ISSN online 2393-6606 *Enfermería: Cuidados Humanizados,* janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

Acolhimento da família na UTI Neonatal: significado na ótica de mães e de enfermeiras

Family Support in the Neonatal ICU: Significance from the Perspective of Mothers and Nurses

Acogida de la familia en la UCI neonatal: significado desde la perspectiva de las madres y las enfermeras

Fabíola Mara Gonçalves de Siqueira Amaral[1]
Aline Oliveira Silveira[1]
Monika Wernet[2]
Larissa Araújo Torres[1]
Amanda Camargo Santos[3]

[1] Universidade de Brasília
[2] Universidade Federal de São Carlos
[3] Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal

Recebido: 28/10/2025
Aceito: 13/04/2026

Correspondência:
Fabíola Mara Gonçalves de Siqueira Amaral
fabiolamgsamaral@gmail.com

Como citar:
Amaral FMG de S, Silveira AO, Wernet M, Torres LA, Santos AC. Acolhimento da família na UTI Neonatal: significado na ótica de mães e de enfermeiras. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2026;15(1):e4930. doi: 10.22235/ech.v15i1.4930

Financiamento: Realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Disponibilidade de dados:
O conjunto de dados que embasa os resultados deste estudo não está disponível.

Conflito de interesse: Os autores declaram não ter conflito de interesse.

Resumo: Introdução: A hospitalização do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma experiência desgastante para as famílias. Nesse cenário, o enfermeiro é central na mediação entre o cuidado técnico e as necessidades dos familiares. Objetivo: Descrever os significados atribuídos ao acolhimento da família na UTIN, na perspectiva de mães e enfermeiras. Metodologia: Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, sob o referencial teórico do interacionismo simbólico. Desenvolvido com 9 mães de neonatos hospitalizados em UTIN de uma instituição pública, de ensino, de Brasília-DF, e com 5 enfermeiras atuantes na unidade. Coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2022, por meio da entrevista aberta em profundidade. Resultados: As mães e as enfermeiras constroem o significado do acolhimento a partir da experiencia vivida. Para as mães a centralidade do acolhimento está no alívio do sofrimento, na sensibilidade interpessoal e no suporte prático. As enfermeiras definem o acolhimento a partir de uma perspectiva técnica, organizacional e filosófica, articulando-o ao cuidado centrado na família, a humanização e ao desenvolvimento da autonomia parental. Conclusão: O acolhimento na UTIN não pode se reduzir a protocolos institucionais, ele exige flexibilidade, sensibilidade e configura-se como um processo interacional contínuo entre mães, familiares e profissionais de saúde.
Palavras-chave: família; unidade de terapia intensiva neonatal; enfermeiros; mães; enfermagem familiar.

Abstract: Introduction: The hospitalization of a newborn in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is a stressful experience for families. Nurses play a central role in this scenario in mediating between technical care and the needs of family members. Objective: To describe the meanings attributed to welcoming families in the NICU from the perspective of mothers and nurses. Methodology: This is a descriptive study with a qualitative approach, grounded in the theoretical framework of Symbolic Interactionism. It was conducted with 9 mothers of newborns hospitalized in the NICU of a public teaching hospital in Brasília, DF, and with 5 nurses working in the unit. Data collection took place from February to May 2022, using in-depth open-ended interviews. Results: Mothers and nurses construct the meaning of care based on their lived experiences. The core of care for mothers lies in alleviating suffering, interpersonal sensitivity, and practical support. Nurses define care from a technical, organizational, and philosophical perspective, linking it to family-centered care, humanization, and the development of parental autonomy. Conclusion: Care in the NICU cannot be reduced to institutional protocols; it requires flexibility and sensitivity and is configured as a continuous interactive process between mothers, family members, and healthcare professionals.
Keywords: family; neonatal intensive care unit; nurses; mothers; family nursing.

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

Resumen: Introducción: La hospitalización del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es una experiencia agotadora para las familias. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel central en la mediación entre la atención técnica y las necesidades de los familiares. Objetivo: Describir los significados atribuidos a la acogida de la familia en la UCIN, desde la perspectiva de las madres y las enfermeras. Metodología: Estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, bajo el marco teórico del interaccionismo simbólico. Realizado con 9 madres de neonatos hospitalizados en la UCIN de una institución pública de enseñanza de Brasilia (DF) y con 5 enfermeras que trabajan en la unidad. La recopilación de datos se llevó a cabo entre febrero y mayo de 2022, mediante entrevistas abiertas en profundidad. Resultados: Las madres y las enfermeras construyen el significado de la acogida a partir de la experiencia vivida. Para las madres, la esencia de la acogida radica en el alivio del sufrimiento, la sensibilidad interpersonal y el apoyo práctico. Las enfermeras definen la acogida desde una perspectiva técnica, organizativa y filosófica, articulándola con la atención centrada en la familia, la humanización y el desarrollo de la autonomía parental. Conclusión: La acogida en la UCIN no puede reducirse a protocolos institucionales, exige flexibilidad y sensibilidad, y se configura como un proceso interactivo continuo entre madres, familiares y profesionales de la salud.
Palabras clave: familia; unidad de cuidados intensivos neonatales; enfermeros; madres; enfermería familiar.

Introdução

A hospitalização do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma experiência usualmente experienciada como desgastante e estressante para os pais e as famílias, imersa em preocupações, inseguranças, ansiedade, medos e desamparo. Imerso nesses sentimentos, deparam-se e manejam a fragilidade clínica da criança, o ambiente altamente tecnológico e os rígidos protocolos da unidade. [1]

Nesse contexto, o enfermeiro, profissional previsto à toda equipe de UTIN, pode assumir um comportamento de buscar e acolher necessidades de pais e familiares, aspecto alinhado a um cuidado integral e humanizado, [2, 3] promotor do cuidado centrado na família (CCF). O CCF é uma perspectiva teórica e filosófica que reconhece a mútua influência dos membros da família entre si, e a relevância das parcerias dos profissionais e família no planejamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde. [4] O CCF sustenta conceitos como entrada sem restrições, respeito, informação em linguajar acessível, escolha, atendimento flexível, autonomia dos envolvidos, colaboração e apoio às famílias em diferentes aspectos é fundante ao cuidado de enfermagem. [5]

Apesar da indicativa de incorporação do CCF na atenção em saúde, incluindo as UTIN, sua implementação na atenção neonatal ainda ocorre de forma gradual e desigual, culminando em um contexto relacional pouco sensível e acolhedor às famílias. Exigindo mudanