiva, a enfermagem moderna tem percebido que os modelos assistenciais pautados no modelo biomédico, não mais atendem as necessidades dos sujeitos sob a sua curadoria. Avançando no redirecionamento do cuidado no sentido de compreender e atender as subjetividades desse sujeito, desenvolvendo métodos de cuidado individual que contemplem a complexidade do sujeito, para além das necessidades fisiológicas e sucesso prático, capazes de atender as inquietações pessoais, culturais e da alma, transcendendo o mundo físico e material (SAVIETO; LEÃO, 2016; MUSSI, MELO, 2018).

Assim, contemplar o ser humano nas necessidades biopsicossociais, culturais, emocionais e espirituais, quer seja na prevenção, recuperação ou reabilitação à saúde (VALE; PAGLIUCA, 2011), requer do enfermeiro a união de características objetivas e subjetivas, voltadas ao desenvolvimento técnico, sensibilidade e capacidade em inovar e intuir. Características estas, essenciais para a superação da competência técnico-científica e habilidade técnica, que personaliza o cuidado. Dentre as quais destacam-se:

[...] a forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o ‘fazer com’, a cooperação, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso (SOUZA *et al.*, 2005).

Para Merhy, a prática do cuidado envolve: o acolhimento; as relações de interação e subjetividade; a autonomia; a responsabilidade; a autonomia dos sujeitos envolvidos e organização, constituindo-se nas *tecnologias leves* ou *tecnologias das relações*. Sendo os saberes estruturados (anatomia, fisiologia, psicologia) que compõem os processos de trabalho, classificado como as *tecnologias leve-duras*; e aos equipamentos, normas e rotinas

organizacionais, as *tecnologias duras*. Tecnologias que interferem e compõem a produção do cuidado, que devem ser utilizadas pelos profissionais da saúde de forma articulada e não sobrepostas (sobreposição das tecnologias *leve-duras e duras* sobre as *leves*). Para que haja a valorização da subjetividade dos sujeitos envolvidos (trabalhadores e usuários da saúde), e a ressignificação dos mesmos e do processo do cuidado em saúde (FERRI *et al.*, 2007; MARTINS; ALGUQUERQUE, 2007).

De modo que a humanização da assistência de enfermagem na UTIN é uma prioridade desafiadora para os enfermeiros, que está além dos cuidados com o RN hospitalizado, ainda que na existência de empecilhos estruturais. Pela qual perpassa o acolhimento, percepção e resposta as necessidades subjetivas do bebê, com extensão a mãe, pai e família, devido a compreensão fisiológica de fragilidade, vulnerabilidade e dependência do recém-nascido. Que ultrapassa a habilidade técnica, e inevitavelmente penetra o plano emocional tanto dos profissionais quanto dos familiares envolvidos nesse processo, em meio ao acolhimento, as melhorias na estrutura/ambiente da unidade, os processos e as condições de trabalho (LEITE *et al.*, 2020).

A exemplo da relevância e percepção dessa humanização para os usuários, Saviato e Leão (2016) nos chama a atenção para a existência de relatos de pacientes que embora reconheçam estar a enfermagem alicerçada na competência técnica, referem ter sido “um bom cuidado de enfermagem” aqueles os quais as suas necessidades subjetivas foram contempladas com atitudes de carinho, explicações sinceras sobre o atendimento e atitudes tranquilizadoras por parte dos enfermeiros.

Assim o desenvolvimento da humanização na assistência neonatal requer da enfermagem e equipe multiprofissional o planejamento e uso das tecnologias da comunicação (também conhecidas como tecnologias relacionais), no sentido de desenvolver estratégias capazes de inserir a participação dos pais/figura substituta/família nos cuidados com o bebê, com vistas a promoção e fortalecimento do vínculo afetivo que foi interrompido/fragilizado e prejudicado com a hospitalização.

2.2 CUIDADOS DA ENFERMEIRA NA PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO E FORMAÇÃO DO VÍNCULO PAI-MÃE-FILHO NA UTIN

Visto que a humanização contribui diretamente para a consolidação familiar, e possível prevenção ou redução do sofrimento psíquico sofrido pelos pais devido aos infortúnios causado pelo internamento precoce; promovendo a construção das bases seguras, como alicerces para o desenvolvimento saudável do RN. Ocorre também em paralelo, a formação da relação de vínculo família-equipe, base imprescindível ao desenvolvimento e solidificação da humanização da assistência à saúde. Consonante com as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990 e com a Política Nacional de Humanização (PNH) vigentes (LEITE *et al.*, 2020; PILECCO, 2020) que tem por objetivo nortear as ações de saúde com base na humanização integral.

Em complemento a PNH, as diretrizes da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) propõem um olhar ampliado sobre a saúde através da proposta de Visita Aberta e Direito ao Acompanhante, como forma de garantir a conexão do paciente com sua rede de apoio e com os vários serviços da rede de saúde, com vistas a manutenção do projeto de vida do paciente (Brasil, 2007).

É no sentido da valorização à vida que, as ações assistenciais do enfermeiro na UTIN devem ser direcionadas para a promoção do cuidado individualizado, planejado e humanizado, na atenção das necessidades do bebê com extensão à família. Uma vez que a individualidade e a indissolubilidade da relação indivíduo-família, precedem a humanização. Sendo cabível ao enfermeiro, proporcionar condições para que a unidade seja percebida como um ambiente de cuidado respeitoso, agradável e propício não somente ao desenvolvimento das relações entre pais-equipe, bem como para o envolvimento e participação ativa dos pais/família nos cuidados com bebê, com vistas ao desenvolvimento saudável do mesmo e das suas relações afetivas (LEITE *et al.*, 2020).

O nascimento e hospitalização precoce do bebê na UTIN, traz consigo alterações e mudanças na rotina e organização familiar capazes de interferir em todas as suas dimensões (física, emocional, social e espiritual). Configurando-se numa experiência desafiadora, não somente por fragilizar a relação mãe-filho/pais-filho, como também porquê acarreta no aflorar de pais igualmente prematuros, que por sua vez necessitam da disponibilidade de intervenção da figura de uma terceira pessoa para se desenvolverem. Que ao utilizarem das tecnologias relacionais na prestação do cuidado humanizado, favorecem o desenvolvimento de relações empáticas e de trocas de saberes que constituem a base segura na formação do ambiente propício ao envolvimento gradativo para a participação ativa dos pais nos cuidados ao bebê, no

sentido de fortalecer as relações de vínculo afetadas pela hospitalização como garantia de continuidade dos cuidados pós alta (PILECCO, 2020).

Ao utilizarem-se da paciência, comunicação efetiva e segurança no exercício da sua prática assistencial no percurso da hospitalização, a enfermagem coopera não somente para a inclusão dos pais/ família na unidade neonatal, bem como a formação da relação pais-filho e da família. Características do Modelo assistencial de inclusão familiar que tem sido notoriamente reconhecido como excelência na prática assistencial em unidade neonatal (BOYAMIAN *et al.*, 2021).

Inclusão esta fortemente abalada neste período da pandemia por Covid-19, onde o avanço da doença e os crescentes números de hospitalizações de adultos, idosos e profissionais de saúde foram acontecimentos determinantes para um novo direcionamento de protocolos e fluxo de pessoas as unidades de saúde. Sendo adotadas medidas restritivas extremas, para o controle de disseminação da doença. Inclusive o impedimento de pais, mães e acompanhantes à visita de seus filhos/parentes internados, recebendo as informações sobre eles por telefone. Cenário que propiciou o distanciamento familiar e a formação do vínculo pai-mãe-filho, com repercussão percebidas sobre o aleitamento materno exclusivo e sobre a incidência de depressão pós-parto. De modo que a pandemia torna ainda mais desafiadora a humanização da assistência em saúde, e requer esforços complementares da enfermagem no desenvolvimento de estratégias humanizadas capazes de cumprir as normas de prevenção de disseminação da doença e assegurar os direitos e inclusão da familiar (QUIXABEIRA *et al.*, 2021).

Portanto, a relevância da enfermeira na UTIN, não está apenas a prestação de uma assistência de alta complexidade e uso de recursos tecnológicos avançados. Dá-se também no envolvimento direto com as necessidades subjetivas do bebê, como no “tecer dos fios” para a formação do vínculo mãe-filho. Vínculo este, que pode ter sido iniciado no período gestacional e interrompido pelo nascimento precoce; ou pode ainda iniciar-se logo após o nascimento (TAMEZ, 2017).

As ações assistenciais de enfermagem no cuidado humanizado ao bebê na UTIN, envolvem a recepção, acolhimento, orientação, estímulo e apoio emocional aos pais, que lhe permite a percepção da extensão dos cuidados ao filho (GAÍVA; SCOCHI, 2005). E por ela perpassam as orientações quanto as normas e rotinas da unidade; quanto ao estado clínico do bebê; o estímulo ao envolvimento dos pais nos processos referentes ao bebê e nas tomadas de decisão no tratamento juntamente com a equipe, mediante a partilha das informações; e culminam na sua inserção, parceria e participação efetiva no desenvolvimento dos cuidados

com o filho, até que tornem-se gradativamente envolvidos, aptos e seguros. Como um preparo para a alta hospitalar (PILECCO; 2020).

Dessa forma, também se faz necessário a compreensão da relevância da figura paterna tanto para o fortalecimento e construção das relações afetivas na UTIN, quanto para a minimização dos riscos decorrentes da separação entre o bebê e a família; associados ao reconhecimento dos novos modelos de estrutura familiar existentes, propuseram mudanças nas práticas assistências que propiciam a inserção precoce tanto da figura materna quanto paterna junto a hospitalização; para estímulo ao desenvolvimento da maternagem, da paternagem e da participação dos pais nos cuidados com o bebê. Mudanças estas que permitem à equipe desenvolver um olhar mais sensível à manutenção da unidade familiar, com a ampliação do cuidado para além do foco materno, com impacto sobre os seus benefícios para o trinômio. Cujas participações estão contempladas no Art. 3º das Diretrizes para Atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, no âmbito do SUS, descritas na Portaria 930, de 10 de maio de 2012, do MS (BRASIL, 2012).

Decerto que as mudanças socioculturais ocorridas na estrutura familiar contemporânea, trouxeram resultados benéficos, com novos arranjos familiares e ressignificado para os papéis materno e paterno, como espaço de desenvolvimento das relações afetivas. Onde no que se referente ao materno, houve a redução do foco sobre a mãe, tida historicamente até então como referência principal e responsável pela procriação, cuidados com os filhos e relações emocionais. Que passa a ser vista com mais independência e a inclusive contribuir financeiramente ao sustento do lar. Enquanto que o pai, deixa de ser visto na figura hegemônica de homem provedor do lar, passando a ser visto como o apoiador materno, com expressões mais afetivas e de interesse sobre os filhos; com quem é partilhado as responsabilidades do cuidado com os filhos, do lar e das relações conjugais, favorecendo a constituição da paternidade e familiar (BORGES *et al.*, 2019; SOARES; BERNARDINA; ZANNI, 2019).

Essas mudanças estruturais nos papéis, constitui-se num desafio a ser superado pelo pai. Que enquanto provedor e cuidador da esposa e dos filhos, pode sentir-se em conflito, culpado, e em situação de estresse por não ter tempo para estar mais perto e participar do desenvolvimento do filho na UTIN (DARRIF; BORTOLIN; TABACZINSKI, 2020).

Sendo assim, nota-se que para o fomento da interação mãe-filho/pai-filho com vistas ao desenvolvimento das relações de vínculo afetivo na UTIN, as ações assistenciais humanizadas da enfermagem devem ser direcionadas a promoção do cuidado centrado na formação familiar (TERRA; DIAS; REIS, 2011; SOUSA *et al.*, 2019).

Haja vista que manter o acesso e permanência livre dos pais à unidade por 24h (o que caracteriza a visita aberta), favorece ao desenvolvimento da confiança e valorização da equipe e nos cuidados realizados por ela, tornando-os mais compreensivos e colaborativos com as orientações da equipe; mais participativos e seguros na realização dos cuidados com o filho; fortalecendo o desenvolvimento da relação parental e da sensibilidade do bebê a interação com pais (GAÍVA, SCOCHI, 2005; BANHARA *et al.*, 2018).

Para isto, devem ser estimulados a manterem constância na visita e a permanecerem por mais tempo na unidade, como incentivo ao desenvolvimento do cuidado materno e das habilidades práticas com o bebê. Entretanto se faz necessário exercer maior estímulo sobre o pai, que por diferentes motivos, permanecem em menor tempo na unidade. Desse modo, a realização dessas tais ações assistenciais pela equipe, demonstra a sensibilidade em reconhecer que há maior tendência de incentivo materno pelos motivos anteriormente descritos, bem como em apoiar os pais não só a partilha de emoções e sentimentos, como também contribui para o desenvolvimento e manutenção da unidade familiar (LEITE *et al.*, 2020).

Vale lembrar que a mãe e o pai reagem de formas diferentes frente ao impacto traumático causado pelo internamento do filho numa unidade de terapia intensiva. Como o despertar de sentimentos como o medo, culpa, insegurança, responsabilidade e sentimento de impotência, comumente expressos por rispidez na fala, apatia, paralisia, depressão e fuga (por vezes percebida pela ausência da visita do pai/mãe a unidade ou até mesmo expressa por falas e comportamentos de rejeição ao bebê) (LOPES; FIALHO; DIAS, 2011).

Sentimentos estes, capazes de atuar como forças impeditivas a aproximação, envolvimento e desenvolvimento da relação afetiva entre pais-filho. Portanto compete a enfermeira enquanto cuidadora do bebê e observadora ao comportamento dos pais, atentar-se a compreensão destes sinais, no sentido de que estes sinais não sejam percebidos erroneamente como sinais de rejeição mãe-filho/pai-filho, e sim como sinais de alerta que apontam para as fragilidades a serem trabalhadas. A fim de que os enfermeiros possam direcionar dos seus esforços e intervenções na transposição desses sentimentos, fortalecer a unidade familiar e o vínculo afetivo entre pai-filho/ mãe-filho (BORGES, *et al.*, 2019; MITTAG, WALL, 2004).

Ainda como parte das ações assistenciais de humanização voltadas ao bebê prematuro de baixo peso, destaca-se o Método Canguru. Cujas primeira fase deve ser iniciada ainda na UTIN. Devido as indicações científicas de ser iniciado precocemente com os bebês em estabilidade clínica, ainda que sob ventilação mecânica e nutrição parenteral. O qual envolve os profissionais de saúde, o bebê, os pais e as chamadas redes familiares pré-existent

(formadas pelas pessoas com laços consanguíneos e afetivos, como irmãos e avós). Com consideráveis benefícios ao binômio decorrentes desta interação, tanto no período do internamento como após a alta hospitalar (BRASIL, 2011).

De modo que a primeira etapa desse Método, consiste na condução do bebê precocemente ao contato pele a pele, em posição prona, verticalizada sobre o tórax dos pais ou figura substituta, pelo tempo mínimo de uma hora ou por tempo suficiente para que haja organização e indução do bebê ao sono profundo. Interação capaz de diminuir o estresse do bebê e favorecer ao aumento do nível de cortisol sérico, com benefícios sobre a termorregulação e preservação cerebral, além de proporcionar a sensação mútua de segurança ao binômio. Com contribuição positiva para o desenvolvimento da amamentação (quando no colo materno) e laço afetivo (BRASIL, 2013).

Dentre as intervenções benéficas a díade prematuro-família realizadas na UTIN, o falar com o bebê, a contação de histórias e o canto devem ser proferidos ao bebê o mais precoce possível (BÖING; CREPALDI, 2004). Devido ao fato destas ações propiciarem maior interação pais-filho na formação do apego, devido a voz materna acalmar o bebê. Ainda que seja a voz gravada para ser ouvida quando possível na ausência materna (LOPES *et al.*, 2011).

Por ser a audição o primeiro sistema a ser desenvolvido no período fetal, a musicoterapia e o estímulo musical ou auditivo muito tem se destacado nas últimas décadas. Apresentados por Santos (2014) como proposta de humanização na assistência neonatal que favorece a expressão das emoções, quer seja realizada por um musicoterapeuta ou por profissionais de saúde. A musicoterapia e o estímulo musical compreende a realização do estímulo no emprego do canto gravado ou ao vivo (promove maior estímulo interacional à díade) adequado ao estado do bebê, por meio de canções de ninar, músicas favoritas dos pais ou vocalizações improvisadas; sons acústicos, percebidos no ambiente uterino (como a voz materna, sons do útero e da respiração), capazes de repercutir sobre o desenvolvimento fisiológico e emocional do bebê. Especialmente sobre o prematuro, devido a sua maior vulnerabilidade fisiológica (PALAZZI; MESCHINI; PICCININI, 2019).

A musicoterapia é uma proposta que proporciona ao prematuro o “empoderamento do bebê”, através da estabilização e relaxamento; autorregulação eficaz; estabilização no nível sérico de oxigênio; regulação das frequências cardíaca e respiratória; promoção do sono; fortalecimento da sucção não nutritiva; ganho ponderal e a redução do tempo de hospitalização. Enquanto a mãe, favorece ao aleitamento e ao “empoderamento materno” por meio do

relaxamento e a redução do estresse e ansiedade. Sendo esses benefícios ao binômio percebidos durante o internamento e após a alta. (PALAZZI; MESCHINI; PICCININI, 2019).

Um estudo paulista realizado pelos musicoterapeutas Palazzi; Meschini; Piccinini (2017), envolvendo o binômio mãe e filha prematura (27 semanas) internada em uma UTIN, apontou benefícios surpreendentes para a proposta de intervenção da musicoterapia para prematuros. Cujo objetivo foi de sensibilizar e acompanhar essa mãe no canto para a filha durante os encontros da Intervenção Musicoterápica para Mãe-Bebê Pré-termo – IMUSP. Cujos benefícios dessa intervenção estenderam-se para além das participantes, com o alcance da equipe multidisciplinar e dos pacientes/acompanhantes presentes na unidade e não envolvidos no estudo. Pois proporcionou o ‘empoderamento do bebê’, revelado por suas respostas e melhoras fisiológicas gradativas até a alta hospitalar; como também o ‘empoderamento da mãe’, que ao superar o medo em interagir com a bebê e a vergonha em cantar, fortaleceu suas competências e autonomia no canto. Reverberou na unidade sobre a equipe multidisciplinar, ao acalmar e emocionar os profissionais presentes nos momentos da interação, evidenciando a relevância da tal proposta; e sobre os demais presentes na unidade (pais) ao serem encorajados pela mãe participante a cantarem para seus filhos.

Ocorre ainda que a imaturidade nas expressões da fala e das emoções é uma condição fisiológica peculiar do bebê, que requer maior cuidado clínico e assistencial da enfermagem, habitualmente direcionada de forma prioritária aos procedimentos técnicos, instrumentalizados e mais complexos, com propósito exclusivo na recuperação clínica do bebê. Posicionamento que acarreta em prejuízo ao estímulo materno por ser neste período de criticidade, restrito as orientações de ordenha do leite materno. Sendo a inserção materna muitas vezes postergada para o momento de maior estabilidade clínica do bebê. Para o período dos cuidados intermediários, quando ocorre o estímulo materno efetivo, com solicitação de aumento do tempo de permanência na unidade e inserção nos cuidados ao bebê (GAIVA, SCOCCHI; 2005).

Visto isso, é sabido que internamento de bebês prematuros na UTIN, os tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento do vínculo afetivo pais-filho, que por sua vez aumentam às chances de interrupção da amamentação durante e após a alta hospitalar. Mostrando-se numa realidade prática árdua para a enfermagem neonatal em todo o mundo. Que além de fazer parte das recomendações da OMS, e enfrentar entraves para o seu desenvolvimento em uma unidade restrita, apresenta múltiplos benefícios ao trinômio pai-mãe-filho devendo ser estimulada e praticada.

Um exemplo global desses benefícios pode ser observado num estudo experimental coreano, desenvolvido por Kang *et al.* (2021), aplicado as mães de filhos prematuros internados numa UTIN. Que teve por objetivo verificar os efeitos da taxa de prática da amamentação direta, da taxa de continuidade da amamentação, autoeficácia da amamentação e apego materno, mediante a aplicação do programa de amamentação direta para prematuros. Revelou que a realização da primeira alimentação oral pela mãe com o aleitamento, ser eficaz para o sucesso da amamentação. Por ser passível de ser oportunizado na UTIN e com recomendação de ser incentivado. Não somente por promover a autoeficácia da amamentação, como também por oportunizar a formação precoce do apego mãe-filho prematuro internado na unidade (considerado como um importante problema a ser resolvido). E ainda devido as intervenções de apoio e as orientações da enfermagem sobre aleitamento, pega correta e variedades de posicionamento do bebê em seio, terem se mostrado imprescindíveis para o desenvolvimento da segurança materna, para alcance da experiência da lactação bem sucedida e consequente continuidade da amamentação pós alta.

Leite *et al.* (2020) afirma que por ser a UTIN uma unidade crítica, envolta por fragilidade, instabilidade vital e risco de morte iminente, demanda do enfermeiro maiores saber técnico e carga de trabalho, geradoras de ansiedade tanto nos pacientes e família, quanto nos profissionais; que ao serem associadas as questões éticas, acarretam em sobrecarga de trabalho. Razão pela qual, admite-se que as ações práticas humanizadas que demandam maior tempo no desenvolvimento não sejam priorizadas e consequentemente não realizadas.

Ocorre ainda que, para que as ações assistenciais contemplem a subjetividade do sujeito na transposição do cuidado clínico, se faz necessário que os programas educacionais que capacitam e apoiam a enfermagem, desenvolvam a reflexão sobre o olhar biopsicossocial e espiritual do ser humano. Para a partir da concepção de compreensão da subjetividade do sujeito cuidado, haja o redirecionamento do modo de fazer enfermagem (LOPES *et al.*, 2011).

2.3 MATERNAGEM, PATERNAGEM E VÍNCULO PAI-MÃE-FILHO NA UTIN

Ainda que a gestação seja compreendida como um período de modificações, o qual permite a mulher uma nova concepção de si e de sua relação afetiva com o recém-nascido, no qual há a possibilidade de significar a maternidade, imaginar e planejar como ela irá desempenhar o seu papel, possibilita também construir a maternagem com o seu bebê, que

deverá ser continuada após o parto (ARANTES, 2018). É nela que também podem surgir sentimentos contraditórios em relação ao bebê. Porém há a predominância dos sentimentos positivos na presença de sua aceitação, e conseqüente aumento das chances para a formação do vínculo positivo com o bebê (GUTIERREZ; CASTRO; PONTES, 2011).

O vínculo ao contrário do que se pensava, não é instintivo e instantâneo, gerado automaticamente com o parto. É sim uma relação de responsabilidade apreendida e constituída progressivamente pelas sucessivas interações com o bebê para qual a mulher mostra-se pronta ou não. Sendo as primeiras horas pós parto um momento sensível, de extrema importância para o desenvolvimento do apego; denominado de período crítico para a formação do apego. De modo que a interrupção das interações múltiplas e simultâneas, do toque livre e contínuo posta pela hospitalização precoce do bebê a UTIN, não só abala o desenvolvimento do apego entre mãe-filho, como também pode despertar sentimentos de impotência, medo, incertezas, ansiedade, angústias e culpa; capazes de levar a hesitação ao apego, ao toque e a criação do vínculo, expressos pelas reações de apatia, imobilidade e fuga (LOPES, *et al.*, 2011).

Sentimentos que conforme Santos, *et al.* (2017) podem ser justificados pelo medo da perda antecipada, reforçados pelo grau de prematuridade e gravidade do bebê e até mesmo culpa pelo parto prematuro. Assim, ao lado de cada bebê admitido na UTIN, encontra-se pais também precoce, impactados pelo nascimento antecipado, com emoções e sentimentos despertados pelo nascimento e hospitalização num ambiente amedrontador até então desconhecido (TAMEZ, 2017).

Cabendo ao enfermeiro propiciar um ambiente conforme Winnicott, “*suficientemente bom*” para a mãe, acolhedor e favorável, essencial ao crescimento e estabilidade emocional do bebê; para que essa mãe ao superar o impacto inicial gerado pelo internamento, sinta-se motivada e sensível para interagir com o seu bebê através das expressões de afeto, e exercer a maternagem. Que consiste nos cuidados dispensados ao bebê, onde se fazem presentes o *holding* compreende o amparo materno, colo materno físico e emocional; a sensibilidade, que é a sensibilidade materna de perceber as necessidades físicas e emocionais do bebê; devoção, a dedicação em atender prazerosamente com presteza e efetividade essas necessidades do filho. Enquanto que *handling*, são os cuidados de manuseio do bebê e materiais do bebê. Expressos durante o desenvolvimento da nomeação, embalo, aleitamento e cuidados do bebê. Sendo a devoção, a sensibilidade e o *handling*, características essenciais para existência da mãe “*suficientemente boa*”. Assim, maternar na UTIN significa estar presente por mais tempo a fim de participar dos cuidados físicos e emocionais do bebê (GOMES; SANTOS, 2020; BÖING,

2004). De modo que para Winnicott, a mãe só existe porquê há o bebê, e para que o bebê exista, é necessário a mãe (ARANTES, 2018).

Quando esses cuidados dispensados ao bebê são desenvolvidos por outra pessoa, na figura substituta dos pais ou por membros da família, consideramos ser esta, ‘maternagem ampliada’. Onde essa figura possui atuação importante para a o desenvolvimento da ligação efetiva entre mãe-bebê (TERRA; DIAS; REIS, 2011).

Sobre o ambiente acolhedor e propício na UTIN, Gomes e Santos (2020) nos traz que tanto a maternagem quanto o vínculo, só se desenvolvem na presença da crença na sobrevivência do bebê. E segundo Arantes, (2018) Winnicott aponta que o pai desenvolve uma função importante neste cenário ao apoiar e suprir as necessidades a mãe, contribuindo para que essa mãe se sinta amparada, bem e feliz consigo, suficientemente boa para maternar. Desempenhando dessa forma, o papel de facilitador e “pai suficientemente bom”.

Que nesse contexto de prematuridade e internamento em UTIN, subentende-se que esse pai em seu novo papel seja capaz de visitar, buscar notícias e interagir com o filho internado. Bem como apoiar emocionalmente essa mãe em recuperação pós-parto, levando a ela notícias do bebê. No sentido de tranquilizar a mãe que pode estar angustiada por não tê-lo conhecido e estar separada fisicamente do bebê, anseia por informações clínicas suas (DARRIF; BORTOLIN; TABACZINSKI, 2020).

É ainda nesse ambiente acolhedor de compreensão das singularidades, subjetividades, necessidades e de autonomia; com entendimento dos anseios e contexto familiar que ocorre à aproximação com confiança mútua entre a mãe-enfermeira, com respeito ao seu contexto e representações assumidas; e se desenvolvem as ações práticas assistenciais que propõem a adaptação materna e ajuda para a superação e enfrentamento das situações traumáticas, com incentivo ao vínculo e a maternagem (SANTOS *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que embora a maternagem/paternagem e suas técnicas não componham a grade para a formação curricular da graduação e/ou pós-graduação, e ainda que o desconhecimento desses conceitos não sejam prejudiciais à prática assistencial, o aprofundamento desses conhecimentos pode proporcionar práticas assistenciais mais inclusivas e assertivas (LOPES *et al.*, 2011). Quer sejam proporcionadas pelas instituições de trabalho ou motivadas por buscas individuais, conforme interesse, experiência prática e valorização.

Desse modo, a compreensão proposta por esse estudo parte de uma compreensão mais aprofundada sob a luz da ciência em saúde sobre o que vem a ser apego e vínculo ancorada na Teoria de John Bowlby; bem como as condições necessárias ao seu desenvolvimento; e suas

repercussões sobre o desenvolvimento infantil mediante a teoria das relações objetais, assim como para a assistência de enfermagem neonatal.

CAPÍTULO II – TEORIA DO APEGO PARA A FORMAÇÃO DO VÍNCULO PAI-MÃE-FILHO

1. ASPECTOS DA TEORIA DO APEGO DE JOHN BOWLBY

Edward John Mostyn Bowlby, exímio psicólogo, psiquiatra e psicanalista infantil, Britânico, falecido em 1990. Contribuiu de forma relevante para o desenvolvimento das ciências e sociedade civil, com a divulgação dos seus estudos sobre a interação da criança com a sua mãe e o ambiente; como também sobre a compreensão dos efeitos negativos causados pela separação da criança a figura materna nos primeiros anos de vida sobre o desenvolvimento do comportamento na infância e vida adulta, expressaram a importância da realidade social ao qual a criança está inserida. Opostos aos conceitos psíquicos da psicanálise que eram sustentados até então. Os quais afirmavam ser o comportamento das crianças desencadeados por reações às fantasias inconscientes, e não pela realidade vivenciada (AINSWORTH, BOWLBY, 1991).

Seus estudos sobre os padrões reais da interação familiar e os fatores que envolvem o desenvolvimento humano saudável e patológico, mostraram a transmissão das dificuldades de apego entre as gerações. Fato que o direcionou a propor uma reformulação sobre a teoria das relações objetais e consequente desenvolvimento de uma nova teoria. Desenvolvida com o apoio de parcerias firmadas ao longo dos seus de 40 anos de estudos, intitulada Teoria do Apego (TA) (BOWLBY, 1989; RAMIRES; SCHNIDER, 2010).

Sobre o comportamento de apego, em sua teoria Bowlby afirma que a criança ao nascer tem necessidades fisiológicas básicas, de alimentação e aquecimento que devem ser prontamente atendidas a parte as necessidades sociais. De modo que o bebê se interessa e busca instintiva e intuitivamente a interação com a mãe/figura materna, não somente para o suprimento dessas tais necessidades, mas também para a interação social, e ao ser atendido com atenção e sensibilidade, experiencia na mãe e através dela, a gratificação, segurança e conforto, com desenvolvimento de numa relação bidirecional do apego seguro. Ocorre ainda que a

ausência materna ou dessa interação, há a busca e interesse por outra pessoa/cuidador, como uma figura substituta de apego. (BOWLBY, 1989).

Sendo a escolha dessa figura substituta de apego, guiada pela percepção infantil do indivíduo que atente ou seja capaz de atender às suas necessidades. E no caso da mãe não ser a cuidadora oficial da criança, se faz necessário a interação com uma segunda figura de apego. Que pode ser o pai biológico, pais adotivos, um familiar ou outra pessoa envolvida no cuidar (figura parental), desde que mostre disponibilidade para esta interação (BOWLBY, 1958). Muito embora também tenha sido observado que as crianças demonstram ser capazes de apegar-se a figuras abusivas ou que não correspondem às suas necessidades (AINSWORTH, BOWLBY, 1991).

Em seus estudos sobre a interação pais-filhos, Bowlby mostrou que embora o cuidar tenha sido percebido e imbuído a natureza feminina dentro e fora da raça humana, é também uma ação vista e possível a figura masculina (homem). Percebido como cuidador quando ele se predispõe a interação com a criança. Sendo o tempo e o tipo da interação proporcional a qualidade do vínculo afetivo a ser estabelecido (AINSWORTH, 1989).

Declarou também que as diferentes reações comportamentais de apego como: o sugar, agarrar, seguir, chorar e sorrir, surgem de forma instintiva e independentes durante o primeiro ano de vida, como tentativa de manter a mãe em sua proximidade, atingindo o amadurecimento entre o segundo e terceiros anos de vida. Onde existe a interação entre estes comportamentos e o desenvolvimento paralelo da cognição, onde a alteração de um repercute sobre o outro (AINSWORTH, 1989).

Para ele, as reações de apego apresentadas pelos bebês, são motivadas por diferentes fatores. E que o ato de agarrar, chupar e seguir, refere-se a busca materna enquanto ser mais próximo, diante da necessidade de alimentação e segurança. Enquanto o chorar e sorrir, são atribuídas como reações indutoras de efeitos sobre o comportamento materno; com atenção especial ao choro, que se faz presente tanto para a exigência de satisfação das suas necessidades fisiológicas; como também é apresentado por frustração a tentativa emocional de satisfação e comunicação (BOWLBY, 1958).

Observou que no decorrer do seu desenvolvimento natural, a criança apresenta a capacidade e necessidade crescente de reconhecer e explorar fragmentos do mundo que a cerca por meio de um ou mais sentidos. Construindo assim, de maneira gradativa a sua percepção do ambiente familiar o qual está inserida (BOWLBY, 1958). Assim como a sua relação com as pessoas com as quais convive.

E ainda que os sinais descritos sejam anteriores e positivos ao desenvolvimento e demonstração do vínculo, e não cheguem a serem vistos durante o internamento do bebê na UTIN, devido ao fato do internamento nesta unidade acontecer no período imediatamente após o nascer, estendendo-se entre ao fim do primeiro e terceiro mês de vida. Ainda assim, é imprescindível que a enfermeira/profissional de enfermagem envolvidas no processo do cuidar em UTIN compreenda as relações que envolvem o processo do seu cuidado, assim como as repercussões do apego e vínculo pai-mãe-filho sobre o desenvolvimento do bebê/criança, a fim de que possam direcionar suas ações e intervenções no sentido de fortalecer o vínculo entre esse trinômio.

2. APEGO E VÍNCULO A LUZ DA TEORIA DO APEGO

Até meados de 1950, Freud e outros psicanalistas adeptos da sua teoria atribuíam o vínculo a satisfação da alimentação e sexo. Defenderam por muito tempo a teoria de que essas eram as razões pela qual o vínculo se formara entre as pessoas. Para eles o motivo de ligação da criança a sua mãe, está na sua dependência e necessidade de satisfação alimentar, enquanto que nos adultos o motivo de ligarem-se está no desejo da satisfação sexual. Ou seja, a necessidade fisiológica gera aos poucos a necessidade psíquica do outro ser humano. Onde nas discussões referente as *relações objetais* (grifo do autor), o objeto é o que pode ser alcançado através ou por meio de um determinado instinto. Relações que se definem por haver um investimento libidinoso do *eu*, para o alcance do *outro* como seu objeto de desejo (SANTOS, 2009).

Ainda sob a luz da ciência em saúde, *apego* e *vínculo* são relações afetivas, desenvolvidas na infância, distintas e interligadas entre si. As quais sob a TA de Bowlby, apresentam repercussões relevantes sobre o desenvolvimento infantil e sobre os modelos internos de funcionamento, que influenciarão beneficemente ou não, os futuros comportamentos, relacionamentos e desenvolvimento psíquico emocional e cognitivo da criança até a fase adulta.

Definidos e caracterizados diferentemente em sua teoria, Bowlby declara ser *Apego*, um tipo de vínculo (BOWLBY, 1997; AINSWORTH, 1989). O comportamento instintivo e primário inerente ao ser humano, observado logo ao nascer até os três anos de vida, pode ser comparado a outros instintos, como o reprodutivo, parental e exploratório. Independente,

admite relação com várias pessoas, e quando duradouro é restrito a poucas. Transcende o interesse oral por satisfação alimentar, sendo motivado pelo desejo de proximidade a figura com a qual se apega (eleita por ser considerada a mais apta a lidar com o mundo), por segurança e/ou conforto. Da qual ao ser afastado, apresenta reações de protesto a fim de evitar a separação. É estabelecido/fortificado gradativamente a partir das interações efetivas com a mãe, e dessa interação de reciprocidade mútua, torna-se em uma base de apego segura/laço de apego. De modo que a qualidade das relações de apego depende das interações desenvolvidas. E uma vez estabelecido pode ser identificado através dos diferentes tipos de comportamentos de apego (AINSWORTH, 1989; BOWLBY, 1958; RAMIRES; SCHNEIDER, 2010).

Enquanto *Vínculo* consiste na relação recíproca, duradoura, prazerosa e contínua estabelecida primeiramente com a figura materna. E ainda que restrito, admite ser constituído com mais de uma pessoa (poucas pessoas). Constituindo-se conforme Vieira, (2020) na relação primária e mais persistente de todos os vínculos. Decorrente do estreitamento/consolidação da relação com a base do apego seguro, desenvolvido preferencialmente com a figura materna. De modo que transcende o cuidado biológico com o filho, e alcança reciprocidade na dimensão transpessoal do ser (PILLECO; BACKES, 2020).

O vínculo ao ser estabelecido, perdura por várias fases da vida. Percebido com clareza, através das expressões comportamentais de apego, expressas pela criança quando privada da presença materna/figura de apego seguro, pela alegria no reencontro, pela angústia na separação ou ainda pelo sofrimento da perda causado pelo seu rompimento. Rompimento que a depender da qualidade do vínculo que foi estabelecido, é capaz de produzir na criança efeitos prejudiciais e irreversíveis, tanto cognitivos, quanto psicoemocionais e sociais. Estando a capacidade de retomar as relações posteriores, condicionadas ao impacto desse rompimento (COSTA, 2017; AINSWORTH, 1989; BOWLBY, 1958).

Assim ao observar as relações de apego e vínculo, e as formas de interação com as figuras envolvidas nestas relações da infância, Main&Col (1985) apontaram em seus estudos as diferenças nas organizações individuais do apego (RAMIRES; SCHNIDER, 2010). Que se relacionam diretamente com os modelos internos de funcionamento construídos, com os sentimentos de disponibilidade das figuras de apego e com a probabilidade de recebimento de apoio emocional durante situações de estresse (AINSWORTH, 2015).

Conforme a TA, os efeitos positivos ou negativos decorrentes da formação ou não, do apego constituídos na primeira infância (período que compreende da gestação aos três anos de vida), interferem na percepção do *self* (percepção de si/eu) e dos outros. Com repercussão sobre

a personalidade, sentimentos, pensamentos, memórias e cognição (RAMIRES; SCHNIDER, 2010), bem como sobre as expectativas individuais envolvidas nas futuras interações, inclusive com impactos na vida adulta. Embora os adultos já possuam crenças e personalidades formadas, tendem a repetir os modelos internalizados na infância (BOWLBY, 1989).

Assim, as repercussões das experiências infantis com as figuras de apego, as percepções de si e do ambiente alicerçam um modelo organizacional de comportamento interno, o *working models*, (modelos internos de funcionamento). Que está voltado como a criança se vê, percebe o ambiente e os outros, direciona o seu comportamento e postura nas relações futuras (BOWLBY, 1958).

Assim sendo, o modelo do *eu* ou automodelo, determina como a criança/indivíduo se vê, afeta diretamente a sua autoestima, autoconfiança e dependência na relação com o mundo. E o modelo do outro, determina como a criança/indivíduo vê os outros, afeta não só suas atitudes e vínculos, bem como a adoção de uma postura de isolamento ou interação social. De forma que a constituição de um modelo interno positivo, requer a formação de uma relação segura, de confiança (denominada base segura) entre a mãe-filho/figura substituta-criança; que conduz a criança/indivíduo a explorar sua liberdade e o mundo o que o cerca, tornando-a autoconfiante e independente. Voltando-se a busca dessa base segura nos momentos de estresse. (AINSWORTH, BOLWLBY, 1991).

A constituição de um modelo negativo, é determinada pela ausência dessa relação de confiança entre mãe-filho/figura substituta-criança, pela não satisfação das necessidades pela mãe-filho/figura substituta-criança, conduzindo ao inverso. A aquisição de insegurança e adoção de uma postura de isolamento, retração, dependência e, até mesmo incapacidade de explorar e interagir com o mundo. (AINSWORTH, 1978; 2015).

Ou seja, a vivência de uma relação afetuosa, próxima e duradoura com a mãe ou figura substituta, na qual a criança tem suas necessidades e expectativas correspondidas, constitui-se numa relação estável de base segura. Por meio da qual ao experimentar sentimentos de segurança e amor; sente-se segura e independente para explorar o mundo e reagir positivamente a situações de estresse. Com efeitos saudáveis sobre o desenvolvimento da sua personalidade, comportamento e saúde mental.

Ocorre que, conforme Costa (2017) a presença de falha nessa relação, por privação parcial ou total; ou a não correspondência das suas necessidades e expectativas pela mãe/figura substituta, constitui-se uma relação de apego inseguro ou ainda a ausência do mesmo, desencadeando na criança sentimentos negativos que poderão repercutir negativamente

conforme a intensidade da falha, sobre a personalidade, comportamentos e saúde mental. Podendo ser vistos por meio da necessidade exagerada de afeto, sentimentos de vingança, angústia, apatia, depressão e distúrbios nervosos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO E ABORDAGEM DA PESQUISA

Inicialmente, vale ressaltar que esta investigação trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Uma vez que segundo Marconi e Lakatos (2011) e Gil, (2010), esta abordagem preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e fornecendo análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc.

Destarte, esta seguiu a uma abordagem descritiva e exploratória, na qual foram utilizadas informações extraídas diretamente das fontes primárias na UTIN de um hospital público na cidade de Salvador-Bahia. Através das quais foi possível compreender e analisar com riqueza sobre a forma com a qual as pessoas dessa unidade constroem a realidade ao seu redor (GIL, 2010).

O modo de investigação descritiva, segundo Polit e Beck, (2011) permite com que os pesquisadores observem, contêm, esbocem, elucidem e classifiquem, com descrição das dimensões, variações e importância dos fenômenos. A fase exploratória começa com um fenômeno, no entanto, além de observar e descrever esse fenômeno, os pesquisadores investigam sua natureza, o modo como se manifestam e outros fatores relacionados, inclusive fatores que talvez sejam sua causa. Destinando-se desvendar os vários modos pelos quais o fenômeno se manifesta. E ainda que conforme Gil, (2010) haja pouca exploração sobre o tema pesquisado, o que não permite ao pesquisador a formulação de hipóteses, e sim uma visão geral sobre os fatos do estudo.

Portanto, a escolha por esse tipo de abordagem se justifica por permitir a compreensão dos motivos, valores e crenças que intrínsecos nas relações humanas, proveniente da dinamicidade da relação entre o sujeito e o mundo real, na qual o conhecimento não se reduz a uma listagem de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa. E por haver um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (CHIZZOTTI, 2009; MINAYO, 2014). Assim, a presente pesquisa possibilitou apreender sobre as ações práticas assistenciais da enfermagem em UTIN que proporcionam o desenvolvimento do vínculo entre o trinômio pai-mãe-filho.

3.2 LÓCUS DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada na UTIN do maior hospital público do estado da Bahia, localizado em sua capital Salvador. Atualmente conta com uma UTIN com capacidade para 20 leitos (atualmente 17 em funcionamento) destinados à assistência aos RN's prematuros e/ou graves, que necessitam de cuidados intensivos clínicos ou cirúrgicos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), provenientes de Salvador e região Metropolitana, alocados através do serviço de regulação do estado. Que conta com a atuação de uma equipe multidisciplinar mista predominantemente feminina. Composta por enfermeiras(os), técnicas de enfermagem, fisioterapeutas e médicas(os) no cuidado ao bebê grave.

Conforme dados da instituição lançados no portal da secretaria de saúde do município, a instituição proposta para realização da pesquisa, em muito tem contribuído ao longo dos anos na prestação dos serviços à saúde de Salvador e região metropolitana, por ser um grande centro de a formação multiprofissional na área da saúde, certificado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, acolhendo a formação multiprofissional em suas diferentes fases. Com capacidade total para atendimento a 640 leitos, destaca-se por ser um hospital de grande porte de alta complexidade, referência na diversas especialidades que abriga em sua estrutura.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Ainda que o estímulo ao desenvolvimento do vínculo pai-mãe-filho nessa UTIN seja proporcionado pela equipe multiprofissional. O presente estudo propõe como participantes desta pesquisa, apenas a equipe de enfermeiras envolvidas na assistência direta ao bebê. Por ser esta uma das categorias profissional mais próxima ao bebê, a genitora e família, e responsável direta pelo cuidado e incentivo no desenvolvimento da interação e vínculo propostos, com permanência em tempo integral na unidade.

Caracterizada atualmente como uma equipe mista, composta em sua totalidade por 26 profissionais, com prevalência do sexo feminino. Sob vínculo empregatício misto, formado por servidores públicos estatutários e servidores terceirizados, contratados por empresas de prestação de serviços. Composto a escala de trabalho em plantões de Serviço Diurno (SD) e Serviço Noturno (SN). Distribuídos da seguinte forma: uma enfermeira coordenadora, uma enfermeira administrativa de referência e 24 enfermeiras assistenciais.

A escolha das participantes nesse estudo deu-se de modo não intencional e aleatório, conforme a disponibilidade e aceite na participação da pesquisa, nos momentos de exploração do campo. Como critérios de inclusão a pesquisa foram selecionadas as enfermeiras assistenciais atuantes na unidade dispostas na escala laboral em vigor, com experiência profissional mínima maior/igual de um ano de atuação nesta UTIN.

Aplicou-se como critérios de exclusão a pesquisa, as enfermeiras que se encontravam afastadas em por licenças/férias e aquelas com tempo de atuação na unidade menor de um ano, ainda que integrantes do quadro assistencial em vigor. Que correspondeu a um total de sete enfermeiras. No momento da exploração do campo, compunham o quadro laboral total 22 enfermeiras. Distribuídos da seguinte forma: uma a coordenadora, uma enfermeira referência e 20 enfermeiras assistenciais entre recém contratadas (enfermeiras novas – com tempo de atuação no setor menor de um ano) e antigas (enfermeira com tempo no setor maior de um ano) (13 antigas e sete novas). Duas enfermeiras se encontraram de licença e uma de férias.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Primeiramente, a pesquisa está respaldada pelas Resoluções nº 510, de 07 de abril de 2016 e 466, de 12 de dezembro de 2012, declarada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamentada pelo MS sobre a participação e Ética em Pesquisa na Saúde envolvendo seres humanos, a fim de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos sujeitos da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. A fim de manter a qualidade e a aprovação, a pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil, e submetida aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP's) da instituição pesquisada e da Escola de Enfermagem da UFBA. E iniciada somente após os pareceres de aprovação das referidas instituições.

Compreendendo que a pesquisa realizada numa unidade de cuidado intensivo, no decorrer do período laboral, tem possibilidade de interferir no desempenho das atividades profissionais, foram acatadas e respeitadas as orientações e permissões concedidas pela unidade/instituição de modo que a condução do estudo não interferiu e/ou prejudicou o processo laboral da enfermagem.

De posse da autorização, foram iniciadas visitas à unidade como proposta de aproximação com os profissionais da unidade e sujeitos da pesquisa; percepção das rotinas e dinâmica da unidade; com apresentação a unidade da pesquisadora, dos objetivos e relevância

do presente estudo para a assistência da enfermagem neonatal e para os neonatos; quando foi solicitada à coordenação da unidade, a concessão de uma lista com os nomes das enfermeiras atuantes na unidade, apenas para fins da pesquisa.

Ainda durante as visitas de aproximação, foi realizado o contato pessoal com às participantes em potencial, e disponibilizado a Carta convite impressa contendo as informações gerais sobre a pesquisa, a fim de informar e fomentar o interesse de participação da mesma. Após esta etapa, foram iniciadas às visitas de campo para coleta de dados em dias e períodos alternados, a fim de serem contempladas as participantes diferentes em seus turnos de trabalho.

As entrevistas ocorreram individualmente na modalidade presencial durante todo o tempo da pesquisa, até que houve início a saturação dados coletados. Momento em que foi disponibilizado para a participante a assinatura do TCLE (Apêndice A), previamente assinado pela pesquisadora e orientadora da pesquisa. O qual discorre sobre a propriedade intelectual e o propósito do estudo, expectativas específicas relacionadas a participação, natureza voluntária, benefícios, isenção de custos, possíveis riscos e contatos das pesquisadoras (BRASIL, 2012; POLIT; BECK, 2011).

Foi assegurado as participantes por meio do TCLE de que: as informações coletadas são sigilosas e compartilhadas apenas entre as pesquisadoras. Permanecendo o anonimato das suas identidades, substituídas por codinomes alfanuméricos no produto da pesquisa e publicação do estudo. Mantendo-se a conformidade com as resoluções nº 510 de 07 de abril de 2016 e 466 de 12 de dezembro de 2012 do CNS, sobre a participação e ética da pesquisa em seres humanos.

Foi informado a participante que toda pesquisa apresenta riscos de constrangimento ou desconforto em decorrência da entrevista, muito embora o nível dessa ocorrência tenha sido avaliado como baixo, pela enfermeira pesquisadora e psicóloga, orientadora da pesquisa. E consideradas as necessidades de pausas e/ou interrupção/desistência na participação da pesquisa, ao ser percebido a ocorrência destes sinais.

A fim de garantir a qualidade na condução do estudo proposto e evitar a ocorrência dos riscos mencionados, a pesquisadora responsável prestou o acolhimento e escuta, disponibilizando-se juntamente as orientadoras da pesquisa ao esclarecimento de possíveis dúvidas em todo o período de desenvolvimento da pesquisa. Foi disponibilizado ainda a participante no caso da ocorrência de dano/prejuízo emocional não ter sido evitado, uma avaliação psicológica por profissional habilitado e adoção de outras medidas cabíveis. Avaliação que por sua vez não foi necessária, devido à ausência dos danos mencionados.

As participantes da pesquisa, foram definidas de forma não intencional e aleatória, a partir da população total das enfermeiras que compõem a escala assistencial vigente, sendo as visitas de exploração do campo foram distribuídas nos períodos diurno e noturno, a fim de ampliar o número e abordar diferentes participantes, com respeito aos requisitos qualitativos acima citados, até que as respostas as perguntas de pesquisa mostraram-se saturadas e os objetivos propostos atendidos.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de diferentes maneiras, em consonância a triangulação típica da pesquisa qualitativa, tendo utilizadas diferentes técnica e instrumento.

Primeiramente, foi utilizado como instrumento na coleta dos dados à entrevista semiestruturada (Apêndice B). Composta por duas partes. A primeira, referente a caracterização sociodemográfica e perfil profissional do participante (nome, gênero, experiência pessoal com amamentação, tempo para a formação da graduação, tempo de atuação em UTIN; se possui curso de especialização, há quanto tempo e em qual área; se possui curso de capacitação, quais e há quanto tempo; tipo de financiamento).

A segunda parte, é relacionada ao objeto da pesquisa, onde foram coletados os aspectos relacionados à atuação profissional da assistência de enfermagem referente à promoção do desenvolvimento da interação e vínculo pai-mãe-filho. Composta pelas seguintes questões norteadoras: 1. Como você define vínculo? 2. Dentre as suas ações na UTIN descreva as que promovem a interação para a formação do vínculo pai-mãe-filho e 3. Para você quais ações assistenciais e gerenciais da enfermagem estão direcionadas a promoção da interação para a formação vínculo entre o trinômio nessa unidade? Assim, operacionalmente, o primeiro passo foi a aplicação de duas entrevistas-piloto, com enfermeiras da unidade semi-intensiva neonatal a fim de testar a viabilidade do instrumento de pesquisa e revelar a necessidade de possíveis ajustes e implementação das entrevistas. Com posterior aplicação das entrevistas junto as enfermeiras atuantes na UTIN, a fim de obter respostas à essas questões no sentido proporcionar as informações requeridas ao esclarecimento do problema de pesquisa.

As entrevistas audiogravadas foram aplicadas pela pesquisadora principal as participantes chave estabelecidas, no período de 23/03/2022 à 15/04/2022. De modo que todas ocorreram no formato presencial, individual e privativo, em local seguro e reservado nas

dependências do andar, na sala da coordenação ou na sala de convívio multiprofissional, previamente autorizado pela coordenação, a fim de serem evitadas interrupções e mantida a privacidade. Durante o período laboral, conforme a disponibilidade das enfermeiras sobre momento mais oportuno, com duração ente 20 – 45 min. Houveram 04 dias de exploração do campo em que não foi possível a realização da entrevista, devido ao processo de trabalho e ao aumento da demanda laboral na unidade com impossibilidade da enfermeira em ausentar-se da unidade e colaborar com a pesquisa.

Conforme Soriano (2004) a entrevista participativa ou dialógica permite tanto o pesquisador quanto ao entrevistado uma participação ativa, por possibilitar ao entrevistado liberdade em suas respostas. Estabelecendo um estreitamento no relacionamento entre as partes, constituindo um relacionamento próximo e construtivo. Além de permitir o acolhimento as críticas, opiniões e sugestões do entrevistado.

Devido ao fato de estarmos em meio a pandemia do Coronavírus 19 (COVID-19), causada pelo novo coronavírus o *SARS-CoV-2*, foram adotadas medidas sanitárias restritivas de prevenção/contenção da propagação da pandemia, bem como a proteção dos envolvidos na pesquisa. Com a adoção de medidas assépticas e de distanciamento social de 1 e ½ metro, quando na ocasião das entrevistas; mantendo lavagem das mãos; uso de álcool à 70% para antissepsia e desinfecção de equipamentos pessoais e superfícies; uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) como máscara cirúrgica/N95, touca e avental descartável de mangas longas.

A entrevista participativa ou dialógica conforme Soriano, (2004) permite tanto o pesquisador quanto ao entrevistado uma participação ativa. Estabelecendo um estreitamento no relacionamento entre as partes, constituindo um relacionamento próximo e construtivo. Além de permitir o acolhimento as críticas, opiniões e sugestões do entrevistado. Pois nota-se que

[...] as seguintes vantagens costumam ser atribuídas à observação participante: a) independe do nível de conhecimento ou da capacidade verbal dos sujeitos; b) permite “checar”, na prática, a sinceridade de certas respostas que às vezes, soa dadas só para “causar boa impressão”; c) permite identificar comportamentos não intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os informantes não se sentem à vontade para discutir; e d) permite o registro do comportamento em seu contexto temporal-espacial. (ALVES-MAZZOTTI, 1999, p.164)

Vale ainda ressaltar a Observação científica como recurso metodológico, sendo ela participante ou não. Por permitir a percepção e apreensão de informações não verbais que não podem ser apreendidas por outros métodos. Diferindo-se da observação informal, a partir da utilização do rigor e sistematização específica sobre a observação detalhada do comportamento espontâneo numa determinada situação (ANDRADE; PEGOLO, 2020).

Sendo assim, a observação individual dos sujeitos na UTIN, ocorreu de forma direta, estruturada e não participante durante a atuação da profissional no exercício de sua atividade laboral (Apêndice C). Nos dias em que foram realizadas as entrevistas, e antes a sua realização. Com respeito as regras de distanciamento e uso de EPI's já descritos. Onde a pesquisadora responsável observou a realidade em pauta de forma planejada, utilizando-se do roteiro de observação como recurso auxiliar na coleta de dados, com o propósito de perceber a existência de elementos no momento da proposta de promoção do vínculo afetivo, não descritos na fala.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise qualitativa dos dados, segundo Bardin (2016), tem por finalidade revelar a informação essencial contida no texto, através da análise textual. Cujas a avaliação crítica dos dados dar-se em diferentes etapas de análise.

De maneira que a análise temática dos conteúdos parte de uma organização prévia e estruturada em três diferentes fases: a primeira, pré-análise; a segunda, exploração do material; e a terceira e última fase, tratamento dos resultados, sujeitos à inferência e interpretação do autor.

Na primeira etapa, a pré-análise, foram realizadas as entrevistas em áudio, mediante a gravação das 'falas'. No momento da transcrição, houve um primeiro contato com o contexto estudado, por meio de uma leitura flutuante a qual permitiu uma avaliação primária dos conteúdos, a fim de serem identificadas quais as informações que deveriam ser consideradas para a análise. Seguido por releitura das transcrições, a fim da construção da nuvem de palavras.

Vale ressaltar que para Bardin (2016), nesta fase é intrínseco o rigor metodológico, em que devem ser atendidas especificamente as seguintes regras: a "da exaustividade", onde devem estar presentes todos os elementos relevantes a pesquisa; "da representatividade", onde o conjunto formado pelos elementos eleitos a análise devem estar inseridos em um conjunto original de dados; "da homogeneidade", o conteúdo selecionado deve relacionar-se com a tópico/variáveis a serem analisados; a "da pertinência" onde o conteúdo analisado deve ser pertinente aos objetivos propostos pela pesquisa e por fim, a "da exclusividade", onde cada elemento classificado só poderá pertencer a uma única categoria.

Na segunda fase, a exploratória, ocorreu a exploração do material, procedendo a codificação, classificação e agrupamento dos conteúdos obtidos através das entrevistas em categorias temáticas ou *Nós* (grifo do autor) conforme o software.

Por fim, ocorreu na terceira e última etapa, o tratamento dos resultados, e consequente interpretação, inferências e análise dos mesmos, recorrendo à transcrição e releitura das informações coletadas, até a exaustão e total apreensão do fenômeno pesquisado. Fundamentado no referencial teórico metodológico de Bardin e Jonh Bowlby sobre a Teoria do Apego, sendo utilizado o software NVivo 12 como suporte a organização e análise dos dados, para otimizar a interpretação da pesquisadora e construção do relatório final da pesquisa: a dissertação.

Foram contempladas na entrevistada 11 enfermeiras, até que não foram identificadas novas informações nas respostas. Considerado a ocorrência de saturação dos dados coletados. Na apresentação dos resultados optou-se pela adoção da representação alfanumérica das entrevistas na substituição dos nomes verdadeiros das participantes pela letra “E” (de Enfermeira), seguido pelo número cardinal não sequenciado na ordem das entrevistas (E1, E2, E3...) a fim de garantir o anonimato das participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabe-se que a hospitalização do bebê na UTIN implica na inevitável separação entre o bebê sua família, com fortes repercussões sobre os sentimentos dos pais e desenvolvimento das relações afetivas entre pai-mãe-filho. E por entender que os pais não são visitas e os inúmeros benefícios oportunizados a ambos por meio do contato direto entre pais-filhos, foram adotadas medidas por meio das políticas públicas brasileiras no sentido de garantir os direitos da criança. Como o direito ao livre acesso e permanência (24h) dos pais a unidade neonatal, característicos da visita aberta. Conforme disposto pela PNH na portaria nº 930/2012 do MS, no tocante 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), bem como no Art. 22, da Lei 13.257 de 2016, sobre a permanência integral dos pais na unidade.

E embora este tipo de visita seja característico da unidade pesquisada, a exploração do campo no período da manhã mostrou-se não ser este o período de escolha dos pais para o comparecimento a unidade, conforme sinalizado pela gerência. Sendo mantido as visitas propositadamente no período da tarde entre 14:45 às 18:00, com duração de duas a três horas por visita. Por compreender ser este o período da manhã como o de maior fluxo assistencial na unidade, com intensificação tanto da assistência de enfermagem quanto da equipe multiprofissional, resultando na impossibilidade de pausa das enfermeiras em contribuir com a pesquisa e ainda ter a presença da pesquisadora neste período, como uma possível interferência no trabalho das enfermeiras. Sendo por esses motivos, mantido às visitas propositadamente nos períodos da tarde e noite entre 14:45 às 18:00 e 19:30 às 21:30. De modo que as observações ocorreram nos momentos anteriores as entrevistas, totalizando 36 horas observacionais, distribuídas nos períodos das visitas.

A exploração da unidade no período noturno permitiu a percepção das diferenças nas rotinas da unidade entre os períodos noturno e diurno. Tendo ocorrido de 19:30 às 21:30. Salientando que em dias pontuais houve ultrapassagem do horário previsto para permanência na unidade neste período, devido a movimentação mais acentuada na unidade. Porém mediante o consentimento prévio das enfermeiras e disponibilidade em participar da pesquisa nestes momentos. Ocorrendo apenas a entrevista, devido à ausência de pais na unidade.

Na maior parte dos momentos de exploração do campo, a unidade foi percebida com perfil de trabalho entre calmo, sem intercorrências. Com a presença de três ou quatro

enfermeiras por plantão, sendo no mínimo duas delas, profissionais novas em treinamento na unidade, com e sem experiência em neonatologia. Onde algumas atuaram como sombra das enfermeiras mais antigas, encarregadas juntamente com a coordenação de lhes apresentar tanto as normas e rotinas do setor, bem como auxiliar no desenvolvimento das atividades.

Ainda assim, houveram pontualmente quatro dias das visitas diurnas em que não foi possível a pausa das enfermeiras para a colaboração com a entrevista, devido à intensificação do trabalho e aumento das demandas. Tendo ocorrido apenas a observação direta e não participativa da atuação da enfermeira da unidade. Houve também em alguns períodos, o treinamento/orientação da equipe pela coordenadora do setor, quanto ao manuseio e rotinas no sistema de prontuário eletrônico. Fato que notoriamente exigiu maior atenção dos profissionais, menor celeridade e intensificação das demandas.

Nos momentos de observação, percebi a presença frequente de apenas três ou quatro pais/substitutos (tia) (leitos 03, 08, 15 e 17). Os quais se mostraram seguros e cientes quanto as rotinas da unidade, apresentando condutas de independência durante a interação e contato o contato com o bebê. Não tendo sido observado interação entre eles e as enfermeiras. Tendo ocorrido apenas dois episódios de auxílio em que houve a solicitação de ajuda da enfermeira por parte das mães para condução da bebê ao colo. Quando foram auxiliadas por em um dos casos, uma fisioterapeuta (que ao perceber a necessidade se disponibilizou a ajudar) e no outro, por uma técnica de enfermagem. Enquanto que as enfermeiras mostraram-se na maior parte do tempo, envolvidas na execução das demandas administrativas do setor. Não tendo sido observado interações entre pais-enfermeira no sentido proposto pela pesquisa.

Ao examinar o perfil das enfermeiras da UTIN representada pela tabela 1. Observa-se que a equipe é composta em sua maior parte por mulheres, sendo no momento da pesquisa 19 mulheres e um homem, com participação de 11 enfermeiras. Embora tenha ocorrido a admissão de enfermeiros do sexo masculino durante a fase de exploração da unidade, essa razão ainda prevalece. Apresentando idades entre 28 e 54 anos, sendo sua maior concentração na faixa etária dos 35 à 39 anos. Quatro possuem filhos e destas, três possuem experiência de amamentação. Distribuídas na escala de trabalho de duas a três enfermeiras por plantão, sendo oito fixas no Serviço Diurno (SD) e quatro fixas no Serviço Noturno (SN).

Quanto ao tempo de formação, observa-se que na equipe seis profissionais possuem longo tempo de experiência (superior a 10 anos), e apenas quatro destas tem especialização em neonatologia. Cinco possuem tempo de atuação entre dois e seis anos, e destas três possuem

especialização em neonatologia. De modo que admite-se afirmar que a equipe de enfermeiras da UTIN é heterogênea e relativamente jovem quanto a experiência profissional e atuação na neonatologia.

Sobre a qualificação profissional, todas as participantes possuem no mínimo um tipo de especialização e um possui mestrado em Enfermagem. Distribuídas em: Enfermagem em Neonatologia (3), Enfermagem em Neonatologia e/ou pediatria (3); Enfermagem em UTI Pediátrica (1), Enfermagem em UTI Adulto (1) e Enfermagem em Urgência e Emergência Adulto (2) e Enfermagem em Emergência (1). A maioria possui capacitação e atualização profissional, relacionado a humanização e ao cuidado ao paciente grave, como: habilitação em inserção de Cateter Central de Inserção Periférica-PICC; Reanimação Cardiorrespiratória – RCP; Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso- Canguru; Manejo da Amamentação; Atenção ao RN de Alto Risco; Segurança do Paciente Neonatal; Qualineo; Punção Intraóssea; Cuidados Paliativos; Suporte Básico de Vida – BLS; Suporte Avançado ao Trauma – ATLS; Feridas e Curativos. Realizados com recursos próprio e/ou financiados pela instituição.

Porém a busca por cursos diversos de atualização nos mostra que apesar da equipe ser heterogênea quanto ao tempo de formação e de experiência profissional, não há discrepância quanto a atualização profissional. De modo que os resultados obtidos apontam ser preocupação constante enquanto equipe intensivista, a busca por atualização como ferramenta de aperfeiçoamento a assistência prestada. Sendo comum entre eles a busca por áreas técnicas da atuação intensivista (PICC, RCP, punção intraóssea), e na área assistencial a busca está voltada ao manejo do bebê. Temáticas que requerem envolvimento profissional-família (manejo da amamentação, segurança do paciente, atenção ao RN de baixo peso e paliação).

Contínua

Tabela 1- Perfil das Enfermeiras da UTIN. Salvador, 2022

Perfil	Características	Nº participantes
Idade	25 – 30 anos	1
	30 – 35 anos	0
	35 – 40 anos	7
	40 – 45 anos	2
	Mais de 45 anos	1
Gênero	Masculino	1
	Feminino	10

Tabela 1- Perfil das Enfermeiras da UTIN. Salvador, 2022

Perfil	Características	Nº participantes
Possui Filhos	Sim	4
	Não	7
Amamentou	Sim	3
	Não	8
Tempo de Atuação em Enfermagem	2 - 5 anos	2
	5 -10 anos	3
	10 -15 anos	2
	15 -20 anos	3
	20 – 25 anos	0
	Mais de 25 anos	1
Tempo de Atuação em Neonatologia	10 – 15 anos	2
	15 – 20 anos	2
	20 – 25 anos	0
	Mais de 25 anos	1
Especialização	Neonatologia/ Pediatria ou Pediatria	7
	Cursando - Neonatologia	1
	Outras áreas - Adulto	3
Tempo de Especialização	1 – 2 anos	1
	2 – 5 anos	2
	5 – 10 anos	1
	10 – 15 anos	3
	15 – 20 anos	2
	Em Curso	1
	Não possui	1
Capacitação	Em Neonatologia e/ou Pediatria	7
	Outras áreas - Adulto	1
	Não possui	2
Tempo de Capacitação	1 ano	3
	1 – 2 anos	1
	2 – 3 anos	2
	3 – 5 anos	1
	Mais de 5 anos	2
	Financiamento	Não se aplica
	Próprio	4
	Instituição	8
Total de Participantes		11

Fonte: Elaboração da autora *Alguns profissionais possuem mais de 1 especialização; mais de 1 curso de capacitação e tiveram os 2 tipos de financiamento

atenta dos discursos foi possível perceber em meio as suas singularidades, a similitude quanto aos seus significados e ações assistenciais desenvolvidas na UTIN.

5.1 CATEGORIAS APREENDIDAS

A análise do conteúdo e identificação das unidades temáticas, me permitiu formar as seguintes categorias de análise: 1. O vínculo para as Enfermeiras na UTIN, com as subcategorias: 1.1- A Percepção do Vínculo pelas Enfermeiras; 2. Ações da Enfermeira para a Interação e Formação do Vínculo na UTIN, destacaram-se as subcategorias: 2.1- A Aproximação entre Enfermeiras e Pais; 2.2- Fatores que Interferem na Relação Pai-mãe-filho, 2.3- Fatores que Interferem na Relação Pais-equipe; 3. Ações da Equipe para a Interação e Formação do Vínculo na UTIN e 4. Ações Gerenciais para a Interação e Formação do Vínculo na UTIN (Quadro 1).

Quadro 1- Categorias apreendidas e participantes da pesquisa. Salvador, 2022.

CATEGORIAS		PARTICIPANTES
1	O vínculo para as enfermeiras na UTIN	E5, E10
1.1	A percepção do Vínculo pelas Enfermeiras	E1, E2, E3, E4, E6, E7, E9, E10, E11
2	As ações da enfermeira na formação da interação e vínculo na UTIN	E2, E4, E7, E8, E9, E10, E11
2.1	A aproximação entre enfermeiras e pais	E4, E7, E8, E9, E11
2.2	Fatores que interferem na relação pai-mãe-filho	E1, E2, E3, E6, E8, E10, E11,
2.3	Fatores que interferem na relação pais-equipe	E1, E2, E5, E6, E8, E10
3.	As ações da equipe na formação da interação e vínculo na UTIN	E2, E6, E8
4.	Ações gerenciais na formação da interação e vínculo na UTIN	E1, E3, E5, E6, E7, E9

Fonte: Elaboração da autora - Informações das participantes coletadas nas entrevistas

Sendo assim, subentende-se que apreender o que as enfermeiras da UTIN compreendem ser vínculo e como se percebem frente ao seu desenvolvimento na unidade, pode ser norteador para o (re)direcionamento das ações assistenciais voltadas ao RNPT e sua família. Considerando a singularidade de cada profissional, seus conhecimentos, experiências e a diversidade dos olhares sobre um e vários assuntos dentro de uma mesma equipe.

CATEGORIA 1. O VÍNCULO PARA AS ENFERMEIRAS NA UTIN.

As enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, compreendem que vínculo é uma relação de envolvimento afetivo entre duas pessoas. Que se compõe de afetuosidade, intimidade e confiança, e necessita da aproximação e contato para existir. Sobretudo no que diz respeito ao vínculo mãe-filho. Conforme expressas nas falas:

“Vínculo é a aproximação do pai com a mãe; dos pais com o bebê”. (E5)

“É uma relação entre duas pessoas, que é construído no dia a dia. É o contato pele a pele, o toque. É o sentir a pessoa. Não há vínculo, sem construção e sem contato”. (E10)

Essa compreensão apresentada por elas concorda com a Teoria do Apego, de que o vínculo decorre de gradativas interações duradouras e benéficas entre a mãe e o bebê, que pode ser iniciada no período intrauterino e deve ser continuada no pós-parto com o ato da amamentação e do contato pele a pele. Ato indispensável para o reconhecimento mútuo com consequência para a formação do sentimento de segurança emocional e exploratória para o bebê. E necessárias ao desenvolvimento das relações de apego e vínculo com repercussões sobre ambos, porém com efeito maior sobre o desenvolvimento cognitivo, emocional e social do bebê (BOWLBY, 1958).

Ainsworth, (1989) estudiosa das relações objetais e parceira de Bowlby em suas pesquisas, afirma que embora a relação de vínculo não possa ser substituída, pode ser estabelecida com mais de uma pessoa. Sendo, portanto, possível ao pai (figura masculina) na ausência materna, se predispor e tornar-se o cuidador/figura de apego e interagir com a criança. Sendo o tempo e o tipo da interação proporcional ao vínculo afetivo que será estabelecido.

1.1. A PERCEPÇÃO DO VÍNCULO PELAS ENFERMEIRAS

Vê-se que embora algumas enfermeiras concordem quanto ao significado do vínculo. Divergem quanto à forma de percepção do mesmo, e quanto aos processos ocorridos na unidade. Há enfermeiras que percebem o vínculo através da presença dos pais na unidade e através das falas de interesse sobre o bebê e no que se refere ao bebê; enquanto outras percebem através das atitudes, no querer amamentar, ordenhar; no desejo de tocar e de querer estar perto do filho por mais tempo.

“Eu percebo pela presença dos pais e como eles se comportam com o bebê.”(E11)

“...Percebo com a presença deles e mais o interesse em saber sobre o estado clínico do recém-nascido... Perguntar, querer participar, querer tocar, querer carregar, querer muito amamentar, querer participar. Para mim demonstra vínculo.” (E3)

“...Nas mães algumas falas e expressões que demonstram que existe o vínculo com o bebê. Em 90% das falas elas expressam o desejo, a vontade de colocar logo no colo, de colocar para mamar, a preocupação em saber sobre o bebê, perguntam quando vão poder levar para casa, dizem que o quartinho está pronto” ... (E8)

Atitudes estas que corroboram com Klaus e Kennel (1993), de que a percepção do vínculo mãe-filho formado no período intrauterino é subsequente ao nascimento, e reforçado pelos atos do toque, olhar e voz materna.

Há ainda enfermeiras que apontaram para a impossibilidade dessa percepção ser observada pela presença ou ausência dos pais na unidade. Por compreenderem a dificuldade de locomoção enfrentada por alguns pais dentro e fora do perímetro do município. Como nos casos das famílias residentes no interior e que necessitam dos auxílios disponibilizados pelo Tratamento Fora do Domicílio (TFD), como o transporte municipal gratuito e da casa de apoio em que são abrigadas na capital, durante o período de visita do filho.

...“Por exemplo, a falta de visita, não diz se vinculou ou não, se teve condições financeiras, logísticas para vim... a questão é crítica mesmo, às vezes tem gente que mesmo morando aqui não tem dinheiro nem para o transporte. A gente percebe que tem pais que não conseguem vim, por questões de transporte, pais que moram em outra cidade que dependem do TFD (Tratamento Fora do Domicílio) tem mais dificuldade de vim”... (E8)

Referem também perceber que a ausência paterna é causada por diferentes motivos, com destaque para o motivo financeiro, onde tem-se os casos do pai provedor que não pode ausentar-se do trabalho devido a necessidade do salário para a manutenção do lar; daqueles sem condições financeiras de deslocamento; trabalhadores informais, que necessitam do trabalho diário para garantir a sustento e os desempregados. E referente ao motivo trabalhista, tem os casos dos pais sem direito a licença/férias, prestadores de serviço sem vínculo empregatício.

Vale ressaltar que o direito do homem de faltar ao trabalho para o exercício da sua paternidade, está na prevista na constituição federal desde 1988, e conforme a evolução social e maior participação dos pais no cuidado dos filhos, houveram mudanças no que se refere a licença paternidade, como a extensão do tempo de cinco dias, para até 20 dias. Conforme disposto na Lei nº 13.257, 8 de março de 2016. Que altera os Arts. 1º, 3º, 4º e 5º da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008 (BRASIL, 2016).

Condições estas que nos revelam que o nascimento prematuro requer também uma reestruturação familiar, onde a ausência tanto materna quanto paterna não deve ser atribuída/julgada pelo profissional de saúde como falta de interesse pelo filho.

...“não podem deixar o trabalho para estar na unidade, que não pode interromper o trabalho [...] Não tem condições de gastar para estar na unidade sem garantir o salário; não tem vínculo empregatício, licença... (E4)

... “Por exemplo, a falta de visita, não diz se vinculou ou não, se teve condições financeiras, logísticas para vim.” (E7)

Sabe-se que a ausência paterna tem a repercussão negativa sobre a mãe e o bebê, e consiste em um dos fatores de risco sociodemográficos tanto para o parto prematuro, quanto para o desenvolvimento emocional, cognitivo e social do bebê. Ao passo que a sua presença participa das relações afetivas entre o binômio mãe-filho (TERRA; DIAS; REIS, 2011).

Logo, é preciso que o profissional de saúde compreenda que o exercício da paternidade perpassa por diferentes graduações. E esse modelo contemporâneo onde o pai mantém-se como provedor e assume juntamente com mãe o papel de cuidador do lar, das relações e também do filho, tem impacto direto sobre paternidade e desenvolvimento do vínculo pai-filho. Em especial sobre o filho prematuro, que geralmente necessita de cuidados especiais e de ser internado na UTIN (SOARES; BERNERDINO; ZANNI, 2020).

De maneira que as várias relações com pai e familiares nos primeiros anos de vida, é fundamental para a nutrição da relação íntima e prazerosa do bebê com a mãe. E de acordo com a teoria de Bowlby e outros psicanalistas estudiosos das relações afetivas e comportamentais constituem-se na base para o desenvolvimento da personalidade e da saúde mental do bebê (BOWLBY, 1988; VIEIRA, 2020).

Concordam também sobre o fato de acreditarem que a hospitalização na UTIN contribui para a fragilização do vínculo mãe-filho/pais-filho.

“Esse vínculo é bem fragilizado, por conta da hospitalização do bebê.” (E7)

“O vínculo, esse amor que ela tinha com ele na gestação, com o internamento do bebê foi fragilizado”... (E10)

Sabe-se que hospitalização do bebê/criança, possui efeitos nocivos sobre o binômio mãe-filho, (LEITE *et al.*, 2020), vistos como decorrentes da impossibilidade de livre contato dos pais com o bebê, que contribui para o afastamento precoce que pode desencadear tanto no bebê quanto em crianças maiores diversas fragilidades, com repercussões físicas e psicoemocionais como: diminuição da resistência a infecções, atraso psicomotor, perda de peso, angústia, depressão, apatia, incapacidade de adaptação social e deterioração progressiva podendo levar à morte (BÖING; CREPALDI, 2004).

Conforme o manual técnico de atenção humanizada ao prematuro (BRASIL, 2013), essa apatia nos prematuros pode ser entendida como uma resposta sensorial temporária do SNC do

bebê, em manter-se apático, irresponsivo, em estado de sonolência ou sono profundo por um tempo prolongado, a fim de poupar energia para a manutenção do seu equilíbrio corpóreo.

Estas repercussões nocivas e anunciadas na TA, partem do pressuposto de que a separação da criança a sua figura de apego (mãe/pai/cuidador/figura parental) produz diferentes sentimentos e reações, que são diretamente proporcionais ao vínculo que foi estabelecido (DALBEM; DELL'AGLIO, 2015; RAMIRES; SCHNIDER, 2010).

É fato que a permanência do bebê junto a mãe, propicia para ele várias repercussões benéficas como o aumento da imunidade, diminuição na taxa de infecção, diminuição dos dias de internamento, dos custos e da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2013). Igualmente percebidas sobre os bebês prematuros, que embora muito pequenos tem se mostrado responsivos aos estímulos sociais mesmo nas primeiras semanas de vida. Apresentado capacidade de recuperação, quando iniciadas precocemente junto a ele a interação social com os pais associada a assistência tecnológica. Constituindo-se, portanto, a interação com os pais em ponto positivo para sua recuperação (BRUM; SCHERMANN, 2004).

Apontam ainda ser a ausência dos pais (mães e pais) na unidade devido ao medo e dificuldades no enfrentamento da realidade de ter um filho prematuro. Como reação ao impacto sofrido por eles diante a realidade da imagem de terem um bebê prematuro, oposta e completamente distante da imagem do bebê idealizado na gestação. Condição que contribui para o afastamento. Como pode ser visto nas seguintes falas:

... “Desses três meses, o pai nunca veio visitar. E era um pai que queria esse bebê, e nunca teve coragem de vim até a UTI”... (E2)

... “ Muitos pais tem medo de vim, porque tem medo do que vai ouvir”... (E6)

... “Acontece muito das mães que não vem por medo, porque o médico deu algum diagnóstico que ela ficou com medo”... (E11)

A vivência do nascimento precoce e internamento do bebê faz com que os pais (sobretudo o pai) comportem-se de forma diferente do esperado devido ao estresse físico e psicológico sofridos pela hospitalização, gravidade clínica e até risco de morte do bebê impostos pela prematuridade (BANHARA *et al.*, 2018). De forma que necessitam neste período de um tempo maior para reorganização emocional e física no ambiente da UTIN. Especialmente por se tratar de um bebê prematuro diferente do bebê idealizado (DARRIF; BORTOLIN; TABACZINSKI, 2020).

Porém tem sido percebido nos últimos anos pelas enfermeiras da UTIN, uma mudança no perfil das visitas dos pais. Sendo visto o aumento crescente no número dos pais (figura masculina) na visita à unidade neonatal, inclusive com a percepção de demonstração de maior

interesse e participação deles nos cuidados com os filhos. Embora refiram que ainda há a prevalência materna na UTIN.

...“Porque aqui tem mais mães, as mães são mais prevalentes aqui. Agora o tem me surpreendido é que ao longo desses anos tem mais pais, mais homens... Antes eram mais mulheres. Mas vejo que tem vários pais que são até mais presentes que as mães. E que querem participar.”(E2)

...“E falo mãe porque percebo que as mães são muito mais presentes aqui na unidade. Tem pais também, que se identificam e se destacam. Mais o vínculo mãe-filho percebo ser mais forte.” (E9)

Apesar desses relatos do aumento no número de interesse e participação dos pais em estarem na unidade, foi pontuado de forma controversa pelas participantes E6 e E8 quanto a questão da ambiência na unidade, referente a acomodação dos pais. Pois algumas enfermeiras sentem-se incomodadas e pontuam a dificuldade em acomodá-los na unidade, que segundo elas se torna ainda mais acentua por se tratar de uma instituição Amiga da Criança (IHAC). Por ter como dever ofertar as condições estruturais para a permanência dos pais como acompanhantes em tempo integral na unidade. E não restringir esses pais a visitas. Conforme foi determinado neste período de pandemia, quando foi proibido a permanência integral dos pais na unidade. Expressa pelo seguintes relato:

...“as poltronas não são adequadas, tem o fato do hospital ser amigo da criança, onde os pais precisam estar presentes por questões de vínculo e da amamentação. Melhorar os protocolos de segurança, independente da COVID[...] Aqui na unidade os pais são visitas no setor, não permanecem. Aqui não fica nenhum pai ou mãe o dia inteiro no setor.”(E8)

Para *Banhara et al.*, (2018) proporcionar a acomodação adequada aos pais é um desafio que impacta diretamente o acolhimento e inviabiliza a permanência deles e dos acompanhantes nas UTIN's. Desafio este difícil de ser superado tanto por gestores como pela equipe assistencial, devido em muitos casos a impossibilidade de adaptação do espaço físico. Que acarreta no cumprimento parcial dos critérios propostos pela OMS referente as iniciativas do Hospital Amigo da Criança-IHAC. Uma realidade que abrange 51% das UTI's brasileiras.

A ambiência local é um ponto de discordância entre as enfermeiras da UTIN, com um divisor de *antes e depois* da pandemia. Onde algumas referem que antes da pandemia, a unidade dispunha das condições de acomodação para a permanência dos pais ou acompanhantes em tempo integral dentro e fora da unidade. Tendo sido o acompanhamento integral interrompido pela pandemia. Onde,

...“Com a pandemia as mães as não podem mais ficar. Antes elas vinham e ficavam por vinte e quatro horas na unidade. Tinha uma poltrona do papai em cada leito; elas vinham pela manhã e ficavam o dia todo, ficavam direto. Tem uma sala onde elas colocavam os seus pertences; banheiro onde elas podiam tomar banho; e faziam as refeições aqui no hospital. Então, elas tinham mais autonomia, de ver que o bebê está

maior, está bem. [...] “E agora com a pandemia, por não poderem ficar, elas se sentem como visita. E ela não é visita, ela faz parte do processo.” (E 10)

... “Na nossa unidade, antes da pandemia [...] tinha a presença da mãe contínua com o bebê. Vinham, dormiam, ficavam. E muitas que não são daqui, vinham pouco, porque ficavam na casa de apoio, e voltavam para a cidade de origem. (E11)

A construção das relações afetivas entre pais e filhos na UTIN, apresentou-se impactada e mais desafiadora nesse momento de pandemia. Onde os pais foram expostos para além do medo da prematuridade, ao medo da contaminação e agravamento do seu bebê, por contaminação do vírus da SARS-COV-19. Requerendo ainda mais da enfermagem o desenvolvimento de intervenções e estratégias humanizadas direcionadas ao acolhimento, escuta, estímulo e orientação dos pais privados de acompanharem seus filhos. De modo que a mídia virtual utilizada nesse momento pandêmico, se constituiu numa importante ferramenta educacional, de informação, interação e apoio emocional na tentativa de suprir a falta física dos pais na unidade neonatal e de resgatar a formação do vínculo pai-mãe-filho (GALEANO; MAYA, 2021).

A rejeição e abandono materno na UTIN, é uma situação negativa causadora de constrangimento e desgaste emocional não só as enfermeiras, mas como toda a equipe multiprofissional. Sendo referido pelas enfermeiras a fácil percepção das mães que rejeitam ou abandonam o filho. Quer seja pela ausência, pela atitude ou fala. Não somente por não comparecerem à unidade, mas por verbalizarem que não o deseja, quando contactadas pela própria enfermagem ou serviço social.

“... Tem aquelas pessoas que simplesmente não vem. Tem aquelas pessoas que não vem e que verbalizam que não querem.” (E6)

...“ tem mães que não querem nem ver o filho, por ter tentado aborto não quer ver e nem saber do bebê; a atitude da mãe não querer ver bebê, de questionar porque chamou ela, se ela deixou claro que não queria o bebê; a frieza da mãe em dizer que o bebê não vai viver; como não querer ver e entregar para adoção, me deixou muito mal... é muito complicado lidar com essa situação.” (E1)

Vale lembrar que essa situação de abandono vivenciada pelo bebê, é trazida conforme a TA no caso de não haver figura substituta para a formação do apego seguro, como causa de repercussões psicoafetivas sobre essa criança (BOWLBY, 1989; VIEIRA, 2020). Böing, Crepaldi, (2004) nos chama a atenção para os efeitos danosos causados pela privação da interação do bebê/criança com a mãe ou com a sua figura de apego, consequentemente sobre o processo da maternagem/paternagem e sobre a saúde mental infantil. Uma vez que, a privação parcial das interações do bebê/criança com a mãe e familiares, imputada pelo "hospitalismo" (definido como um período de longa permanência da criança em instituições de abrigo (abrigos, creches) e hospitais) difundido na teoria de Bowlby, aumenta a gravidade dos danos sobre o

desenvolvimento psicoafetivo infantil. Enquanto a privação total ou de abandono, pode exterminar a sua capacidade de desenvolver relações futuras com outras pessoas.

Visto que abandonos, espancamentos, abusos e a ocorrência da Síndrome Failure to Thrive, caracterizada como um atraso no desenvolvimento e no ganho de peso do bebê sem causa aparente, tem maior incidência sobre o RN prematuro (SCOCHI *et al.*, 2020).

CATEGORIA 2. AÇÕES DA ENFERMEIRA PARA A INTERAÇÃO E FORMAÇÃO DO VÍNCULO NA UTIN

A enfermagem como uma das categorias profissionais da saúde, capacitada e responsável direta pelo cuidado, escolhida para a pesquisa por suas habilidades e por serem próximas ao RN, é frequentemente percebida de forma errônea pelos pais com filhos internados na UTIN como as responsáveis, e únicas capazes de cuidar do bebê. Devido ao sentimento de medo e insegurança por não saberem como agir com o bebê, julgam-se menos importantes que os profissionais. Sendo assim, cabe a esta categoria desmistificar essa concepção e auxiliar os pais na construção das relações afetivas.

2.1 A APROXIMAÇÃO ENTRE ENFERMEIRA E PAIS

No sentido de melhor acolher os pais, algumas enfermeiras concordam em iniciar a aproximação através da recepção deles na primeira visita, orientando-os sobre as rotinas da unidade e estado clínico do bebê, utilizando-se de linguagem clara e acessível, de forma que sejam compreendidas e assimiladas pelos pais.

“Primeiro, eu chego de forma para ouvir as demandas [...] me aproximar sempre falando olho no olho, muito próximo dela, respeitando os limites de linguagem dela, de maneira que ela me entenda. Porque muitas vezes elas não entendem os termos técnicos [...]é um momento delicado, de primeiro contato, que em muitas vezes as mães vem sozinhas” ... (E8)

...“acho que a melhor forma de aproximação é orientar os pais, prevenir a desinformação [...] percebo os sinais que a pessoa vai dando e se essa pessoa quer a terceira pessoa ali. Se ela me dá abertura ou não. Eu respeito o momento deles. Eu não posso ficar interrompendo esse momento”... (E4)

Outras propõem a aproximação a partir de um cumprimento, como tentativa de início de conversa, mostrando-se disponível ao esclarecimento de possíveis dúvidas, encorajando-os e estimulando-os a tocar no bebê.

...“Tento me aproximar puxando conversa, dando um bom dia [...] mostrando a ela que ela é importante nesse processo e precisa estar perto.” (E9)

...“Acolher é conversar. Eu chego perto, me identifico como a enfermeira do setor, pergunto se quer conversar, escuto, estimo que fale, que chore e sempre passo palavras motivadoras, para não deixar elas desistirem.” (E11)

Compreendendo o tempo do internamento na UTIN como um período sensível na formação do vínculo entre pais e filhos, fazem parte das práticas de humanização ao RNBP, que a mãe seja acompanhada na primeira visita por um profissional de saúde até a unidade intensiva; que o profissional cuidador do RN facilite e acolha os pais durante a visita a unidade; apresente o bebê a mãe/pai; estimule a interação entre eles, a fala e o toque, usando de certo cuidado para que eles não se sintam pressionados, confusos e intimidados; a fim de tornar o ambiente acolhedor e permitir a participação deles nos cuidados com o bebê (BRASIL, 2013).

No tocante as ações assistenciais individuais da enfermeira para a promoção da interação e formação do vínculo na UTIN, uma parte das participantes relataram não ser essa relação uma preocupação da enfermagem. Não havendo, portanto, um direcionamento específico das suas ações assistenciais com esse propósito. Embora reconheçam os benefícios para o binômio e a capacidade dessas ações em propiciar ou não o estreitamento da relação, afirmam que a conduta adotada se difere e relaciona com a postura individual de cada profissional. Passível de ser intensificada com esse propósito. Evidenciado na fala a seguir:

“No dia a dia, no fazer das nossas atividades a gente não pára para fazer essa análise se há ou não o vínculo. Vai mais do perfil do profissional, que do cumprimento das nossas atribuições na UTI. [...] Tem que intensificar mais. A gente sabe que tem de fazer, mas não se dedica tanto a isso.” (E7)

Algumas reconhecem ser o internamento na unidade um afastamento. De modo que usualmente buscam direcionar suas ações assistenciais ao acolhimento, apoio e estímulo aos pais conforme o senso e disponibilidade individual de cada um. Ou seja, percebo que devido à falta de um protocolo institucional voltado a assistência de enfermagem frente ao desenvolvimento das relações afetivas entre pais-filho na unidade, permite com que as tais ações não sigam em uniformidade entre o grupo. Conforme visto nos relatos de E11 e E8.

“...para manter o vínculo dos pais com o filho. Cada um faz do seu jeito”. (E11)

“... Apenas precisam ser institucionalizados. Para que todos sigam uma mesma linha e não que seja feito por cada um quando quer, quando pode”. (E8)

Visto que a instituição de um protocolo assistencial voltado a promoção das interações para a formação do vínculo entre pais-filho, busca garantir a uniformidade das tais ações, por regular que a realização aconteça de forma padronizada e equânime por todos envolvidos no cuidado, a fim de contemplar a todos os pais-filhos/figura substituta presentes na unidade, no direcionamento a prática da assistência integral ao bebê e família (GOMES; SANTOS, 2021).

Destacam ser ações individuais importantes as orientações quanto: às rotinas da unidade, os cuidados na prevenção de disseminação e controle de infecção; as condições clínicas do bebê; os dispositivos usados por ele e a necessidade de compreensão das informações que lhes refere. Assim como, o encorajamento a liberdade no desenvolvimento da paternagem/maternagem na unidade, com estímulo a sensibilidade, o holding, e o handling, percebidos pelo aconchegar no colo, a troca de olhar prolongado, o falar afetuoso e acariciar o bebê.

Percebi que embora haja a ausência do protocolo, a maioria das enfermeiras demonstraram não somente ter o conhecimento, como também relataram ter incorporado algumas dessas ações como parte da sua rotina assistencial.

...“Informo o que está acontecendo para prevenir desinformação, a entender o que está acontecendo.” (E4)

... “explico a importância da lavagem das mãos, a importância de não pegar no celular enquanto estiver ao lado do bebê, a importância de não vim com o cabelo solto, de não vim com a aliança, de não pegar na incubadora e depois pegar no bebê [...] Procuo dar informações sobre o bebê que vão deixar ela mais feliz. E para que ela possa participar e saber o que perguntar sobre o bebê. [...]estímulo também a realização dos cuidados, chamo ela para fazer junto comigo a higiene íntima segurando a perninha, realizando a higiene ocular, limpando a boquinha. Ensino, e depois deixo ela fazer [...] a trazer as coisinhas que ela comprou para ele, que pode trazer para usar. E na troca, que elas levam as peças sujas para lavar. E nisso tento envolver eles com as coisas do bebê .” (E10)

Ao estimular os pais a se interessarem pelas questões sobre o bebê, a participarem dos cuidados, quer seja no auxílio da higiene ou no ato de segurar a sonda durante a gavagem da dieta, são estratégias assistenciais criadas pelos enfermeiros que propiciam as interações pais-filho. E ao passo que acontecem suprem as necessidades fisiológica do bebê e emocional de ambos, com o reforço do desenvolvimento do afeto e a formação da base segura e estável do bebê, difundida por Winnicot como essencial ao desenvolvimento normal e saudável do bebê, e futura exploração do mundo pela criança (BRASIL, 2013). Sendo a percepção do afeto extremamente relevante na fase infantil, por esta uma fase de imaturidade e de desenvolvimento biopsio emocional da criança.

A condução do bebê em condições clínicas, ainda que sob ventilação mecânica ao colo materno/paterno e a realização da primeira etapa do método canguru, são ações individuais e de equipe realizadas pelas enfermeiras E4, E11 e E2 da UTIN extremamente importantes para a promoção da interação para a formação do vínculo afetivo entre pais-filhos.

[...]“Eu posiciono a criança no colo da mãe segura e confortável, e deixo a mãe segura e confortável, tento deixar ela não tão tensa. E deixo a abertura para ela ser a mãe da criança como ela quiser ser”. (E4)

... “coloco no contato pele a pele, mesmo bebê em uso de oxigênio, isso é muito importante. E isso deixa elas até mais motivadas a vim, ter mais prazer em vim, mais confiantes, tira o medo de pegar o bebê, deixa ela mais feliz”. (E11)

... “Procuro priorizar quando o bebê está estável, colocar na posição pele a pele, no canguru, mesmo que seja no colo por trinta minutos.” (E2)

A condução do bebê ao colo materno precocemente em posição Canguru (contato pele a pele, com em posição verticalizada em decúbito prono sobre o tórax materno/paterno, com uso apenas de fralda pelo RN) por tempo mínimo de uma hora, ou o suficiente para que haja organização, e regulação fisiológica do bebê consiste na primeira etapa do Método Canguru. Responsável por diminuir o estresse do bebê e favorecer o aumento do nível de cortisol sérico, com benefícios sobre a preservação cerebral, além de proporcionar uma sensação mútua de segurança para mãe-filho com contribuição positiva para o desenvolvimento da amamentação e dos laços afetivos (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que o Método Canguru, constitui-se como parte das ações assistenciais de humanização voltadas ao recém-nascido de baixo peso, com determinação para início da primeira fase ainda na UTIN. O qual envolve os profissionais de saúde, o bebê, os pais e as chamadas redes familiares pré-existent (formadas pelas pessoas com laços consanguíneos e afetivos, como irmãos e avós). Indicado por estudos científicos para início precoce dos RN's com estabilidade clínica, ainda que em ventilação mecânica e nutrição parenteral. Devido aos consideráveis benefícios ao binômio decorrentes desta interação, no período do internamento e pós alta hospitalar (BRASIL, 2011).

Ocorre ainda como proposta de interação entre pais-filho, por ação individual e da equipe de enfermagem conforme relatos das participantes E8 e E10, o estímulo a lactação com o incentivo a ordenha beira-leito e a participação materna/paterna no ato de segurar a sonda no momento de gavagem da dieta.

“Agente faz essas ações, da amamentação, quando está liberado pelo médico e avaliado pela fonoaudióloga” ... (E8)

“Estímulo a amamentação, o colo pela primeira vez. Os pais a colocar no colo pela primeira vez. Colocar um bebê em ventilação mecânica no colo, ainda mais num

premature extremo... Percebo também que os pais se emocionam muito mais que as mães.” (E10)

Visto que as condições clínicas inerentes a prematuridade do bebê, o internamento, separação do binômio e a preocupação materna com o bebê, condições cirúrgicas do bebê que requerem suspensão da dieta, constituem-se em fatores estressores para a mãe e entraves ao desenvolvimento do Aleitamento Materno (AM). Diante o exposto, essas vivências maternas negativas são responsáveis por causar a interrupção no aleitamento e alterações na apojadura (descida do leite) dificultando o processo do AM. De modo que a manutenção da lactação é um desafio constante vivenciado pelas enfermeiras na UTIN, que necessita de intervenções constantes, eficazes e precoce da enfermagem intensiva juntamente aos profissionais do Banco de Leite Humano no encorajamento e auxílio prático, com uso da prática de aconselhamento materno, durante todo o processo da hospitalização. E não postergada para o momento de estabilidade clínica e possibilidade de amamentar, para que haja êxito junto as mães que desejam amamentar (MOREIRA *et al.*, 2020).

2.2 OS FATORES QUE INTERFEREM NA RELAÇÃO PAI-MÃE-FILHO

A análise da prática assistencial desenvolvida pelas enfermeiras da UTIN, permitiu identificar algumas das ações que interferem como estímulo ou como entrave na formação das relações afetivas entre o trinômio na unidade.

Podemos destacar a realização das ações relacionadas ao desenvolvimento da paternagem/maternagem na unidade, como um dos fatores que estimulam o desenvolvimento/ fortalecimento da interação e vínculo. Como a ação de estímulo dos cinco sentidos, o contato pele a pele, o toque afetivo, a fala carinhosa e o canto. Descritos nas falas de E8, E10 e E11:

“Eu acolho muito os pais. Acolher é conversar. Eu chego perto, me identifico como a enfermeira do setor, e pergunto se quer conversar, escuto, estímulo que fale, que chore e sempre passo palavras motivadoras, para não deixar elas desistirem. Tento fazê-las entenderem o quanto a presença delas na unidade é importante para o bebê.” (E11).

“...o trabalho dos cinco sentidos, do ver, sentir, ouvir, percepção do cheiro do bebê, o tato. Que trabalhamos com os pais aqui [...] marcaram aqueles pais que passaram por esse processo.” (E8)

“Estímulo que ela cante uma musiquinha para o bebê, normalmente a música que ela cantaria para ele se ele estivesse em casa, ... qual a música que você gostaria de cantar para ele, qual a música que você gostaria que ele aprendesse. Comece a cantar para ele. Para ele ir reconhecendo a sua voz aos poucos.” (E10)

Böing, Grepaldi (2004) concordam que o efeito danoso da separação (mãe-filho/pai-filho/família) sobre o desenvolvimento infantil, se constitui a partir da associação da separação física a ausência de condições que favoreçam o desenvolvimento humano.

Diversos estudos apontam para o precoce potencial do feto e do RN, sobretudo dos prematuros, em reagir e reconhecer a voz materna. Uma vez que os elementos musicais específicos presentes no diálogo materno, denominado de “musicalidade comunicativa” e o canto dirigidos ao bebê, favorecem não somente por prender a atenção do bebê, como também ao desenvolvimento de estrutura linguística, a comunicação das emoções, regulação do comportamento social e principalmente ao desenvolvimento dos vínculos afetivos. Revelando-se ser uma intervenção benéfica e oportuna de ser realizada na UTIN com pais e RN’s prematuros, conforme Palazzi, Meschini e Picinini (2017) demonstrado em sua intervenção musicoterápica realizada com RN’s prematuros na UTIN.

Ainda referente ao estímulo, foi observado na fala da participante E3, que há uma certa preocupação e cuidado por parte de algumas enfermeiras em realizar o estímulo ao desenvolvimento da fala carinhosa da mãe com o bebê. Devido ao receio da profissional de no momento da realização dessa fala, como estímulo e espelho para a mãe/pai, ser interpretada como uma intervenção infantilizada e desprovida de cientificidade.

... “digo o bebê aqui é seu, fale como quiser”... (E2)

... “estímulo que eles falem, para ele reconhecer a voz da mãe, do pai, as vozes que falavam com ele quando ele estava no útero, ele vai reconhecer a voz e o toque pelo amor”. (E10)

..“é hábito nosso que trabalha com NEO falar certas coisas de forma mais infantilizada, carinhosa com o bebê [...] essa forma infantilizada também ajuda a mãe nesse processo. Mas de forma séria, que não venha a minimizar o cuidado. Procuro mostrar isso sempre com muito cuidado. Tipo bebezinho”... (E3)

No que se refere ao processo de desenvolvimento da prática assistencial, apesar das enfermeiras reconhecerem a relevância da escuta e da comunicação entre enfermeiro e pais. Durante um dos momentos da observação percebi que talvez sob a tensão de cumprir com as demandas burocráticas, algumas enfermeiras demonstraram-se pouco empáticas/disponíveis a interação com os pais/acompanhantes. Tendo estes suas demandas atendidas pela técnica de enfermagem e fisioterapeuta.

Durante as falas de E1 e E6, observei que apesar de certa hesitação ética em não falar sobre a conduta do colega de trabalho, houve um determinado grau de desconforto por parte dessas enfermeiras em admitir que alguns colegas de trabalho adotam posturas descritas por elas como impacientes e inadequadas, ao sentirem-se incomodadas por terem que pausar suas

atividades para atender as solicitações dos pais. Posturas profissionais inaceitáveis que precisam ser revistas por impactarem diretamente na relação entre pais-enfermeira, com potencial para torná-los resistentes as orientações da enfermagem, e conseqüentemente mais difícil a superação das suas dificuldades, constituindo-se num forte entrave para o desenvolvimento da assistência neonatal.

“...A comunicação é muito importante. E a comunicação faz parte do vínculo entre a mãe e o profissional [...] e no dia a dia, na correria, na assistência, alguns enfermeiros esquecem disso, acham tal pai e mãe chato, não tem paciência” ... (E1)

“... muitas vezes acontece da gente presenciar a equipe que acha a mãe chata, que quando o bebê chora, chama logo a gente. Claro, que ela tem que chamar... tem pessoas que se incomodam com isso...”(E6)

Dado que, a prática da escuta das necessidades dos pais pelas enfermeiras/profissionais de saúde, abre espaço para o desenvolvimento de uma relação saudável entre pais-enfermeiros/pais-equipe, com favorecimento do seu reconhecimento enquanto profissional de referência e auxiliar no enfrentamento das dificuldades durante o processo do internamento (SOUSA *et al.*, 2019).

2.3 OS FATORES QUE INTERFEREM NA RELAÇÃO PAIS-EQUIPE

A empatia é uma característica facilitadora, pontuada pelas enfermeiras E1, E10 e E2 como importante para aproximação e desenvolvimento da relação entre enfermeiras-pais. Que favorece a aproximação, desenvolvimento do vínculo e parceria entre as partes.

“na NEO o bebê não se comunica com a fala, nem com gestos, então esse vínculo se desenvolve primeiramente entre os profissionais com os genitores, temos que nos colocar no lugar desses pais.” (E1)

“Procuro acolher os pais na unidade, olhar olho no olho e dar a atenção necessária aos pais. No momento que estou com eles, procuro dar atenção a eles, para que eles se sintam importantes ali, é o momento deles”. (E10)

“A gente está aqui para cuidar, mas os filhos são delas. É uma parceria sempre.”(E2)

O desenvolvimento de uma comunicação aberta, com respeito e uso de linguagem clara e acessível aos pais com realização da escuta e retiradas de dúvidas dos pais/família pela enfermeira/equipe, permite com que os pais sintam-se acolhidos e menos ansiosos em relação a recuperação e internamento do bebê. Tornando-os mais receptivos, motivados e participativos nos cuidados e nas tomadas de decisão com e sobre o filho. De modo que se formam entre eles na UTIN uma relação de parceria e elo. Sendo que nessas relações, a de parceria se dá entre

pais-enfermeiro, e no elo, o enfermeiro é o elo entre pais-filho (BOYAMIAN *et al.*, 2021; SOUSA, *et al.*, 2019).

Um importante entrave para a formação da relação entre pais-enfermeira na UTIN, podemos destacar a intensificação/sobrecarga de trabalho das enfermeiras como sendo em diferentes momentos o responsável por não permitir com que as ações de formação da interação e desenvolvimento do vínculo aconteçam.

Quer seja pela a intensidade da dinâmica do setor, devido à gravidade dos pacientes; pela sobreposição da demanda burocrática a assistencial; pelo quadro reduzido de profissionais do setor ou ainda pela alta rotatividade dos funcionários terceirizados, o que demanda com certa constância, maior disponibilidade e atenção dos profissionais mais experientes para o treinamento e acompanhamento dos funcionários mais novos. Conforme os relatos a seguir:

“Às vezes a gravidade do bebê não permite que a gente possa promover isso. E às vezes a dinâmica da unidade, a correria, faz com que a gente deixe essas ações de escanteio para priorizar outras coisas.” (E2)

“...às vezes a escala é muito pesada, falta profissional, a rotina é muito grande, e o enfermeiro tem que fazer outras coisas, tem o prontuário para fazer, fazer o check-list da geladeira, e isso quebra o vínculo entre profissional e a mãe.” (E1)

“O burocrático, demanda muito tempo. Mesmo assim a gente tenta promover ações de vínculo. Pois estamos trabalhando com um quadro de enfermeiro reduzido. Isso impacta na atenção dada aos pais na unidade.” (E5)

Houveram também durante as entrevistas momentos de hesitação por parte das enfermeiras, como que uma preocupação se deveriam externar seus sentimentos e emoções. Sendo necessário a minha mediação em deixa-las à vontade para a livre expressão dos seus sentimentos e emoções. Conforme a percepção e relato da enfermeira E6 quanto ao sentimento de sobrecarga e desmotivação, provocado entre outros fatores pelos novos contratos, não agravando à todos, sobretudo os sem experiência na área. Pois acredita que, em alguns momentos à falta de conhecimento e expertise na área, impede o profissional novo de perceber e desenvolver intervenções específicas e necessárias numa determinada situação, que impacta a qualidade da assistência prestada. Conforme a fala a seguir:

“Como às vezes estamos numa reanimação, e há uma mãe dentro da unidade que não é mãe do bebê, está presenciando tudo isso, e fica fragilizada, [...] e esse olhar de sensibilidade e atenção a essa mãe, deve ser dado por alguém da equipe, que não está envolvido na intercorrência, que não faz. É essa capacidade de se colocar no lugar do outro’. (E6)

A rotatividade de profissionais, conhecida na área trabalhista como *turnover* consiste na saída com substituição imediata de trabalhadores em suas ocupações. Situação corriqueira e vivenciada em diferentes setores na área da saúde. Que tem impacto direto sobre a organização e qualidade da assistência prestada, devido muitas vezes a inexperiência dos novos contratados,

que por não terem conhecimento, habilidades e expertise, precisam de tempo para adaptação e desenvolverem habilidades e segurança. O que acarreta sobre os funcionários mais antigos, tensão, sobrecarga e insatisfação devido a estas mudanças. Constituindo-se num entrave assistencial e organizacional a ser superado pela gestão (MARTINS; MATOS; SALUM, 2020).

CATEGORIA 3. AÇÕES DA EQUIPE PARA A INTERAÇÃO E FORMAÇÃO DO VÍNCULO NA UTIN

De uma forma geral, há unanimidade das enfermeiras quando a realização do acolhimento, a recepção dos pais na primeira entrada, a condução do RN ao colo materno/paterno na posição canguru e o estímulo a amamentação, no desenvolvimento da sua prática assistencial.

Ressaltam ser uma das intervenções de equipe, a sinalização em impresso durante a passagem de plantão. Com atenção para as alterações no comportamento dos pais que requerem maior atenção ou precisam do suporte de outras especialidades (serviços de psicologia, serviço social, que não são privativos da unidade neonatal, e sim da instituição como um todo, que atende as demandas conforme solicitadas.

A maioria das participantes reconhecem mostrando-se satisfeitas com a parceria e apoio oferecido pelo serviço de fisioterapia, deixando transparecer o sentimento do trabalho em equipe. Sobretudo nos momentos em que a demanda da unidade é intensa, em que não é possível a enfermagem prestar assistência direta ao paciente. Sendo as ações de promoção do vínculo desenvolvidas por essa categoria.

“[...]Por isso, muitas vezes isso é promovido mais pela fisioterapia que pela enfermagem. Que durante a abordagem deles para a promoção da fisioterapia motora, eles aproveitam e desenvolvem o vínculo.” (E02)

“... a fisioterapia quando percebe a necessidade de promover o vínculo, e percebe que a enfermagem não pode fazer no momento, a fisioterapia faz”. (E6)

“... Nessas pequenas atitudes tentamos fortalecer esse vínculo. Tanto a enfermagem quanto a fisioterapia, isso é bem bacana. Temos um bom diálogo com a fisioterapia, e atuamos bem de maneira multi.” (E8)

Acontece também o desenvolvimento como ação conjunta da fisioterapia, pais e enfermagem, como durante a realização do banho de ofurô com bebês com peso e em estabilidade clínica, como proposta de interação e desenvolvimento da segurança dos pais nos cuidados com o RN.

“Também o banho de ofurô, quando eles já estão maiores. É promovido o banho, com o auxílio da fisio que segura, e elas vão dando o banho. E a gente vai incentivando através das falas.” (E2)

CATEGORIA 4. AÇÕES GERENCIAIS PARA A INTERAÇÃO E FORMAÇÃO VÍNCULO NA UTIN

Há quase que uma unanimidade nos relatos da equipe quanto à presença e liderança da coordenadora na unidade. Sendo destacado como característico da sua coordenação a presença na unidade, segurança, participação na prestação dos cuidados aos RN's; proximidade entre os membros das equipes de enfermagem, multiprofissional e dos pais; orientação para o desenvolvimento de uma enfermagem assistencial cada vez mais capacitada e atualizada, próxima e acessível aos usuários da unidade, a fim de melhor perceberem suas necessidades.

[...] “ A nossa coordenadora é muito presente. Ela presta assistência ao RN... Tem o método Canguru que é realizado e incentivado pela gerência”[...] (E1)

“É uma coordenação é envolvida com a humanização e em de promover capacitação, oferta a gente a possibilidade de crescer, enxergar e fazer cursos. De estar mais perto da equipe e de incentivar esse contato, deles com eles, deles com a equipe e deles com os filhos” (E6).

“A nossa coordenadora estimula bastante para que a gente participe dos processos e dos cursos, como o Canguru [...]elas (a coordenadora e a enfermeira referência) participam diretamente nos cuidados, colocando os bebês no peito da mãe, então isso estimula a gente. A pandemia atrapalhou muito nesses processo”... (E3).

Esse tipo de atuação da gestão, demonstra uma liderança que valoriza tanto a participação dos usuários nas tomadas de decisão, quanto a subjetividade dos seus profissionais, estimulando-os a coparticipação nas responsabilidades e tomadas de decisão, com benefícios a formação profissional e a excelência na qualidade da assistência prestada (BEZERRA, 2020).

No sentido da valorização e proximidade entre a enfermeira e os usuários há a orientação e cobrança da coordenação para que sejam realizadas a recepção e o acolhimento dos pais na primeira entrada na unidade, com orientação quanto as normas e rotinas da unidade, como também as intervenções assistenciais que promovem a interação entre pais e filhos na unidade. Tais como a condução precoce do RN ao colo materno/paterno ou seio materno, início da primeira etapa do método Canguru, dos bebês em estabilidade clínica e a alimentação da Planilha de Acompanhamento do Canguru.

Porém alguns membros da equipe como a participante E9 (atuante no turno noturno), compreendem que as ações mencionadas acima são naturais e pertinentes ao cuidado de enfermagem neonatal. Que não devem portanto, serem vistas como iniciativas gerenciais.

Sendo observado neste momento da sua fala a adoção de uma postura enfática e com certa elevação do tom da voz. Fato que torna claro que há controvérsias entre as integrantes da equipe E5 (atuante no turno diurno) e E9, quanto as orientações gerenciais de incentivo e promoção da interação entre pais e filhos na unidade. Conforme visto nas falas à seguir:

“... deixa a gente à vontade para proporcionar um mês diferente, promover o acolhimento e a assistência do nosso jeito. No mês de dezembro, foi incentivado a mandar para as mães que não podiam visitar, fotos do bebê [...] incentivado a mãe/pai a segurar a sonda durante a gavagem”. (E5)

“As práticas do canguru, do aleitamento é compreendida como todos da equipe multidisciplinar como rotinas da unidade. Todos têm claro como parte dos processos. Não partem da gerência”. (E9)

Percebe-se que os relatos acima descritos corroboram com o modelo de coordenação mais próxima dos profissionais e das famílias apontado por Boyamian *et al.*, (2021) ser o mais assertivo, por demonstrar exercer maior e melhor influência sobre a equipe. Que conta por sua vez, com a formação, maturidade profissional e expertise do coordenador, para que o mesmo apresente-se capaz em revelar a equipe a relevância da família nos cuidados do bebê hospitalizado.

Vê-se portanto que existe na unidade a preocupação contínua enquanto coordenação em motivar a participação e empoderamento das mães/pais da unidade a exercerem a maternagem/paternagem, a fim de mantê-los mais presentes e mais próximos do filho e da equipe multiprofissional. De modo que nesse sentido, são realizadas periodicamente em meses específicos, campanhas motivacionais estratégicas com intenção de promover a interação e envolvimento da família com o bebê. Desenvolvidas em conjunto entre as unidades, Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal Convencional (UCINCo) que respondem a coordenação da UTIN, e a Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal Canguru (UCINCa).

Estas campanhas contam normalmente com a participação e envolvimento de grande parte da equipe multiprofissional, tanto na organização e desenvolvimento das palestras e atividades com os pais/acompanhantes, como na caracterização das unidades com painéis de fotos e mensagens motivadoras, e na elaboração e compra de brindes simbólicos (fotos, certificados, objetos de uso pessoal) que são distribuídos as mães/pais/figuras substitutas de cada um dos pacientes da unidade. Também são utilizados pela equipe multiprofissional, objetos de uso pessoal referentes ao tema da campanha em vigor, com respeito as normas de controle da infecção como uso botton e camisas temáticas (de uso restrito à unidade).

...“Ela deixa a gente à vontade para proporcionar um mês diferente, promover o acolhimento e atuar conforme a nosso jeito... No mês da amamentação, o agosto

dourado, é incentivado a amamentação, a doação de leite [...] teve a ação do novembro roxo, foi estimulado que as mães fossem contactadas por meio do celular com envio de fotos do bebê. Algumas fotos foram reveladas e colocadas em painel no corredor da unidade.”. (E5)

As campanhas de incentivo a participação dos pais, ocorre em praticamente todo o ano, e ainda que desenvolvidas com o mesmo propósito, tem a intensificação de diferentes ações devido ao tema trabalhado em cada mês (Quadro 2).

Quadro 2 - Quadro das Campanhas da UTIN. Salvador, 2022

Mês da campanha	Tema da Campanha	Estímulos/incentivo proposto
Maio	Comemoração - Mães	Interação mãe-filho – colo materno
Agosto	Estímulo a Amamentação - Agosto Dourado	Aleitamento/ amamentação e ordenha Participação dos pais na gavagem da dieta – colo materno/paterno
Agosto	Comemoração - Dia dos Pais	Interação pai-filho – colo paterno
Outubro	Comemoração – Dia das Crianças	Participação dos pais nos cuidados, e a perceber o desenvolvimento do bebê
Novembro	Novembro Roxo – Mês prematuridade	Participação dos pais nos cuidados, Interação pais-filho
Dezembro	Comemoração – Natal	Interação pai-mãe-filho

Fonte: Elaboração da autora - Informações colhidas nas entrevistas com as participantes da pesquisa

Há controvérsia também quanto ao estímulo a formação do vínculo adotado antes e no período mais crítico da pandemia, durante a suspensão das visitas. Onde houve o relato de uma enfermeira com certo tom de indignação, ao relatar que unidade não está preparada para receber a visita dos pais em tempo integral na unidade. Fato agravado por ser esta uma instituição amiga da criança. Conforme relato abaixo:

[...] “antigamente mesmo antes da pandemia, não tínhamos poltronas, eram cadeiras; então as puérperas não tinham condições de passarem a noite na cadeira. Depois quando conseguimos as poltronas, algumas ficavam, mas eram 10%. [...] deixar poltronas e pais em todos os leitos dentro da unidade, a gente teria uma aglomeração muito grande de pessoas [...] a gente não tem estrutura física para promover isso, sem comprometer o cumprimento das medidas de saúde ambiental.” (E6)

Enquanto outras mostraram contentes e emocionadas ao relatarem ter enviado informações dos bebês internados com fotos quando possível, para os pais/responsável através do seu aparelho de uso pessoal por meio de um aplicativo de comunicação, a fim de manter o vínculo afetivo entre pais-filhos. Embora o uso do aparelho pessoal para informações com a família não tenha sido orientação da gerencia.

Sendo observado facilmente pelas expressões de descontentamento e tons nos relatos de outras enfermeiras que afirmaram desconhecer essa orientação prática pensada e definida como estratégia de vinculação entre pais-filho na unidade. E sim que compreenderam ser esse um meio alternativo de comunicação por aparelho móvel via aplicativo de comunicação, como forma de transmitir as informações e boletins dos pacientes internados aos seus familiares. Utilizado de forma geral entre as instituições hospitalares da Bahia-Brasil. Conforme apresentado nas seguintes falas:

“...essas ações acontecem como um todo. Mas agora na pandemia essas ações foram prejudicadas. Ainda assim teve a ação do novembro roxo, foi estimulado que as mães fossem contactadas por meio do celular com o envio de fotos do bebê. Algumas fotos foram reveladas e colocadas em painel aqui no corredor da unidade” (E5).

“... na pandemia as ações foram de desestimular o vínculo... ao meu ver, a estratégia de passar as informações dos bebês aos pais por telefone... Não foi uma estratégia criada com essa intenção. Foi feito porque proibiram a entrada dos pais! Então se proibiram a entrada dos pais, os pais precisam saber como estão os filhos” (E7).

A interrupção no compartilhamento das informações entre a equipe demonstra que há uma falha na comunicação entre os membros e/ou turnos da equipe. Fato que necessita de maior atenção e resolução por parte da gerência a fim de que as orientações sejam repassadas, compreendidas e cumpridas por todos os integrantes da equipe de forma equânime. Como também as insatisfações pelo desejo de melhorias quer físicas ou administrativas sejam consideradas e resolvidas conforme for possível. Para que haja unanimidade nas ações e condutas da enfermagem enquanto equipe, com consolidação das normas e rotinas da unidade com vistas não somente da obtenção dos objetivos propostos, e sim como solidificação da equipe de enfermagem e garantia de excelência na assistência prestada. Com consequente manutenção da solidez gerencial e administrativa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível inferir com o presente estudo que, há uma compreensão entre as enfermeiras da unidade neonatal estudada, sobre o que vem a ser vínculo e os fatores que incidem sobre a assistência da enfermagem neonatal no processo do seu desenvolvimento entre pai-mãe-filho na UTIN.

Considerando que a criticidade da unidade associada ao grau de prematuridade do RN assistido, torna-se cotidianamente desafiador para o desenvolvimento da excelência na assistência de enfermagem. Que por sua vez, demanda do enfermeiro o desenvolvimento harmônico das habilidades pessoais e profissionais, como o conhecimento científico, expertise, empatia e celeridade para o desenvolvimento de uma assistência neonatal individualizada e humanizada, capaz de contemplar as necessidades e subjetividades do bebê e sua família.

Família que necessita ser pela equipe multiprofissional acolhida, ouvida, estimulada e inserida nesse contexto inicialmente amedrontador e desconhecido que é a UTIN, e reconheça a enfermagem para além de uma categoria tecnologicamente capacitada a prestação da assistência qualificada ao prematuro. Mas como também uma equipe de suporte com a qual é essencial que exista uma comunicação atenciosa e efetiva, para o desenvolvimento de uma relação de confiança e vínculo no enfrentamento e superação das suas dificuldades. Para que partindo desse pressuposto, o cuidado da enfermagem neonatal transcenda a recuperação da saúde, com o alcance da formação do vínculo afetivo entre o trinômio e a consolidação familiar.

O desenvolver dessa pesquisa possibilitou-me além de revisitar minha trajetória profissional, aprender e ampliar o meu olhar sobre as questões que perpassam a subjetividade do cuidado da enfermagem ao prematuro hospitalizado com extensão a sua família, frente ao desenvolvimento das relações de interação e vínculo entre pai-mãe-filho, e suas repercussões sobre as relações para o desenvolvimento saudável do RN prematuro hospitalizado na UTIN.

Percebo que dotada de um novo olhar e prática frente a complexidade que envolve as responsabilidades da enfermeira sobre os vários aspectos do cuidado neonatal, considero ter alcançado os objetivos propostos por esta pesquisa. Contudo compreendo que os resultados alcançados limitam-se pela pesquisa não ter sido extensiva aos outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional na UTIN igualmente envolvidos nesse processo; como também por revelar a realidade de apenas uma instituição hospitalar. De maneira que este resultado não pode ser generalizado e compreendido como uma prática comum entre outras unidades neonatais.

A ampliação dos horizontes e compreensão da relevância desta pesquisa quanto a formação do vínculo afetivo entre pais, filho e família, como para o desenvolvimento da saúde física e emocional do bebê, e consequentemente o papel da enfermeira neonatal frente a esse propósito, precedem as mudanças na percepção e realização das ações práticas das enfermeiras. Logo, os resultados alcançados por esta pesquisa poderão agregar a comunidade acadêmica com a ampliação do acervo científico sobre a temática; como também contribuir para o redirecionamento do cuidado da enfermagem neonatal e na adoção de mudanças práticas capazes de estimular o empoderamento e desenvolvimento do vínculo afetivo entre pais-filhos/família na UTIN.

A apresentação dos resultados aos profissionais de saúde atuantes na instituição pesquisada, permitirá com que estes conheçam e reflexionem sobre a realidade em pauta ao qual estão inseridos, e ao identificar e analisar as ferramentas assistenciais em uso; e espera-se ainda que como produto ocorram mudanças comportamentais individuais e coletivas decorrentes das discussões por ela fomentadas. De modo a contribuir para implementação e direcionamento de mudanças gerenciais e administrativas no que tange tanto a elaboração de rotinas e de um protocolo de inserção dos pais/figura substituta nos cuidados ao filho prematuro na UTIN; tanto quanto a elaboração de normas para contratação dos recursos humanos da unidade; bem como nortear o desenvolvimento dos processos educativos junto a educação permanente em saúde, com impacto direto sobre a qualidade da assistência prestada a todos os usuários desta unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

- AINSWORTH, M.S. **Attachments beyond infancy**. *American Psychologist*. V 44, n. 4, p. 709-716, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/000066X.44.4.7093>. Acesso em: 16 set. 2020.
- AINSWORTH, M; BOWLBY, J. An ethological approach to personality development. **American Psychologist**. v.46, n. 4, p. 333-341, 1991. Acesso em: 16 set. 2020.
- AINSWORTH, M.D.S; WATERS, M.C.B; WALL, S.N. **Child Abuse and Neglect** New York, NY: Taylor & Francis Group, 2015 p. 27- 45.
- ANDRADE, S.M.O; PEGOLO, G.E. **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação**. 2ª. ed. [recurso eletrônico], Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2020.
- ARANTES, M; **A mãe Winnicottiana e os Aspectos que Compõem seu Ambiente no Maternar**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Uberlândia. Minas Gerais. 2018. Disponível em: [MãeWinnicottiana Aspectos.pdf \(ufu.br\)](#). Acesso em: 31 jul. 2021
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BANHARA, F.L. *et al.* Visitação aberta em unidade de terapia intensiva neonatal: percepções da equipe de enfermagem. *Rev. enferm UERJ*. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33461>
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/magnumrodrigo/bardin-laurence-anlise-de-contedo-53806395>. Acesso em: 14 out. 2020.
- BÖING, E; CREPALDI, M.A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Estudos de Psicologia**. v.21, n.3, p.211-226, 2004.
- BORGES, K.I. *et al.* Vivências do pai/homem no cuidado ao filho prematuro hospitalizado. **Rev Min Enferm**. 2019. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20180071 1
- BOWLBY, J. **A secure base: Clinical applications of attachment theory**. Taylor & Francis, London: Routledge. *The British Journal of Psychiatry*, v. 153, n. 5, p. 721-721, 1988. Disponível em: 10.1192/S0007125000224197. Acesso em: 16 set. 2020.
- BOWLBY, J. **Maternal Care and Mental Health**. World Health Organisation WHO New York: Schocken. 1951. Disponível em: <https://pages.uoregon.edu/eherman/teaching/-texts/Bowlby-%20Maternal%20Care%20and%20Mental%20Health.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

BOWLBY, J. **Maternal Care and Mental Health**. World Health Organization. In: *Maternal Care and Mental Health*. New York: Schocken. 1986. Disponível em: <http://www.garfield.library.upenn.edu/classics1986/A1986F063100001.pdf>

BOWLBY, J. The nature of the child's tie to his mother. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. 39, p. 350-373, 1958. DOI: Disponível: Acesso em: 16 set. 2020.

BOWLBY, J. Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas. Attachments beyond the infancy. **American Psychologist**. v. 44, nº 4, p. 709-716, 1989.

BOYAMIAN, T.M.D.L. *et al.* Validação do Instrumento de Percepção do Acesso a Informação Compartilhada entre Equipe-Família em unidade neonatal. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. v. 21, n. 2, p. 150-158, 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_11.htm. Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e dá outras providências. Brasília. Ministério da Saúde, de 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm. Acesso em: 17 de out. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para os profissionais de saúde**. v. 4. (Série A- Normas e Manuais Técnicas). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico/Ministério da Saúde**. 2ª ed., 1. Reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-ten%C3%A7%C3%A3o-Integral%C3%A0Sa%C3%BAdeda-crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2021

BRASIL. **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 Sistema Único de Saúde. Diário oficial da união. Brasília, DF, 2012. Acesso em: 16 out. 2020.

BRUM, E.H.M; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de Nascimento de risco. **Ciênc. Saúde coletiva.** v. 9, n. 2, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200021>

CHIZZOTTI, A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009. **Rev Min Enferm.** V.22 n.e-1141 DOI: 10.5935/1415-2762.20180071

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos cuidados de Enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses. p. 385, 2012.

COSTA, Cristiane dos Anjos. **Vínculo materno na perspectiva da teoria do apego: elementos para concepção em saúde mental.** Monografia (Especialização em saúde Mental) – Escola de Medicina e saúde Pública. 2017. Acesso em 03 ago. 2021

DALBEM, J.X; DELL'AGLIO, D.D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arq. bras. psicol.** v. 57, n. 1, p. 12-24. 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/-/pdf/2290/229017444003.pdf>. Acesso em: 09 out. 2020.

DARRIF, L.D.T.K; BORTOLIN, D; TABACZINSKI, C. Prematuridade e paternidade: um estudo de revisão sistemática. **Revista de Psicologia.** v.11 n1, p. 125-135. 2020. DOI: 10.36517/revpsiufc.11.1.2020.9

FERRI, S.M.N. *et al.* Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. **Interface - Comunic., Saúde, Educ., Comunic.,** Saúde, Educ. v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

FLECK, A.; PICCININI, C. A. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3o. mês após a alta. **Aletheia** v.40, p.14-30, jan./abr. 2013

GAÍVA, M.A.M; SCOCHI, C.G.S. Family participation in premature care in Neonatal ICU La participación de la familia en la asistencia al prematuro en UTI Neonatal. **Rev. bras. Enferm.** v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S00347167-2005000400012>

GALEANO, S.P.O; MAYA, A.S. Experiences of Parents of Preterm Children Hospitalized Regarding Restrictions to Interact with Their Children Imposed Because of the COVID-19 Pandemic **Invest. educ. enferm** [online]. 2021, vol.39, n.2, e10. Epub June 22, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e10>. Acesso em: 17 de out. 2022

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, T.R.A; SANTOS, A.F.O. A relação mãe-bebê prematuro na UTI neonatal: Um olhar Winnicottiano. **Revista Eletrônica Acervo Saúde.** v. 12, n. 2, 2020.

GUTIERREZ, D.M.D; CASTRO, E.H.B; PONTES, K.D.S. Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Rev. NUFEN**. v. 3, n. 2, p. 3-24, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-5912011000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 mai. 2021.

KANG, J.H; *et al.* Effect of direct breastfeeding program for premature infants in neonatal intensive care unit **J Coreano Acad Nurs**. v. 51, n.1, p. 119-132, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4040/jkan.20240> Acesso: 15 out. 2022.

KEGLER, J. J. *et al.* Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Escola Anna Nery**. v.23, n.1, p. 1-6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178>. Acesso: 15 mar. 2022.

LEITE, P.I.A.G. *et al.* Humanização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**. p. 90-102, 2020. Disponível em: 10.18554/reas.v9i1.3649. Acesso em: 06 mai. 2020.

LELIS BDB, SOUSA MI DE, MELLO DF DE *et al.* Acolhimento materno no contexto da prematuridade **Revista de Enfermagem UFPE** [on line] V.12, p.1563-1569, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230763p1563-1569-2018>

LOPES, F.N; FIALHO, F. A; DIAS, I.M.Á.V. A vivência do enfermeiro diante da privação materna em unidade de terapia intensiva neonatal. **HU Revista**. v. 37, n. 1, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1341>. Acesso em: 04 jul. 2021.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINS, J.J; ALBUQUERQUE, G.L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Cienc Cuid Saude** Jul/Set; v. 6(3), p. 351-356, 2007. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaud/article/view/4068/2725>. Acesso em: 17 de out. 2022

MARTINS, M.S; MATOS, E; SALUM, N.C. Turnover of Nursing Workers in an Adult Emergency Unit. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 28, 2019. Disponível em: e20160069. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2016-0069>. Acessado 15 Ago. 2022

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. Rio de Janeiro: Hucite, 2014.

MITTAG, B.F; WALL, M.L. Pais com filhos internados na uti neonatal: sentimentos e percepções. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/fsd.v6i2.8068> Acessado em: jul. 2021

MOREIRA, T.B. *et al.* Vivência materna no contexto da amamentação do recém-nascido hospitalizado e submetido à intervenção cirúrgica. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.** v. 24, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0281>

MUSSI, F.C; MELO, C.M.M. Descuido em saúde e em enfermagem. **Rev Baiana Enferm.** V. 32. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.25732>. Acesso em: 02 mai. 2021.

ONU News, Perspectiva Global Reportagens Humana. **Covid-19 pode reverter décadas de progresso sobre mortes infantis evitáveis.** 2020. Periódico eletrônico. Disponível: <https://news.un.org/pt/story/2020/09/1725622>. Acesso em: 01 mai. 2021

PALAZZI, A; MESCHINI, R; PICCININI, C.A. Music therapy intervention for the mother-preterm infant dyad: Proposal of intervention in the neonatal intensive care unit. **Psicologia em Estudo.** v. 24, 2019. Disponível em: [10.4025/psicoestud.v24i0.41123](https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.41123) Acesso ago. 2022

PERLIN, D.A; OLIVEIRA, S.M; GOMES, G.C. A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: impacto da primeira visita da mãe. **Rev Gaúcha Enfermagem.** v. 32, n. 3, p. 458-464, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178> Acesso: Mar 2022

PILLECO, J.C; BACKES, D.S. Vínculo mãe-bebê em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Tecnologia Interativa de Cuidado. **Research, Society and Development.** v. 9, n. 8, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5610> Acesso em: 24 abr. 2021

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem.** 7^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

QUIXABEIRA, C. G. T. *et al.* **A enfermagem como promotora da humanização na atenção às famílias nas unidades de terapia intensiva neonatal durante a pandemia da covid-19.** In.: Congresso Internacional em Saúde (No. 8). 2021. Acesso em: 17 de out. 2022

RAMIRES, V.R.R; SCHNEIDER, M.S. Revisitando alguns Conceitos da Teoria do Apego: Comportamento versus Representação? **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 26, n. 1, p. 25-33, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000.

SALMOS 40, A.T. BÍBLIA Pentecostal de Estudo, A.N.T. Salmos. Português. In: Bíblia Sagrada. Revisada e corrigida. Versão de João Ferreira de Almeida. Deerfield, Flórida – EUA: Ed. CPAD, Cap. 40, vers., p. 848.

SANTOS, L.F. *et al.* Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3 e1260016, 2017. Disponível em: [Doi.org/10.1590/0104-07072017001260016](https://doi.org/10.1590/0104-07072017001260016). Acesso em: 30 de abr. 2021.

SANTOS, S.D.M. A natureza do vínculo na vida humana. **Revista de Ciências Humanas.** v. 43, n.1, p. 181-199, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2009v43n1p181/12790>

SAVIETO, R. M; LEÃO, E. R. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm** [online]. v. 20, n. 1. p. 198-202. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160026>. Acesso em: 4 jun. 2021.

SILVA, B.A.A; BRAGA, L.P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. SBPH Jan./Jun.** v. 22, n. 1, p. 258-279. 2019

SCOCHI, C.G.S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 11, n. 4, p. 539-543, 2003.

SOARES, N.C; BERNARDINO, M.P; ZANI, A.V. Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant: Perception of the multiprofessional team. **Rev. Paul. Pediatr.** v. 37, n.3, p. 283-290, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/19840462/;2019;37;3;-00014>

SOUSA, S.C. *et al.* Fortalecimento do vínculo entre a família. **Rev enferm UFPE on line.** v. 13, n. 2, p. 298-306, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a236820p298-306-2019> Acesso em: 11 dezembro 2022.

SOUZA, M.L. *et al.* El cuidado de enfermería: una aproximación teórica. **Texto Contexto Enferm.** v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mai. 2021.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.** 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

TERRA, A.A.A; DIAS, I.V; REIS, V.N. A enfermagem atuando como facilitadora do apego materno-filial. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 1, n. 3, p. 332-341, 2011.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Mortalidade Materna e na Infância, Mulheres e Crianças Estão Sobrevivendo Cada Vez Mais.** DF, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/mortalidade-materna-e-na-infancia-mulheres-e-criancas-estao-sobrevivendo-cada-vez-mais>. Acesso em 10 abr. 2021.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Níveis e Tendências na Mortalidade Infantil, Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativa de Mortalidade Infantil (UNIGME).** DF, 2020. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality>. Acesso em: 10 abr. 2021.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Notícias do Brasil.** Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-cerca-de-30-milhoes-de-bebes-nascem-prematureos-por-ano-no-mundo>. Atualizado em 14/12/2018. Acesso em: 20 ago. 2019.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **O Mapa da Primeira Infância em Salvador, Indicadores de Promoção dos Direitos da Primeira Infância entre 2016 e 2019.** DF, 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/plataforma-dos-centros-urbanos-2017-2020/mapa-primeira-infancia-salvador>. Acesso em: 10 abr. 2021.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F, Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm.** v.64, p. 106-113, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tKdjzqfTy7vLbd6tbm6BpGp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2019.

VIEIRA, F.C. A importância do apego nos anos iniciais de vida: uma breve visão à luz da teoria de John Bowlby e de Winnicott. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** 2020. Disponível em: [10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/importancia-do-apego](https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/importancia-do-apego)

APÊNDICE A - Carta convite aos participantes da pesquisa



Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ridalva Dias Félix Martins

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Carolina Ortiz Whitaker

E-mail das pesquisadoras responsáveis: karina.braga@ufba.br; ridalva@gmail.com

INTERAÇÃO PAI- MÃE-FILHO: Práticas de Enfermeiras em UTI Neonatal

Carta Convite

Prezada participante,

Você está sendo convidada para participar do estudo desenvolvido pela mestrande pesquisadora Karina Braga Veiga, como produto da dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulado: “**INTERAÇÃO PAI-MÃE-FILHO: Práticas de Enfermeiras em UTI Neonatal**”, sob a orientação da Dr^ª em Enfermagem Ridalva Dias Martins Félix.

Asseguro de que o este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Bahia e deste hospital, e encontra-se devidamente cadastrada na Plataforma Brasil. Em conformidade com as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CSN) do Ministério de Saúde do Brasil, no que se refere ao consentimento, sigilo e anonimato; benefícios; riscos e propriedade intelectual. Estando a sua pessoa livre para participar ou recusar-se em qualquer etapa da pesquisa.

Caso aceite, será realizada uma entrevista presencial individual e privativa, que ocorrerá conforme a sua disposição, sobre local, data e horário mais oportuno, a fim de que possamos assegurar a ética e confidencialidade na condução da mesma. Estando os resultados à sua disposição ao término da pesquisa.

Gratas, por sua contribuição.

Karina Braga Veiga

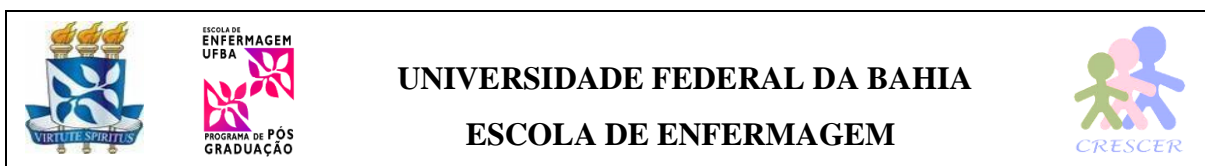
Karina Braga Veiga
(Pesquisadora Responsável)

Ridalva Dias Félix Martins

Ridalva Dias Félix Martins
(Pesquisadora Orientadora)

(Estamos à disposição para maiores esclarecimentos).

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Nós pesquisadoras, **Karina Braga Veiga, Ridalva Dias Félix Martins e Maria Carolina Ortiz Whitaker**, convidamos a Sr^a a participar da pesquisa intitulada **“INTERAÇÃO PAI-MÃE-FILHO: práticas de enfermeiras em UTI Neonatal”**. Que tem por objetivo principal apreender como as enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal proporcionam a interação para a formação do vínculo pai-mãe-filho. E como secundários: Compreender como as enfermeiras da UTI Neonatal definem vínculo; Reconhecer as práticas individuais realizadas pelas enfermeiras dessa unidade na promoção da interação para a formação do vínculo pai-mãe-filho e descrever as ações assistenciais e gerenciais da enfermagem direcionadas ao incentivo e promoção da interação e formação do vínculo entre o trinômio nesta unidade.

Em suma, a justificativa dessa investigação ora apresentada está para a enfermagem em apreender a realidade estudada, e refletir sobre quais ações da prática assistencial realizadas pelas enfermeiras promovem a interação para a formação do vínculo entre pai-mãe-filho em UTIN. A fim de contribuir beneficentemente à enfermagem neonatal na implementação e direcionamento do cuidado de enfermagem ao RN crítico para além da reabilitação clínica; mantendo-se em consonância as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde; bem como complementar o acervo bibliográfico existente, como base para futuras pesquisas sobre o tema.

Este termo assegura não somente a propriedade intelectual, bem como os aspectos éticos e legais da pesquisa, como também é parte do consentimento legal para o desenvolvimento da mesma. Que encontra-se registrada na Plataforma Brasil e autorizada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP's) da Universidade Federal da Bahia, situada a Rua Augusto Viana S/N, Canela, Salvador-Ba, Tel.:(71) 3283-7615, e-mail: cepee.ufba@ufba.br e do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), situado a Estrada do Saboeiro, S/N, Estrada do Saboeiro, Salvador- BA, Tel.:(71) 3387-3429, e-mail: cep.hgrs.ba@gmail.com. Registrada sob o parecer 5.223.782 e CAAE 5223921.3.0000.5531. Bem como consta de 2 vias de igual teor, as quais encontram-se assinadas pelas pesquisadoras, sendo uma via da participante e outra das pesquisadoras.

Assim sendo, solicitamos a sua participação nesta pesquisa por meio de uma entrevista individual semiestruturada realizada pela pesquisadora responsável, na qual constam os dados de identificação sociodemográficos e questões norteadoras sobre o desenvolvimento do vínculo pai-mãe-filho em UTI Neonatal. Que ocorrerá em local reservado e em tempo oportuno, com estimativa de duração máxima de trinta minutos; a qual será gravada, transcrita na íntegra, analisada e posteriormente relatada como produto da dissertação. Cujos dados de pesquisa coletados serão armazenados em ambiente físico, fora do ambiente virtual (nuvem); sendo armazenado pela pesquisadora responsável pelo período de seis anos. Solicitamos ainda o seu consentimento para a observação da sua prática laboral em sua unidade de trabalho.

Ainda que em meio a pandemia da COVID-19, causada pelo novo coronavírus, o SARS-CoV-2, optamos pela realização presencial das entrevistas. Mediante a adoção e cumprimento das medidas sanitárias restritivas, bem como das orientações estabelecidas pela unidade pesquisada, como meio de prevenção/contenção de propagação da doença, e para proteção aos envolvidos na pesquisa. Para isso, serão utilizados no momento das observações em campo e durante as entrevistas, medidas assépticas e de distanciamento social 1 e ½ metro. Tais como: lavagem das mãos; uso de álcool à 70% para antissepsia e desinfecção de equipamentos pessoais/superfícies; uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) como máscara cirúrgica/N95, touca e avental descartável de mangas longas.

Por meio deste termo lhe asseguramos que a sua participação é livre e não obrigatória; as informações a nós concedidas são sigilosas, e compartilhadas apenas entre as pesquisadoras e não partilhadas em mídias sociais; sendo sua identidade mantida em anonimato de sua identidade, com substituição por codinome no produto e publicação da pesquisa; o acesso irrestrito ao conteúdo da entrevista durante e após a mesma; permanecendo o direito a desistência da sua participação na pesquisa em qualquer etapa do processo, sem prejuízo ou repercussão. E ainda que, por não ser financiada, os custos financeiros que envolvem a pesquisa são de responsabilidade única e exclusiva da pesquisadora responsável.

Conforme as resoluções nº 510, de 07 de abril de 2016 e 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a participação e ética da pesquisa em seres humanos. Informamos que embora avaliado como baixo risco, há a possibilidade de ocorrência de constrangimento durante a realização da entrevista decorrente da conexão emocional individual com a temática abordada. E a fim de evitar o risco mencionado, durante a entrevista poderão ocorrer pausas para reestruturação emocional do entrevistado e/ou reelaboração das respostas.

E no caso da ocorrência do agravo emocional a participante, poderá ser disponibilizado a mesma uma avaliação psicológica por profissional habilitado e tomadas as medidas cabíveis.

Asseguramos ainda a participante em caso de incômodo com a pergunta, o direito de não resposta. Salientamos que as pesquisadoras envolvidas, encontram-se disponíveis ao acolhimento, escuta e esclarecimento de dúvidas ou comunicação de desistência durante todo o desenvolvimento da pesquisa, através das seguintes linhas de acesso: Karina Braga Veiga, e-mail: karina.braga@ufba.br; Telefone: (zap) (71) 99964-0309 ou Ridalva Dias Félix Martins, e-mail: ridalva@gmail.com; Telefone: (zap) (71) 98429-3635.

Eu _____, RG _____
declaro que concordo em participar desta pesquisa, que li e entendi as informações deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e estar devidamente esclarecida acerca da pesquisa. Confirmo ter recebido uma via assinada deste termo, conforme recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Salvador, _____ de _____ de 2022.

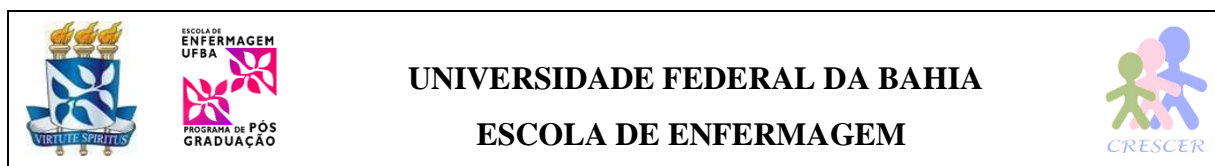
Karina Braga Veiga

Karina Braga Veiga
(Pesquisadora Responsável)

Ridalva Dias Félix Martins

Ridalva Dias Félix Martins
(Pesquisadora Orientadora)

APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados



ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO PARTICIPANTE

Data ____/____/____ Codigo da Entrevista nº _____

Nome _____ Idade _____

Sexo ()Fem. ()Masc. Possui filhos? ()Sim ()Não Amamentou? ()Sim ()Não

Tempo de atuação na Área _____ Tempo de atuação em UTI Neonatal _____

Possui curso de Especialização na área? ()Sim ()Não Há quanto Tempo? _____

Qual(ais)? _____

Possui curso de Capacitação na área? ()Sim ()Não Há quanto Tempo? _____

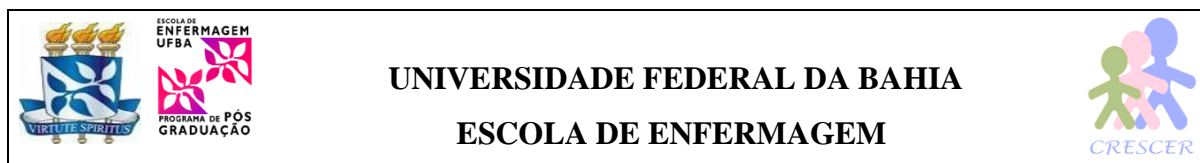
Qual(ais)? _____

Proporcionada pela instituição? ()Sim ()Não Qual(ais)? _____

QUESTÕES NORTEADORAS SOBRE VÍNCULO PAI-MÃE-FILHO

1. Como você define vínculo?
2. Quais ações desenvolvidas por você na UTIN promovem a interação para a formação do vínculo pai-mãe-filho?
3. Descreva quais as ações assistenciais e gerenciais da enfermagem estão direcionadas a promoção da interação para a formação do vínculo entre o trinômio nessa unidade?

APÊNDICE D - Roteiro de observação



ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE NO LÓCUS DE PESQUISA

IMPRESSÕES OBSERVACIONAIS

1. Dia da observação
2. Horário
3. Tempo de permanência na unidade
4. Caracterização do ambiente (calmo, agitado, intercorrência)
5. Quantitativo de enfermeira na unidade
6. Envolvidos no estímulo
7. Realização do estímulo para o desenvolvimento do vínculo pais-filho (Qual estímulo proporcionou/ houve; como ocorreu)
8. Expressão do enfermeiro durante o estímulo ao vínculo/ação de propor aproximação entre pai-mãe-filho (Exemplo: realizou contato olho a olho com os pai/mãe?; põe-se na mesma altura?; como posiciona o bebê no colo dos pais?; incentivou o toque afetivo?; expressou falas de carinho voltadas ao bebê durante o procedimento?; incentivou o pai/mãe a falar conversar carinhosamente com o bebê?; demonstra calma/pressa durante a realização)
9. Expressão do pai/mãe (mostrou-se receptivo(a) as orientações; realizou alguma atitude espontaneamente? encorajou-se a falar carinhosamente/conversar/cantar para o bebê?)

ANEXO A – Parecer do comitê de ética em pesquisa instituição coparticipante



HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

Salvador-BA, 24 de Agosto de 2021.

DECLARAÇÃO

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta organização está ciente de suas corresponsabilidades como organização coparticipante do projeto de pesquisa intitulado "INTERAÇÃO E VÍNCULO MÃE-FILHO NA PERSPECTIVA DA TEORIA DO APEGO: INICIATIVAS DE ENFERMEIRAS EM UTI NEONATAL", de autoria da pesquisadora KARINA BRAGA VEIGA e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.

André Ricardo de Oliveira Estrela
Diretor Médico
CRM 10059 38140
RUBRICADA 15.244.620-8

Dr. André Ricardo De Oliveira Estrela
Diretor Médico – HGRS

ANEXO B – Parecer do comitê de ética em pesquisa instituição proponente

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERAÇÃO E VÍNCULO MÃE-FILHO NA PERSPECTIVA DA TEORIA DO APEGO: Iniciativas de Enfermeiras em UTI Neonatal

Pesquisador: karina braga veiga

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55223921.3.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.233.782

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa de abordagem qualitativa (Sob o referencial teórico metodológico de Bardin e Jonh Bowlby, sobre a Teoria do Apego), descritiva e exploratória, que utilizará como participantes as enfermeiras atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) uma instituição pública na cidade de Salvador-BA. A coleta de dados presencial, será com uma entrevista semi-estruturada, sobre a promoção/incentivo ao desenvolvimento da interação e vínculo do binômio mãe-filho. Pretende-se ainda a observação individual, direta, estruturada e não participativa da atuação do profissional no exercício de sua atividade laboral. A pesquisadora assume que durante a coleta de dados serão respeitadas as regras da unidade, e de prevenção à saúde cumprindo as determinações sanitárias de prevenção a disseminação da COVID-19, com aplicação do distanciamento social e uso dos Equipamentos de Prevenção Individuais(EPI's) necessários. A escolha das participantes nesse estudo, dar-se-á de modo não intencional e aleatório, conforme a disponibilidade e aceite na participação da pesquisa, nos momentos de exploração do campo. Será assegurado as participantes por meio do TCLE de que: as informações coletadas são sigilosas, compartilhadas apenas entre as pesquisadoras e não divulgadas em mídias sociais. E armazenadas em ambiente físico (e não em ambiente virtual- nuvem) pelo período de 6 anos, período no qual as informações poderão ser disponibilizadas as participantes. Como critérios de inclusão a pesquisa serão selecionadas as enfermeiras atuantes na unidade dispostas na escala laboral com experiência profissional mínima de um ano de atuação em UTIN. Como

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 5.233.782

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Número previsto de participantes: 20

Previsão de início da pesquisa: março 2022

Previsão de encerramento da pesquisa: junho 2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados 06 documentos ao protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil. Não foram identificadas inadequações em tais documentos.

01-PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1834591.pdf

02-TCLE_ATZ.pdf

03-PROJETO_KARINABVEIGA_FINAL_ATZrevisado4.pdf

04-Folhaderosto_Ass_EEUFBA_pdf_novo.pdf

05-TermodeAnuencia_InstCoparticipante_KBV

06-TermoCompromisso_PesqExecutor_ATZ.pdf

Recomendações:

- Atentar para a submissão do protocolo e apreciação pelo CEP da instituição co-participante e, após aprovação do mesmo, iniciar a coleta de dados;

- Apresentar, como notificação, via Plataforma Brasil, os relatórios parciais semestrais e final do projeto, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos emanados das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, sugere-se parecer de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegiado homologa parecer de aprovação emitido pelo parecerista.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 5.233.782

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1834591.pdf	21/01/2022 17:21:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ATZ.pdf	21/01/2022 17:10:59	karina braga veiga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_KARINABVEIGA_FINAL_AT_Zrevisado4.pdf	21/01/2022 17:05:12	karina braga veiga	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_Ass_EEUFBA_pdf_novo.pdf	09/12/2021 15:39:32	karina braga veiga	Aceito
Outros	TermodeAnuencia_InstCoparticipante_KBV.pdf	11/11/2021 23:19:04	karina braga veiga	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso_PesqExecutor_ATZ.pdf	11/11/2021 23:16:57	karina braga veiga	Aceito
Outros	submeter3.docx	26/10/2021 10:21:24	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	checklist.pdf	26/10/2021 10:20:57	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 09 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
DANIELA GOMES DOS SANTOS BISCARDE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br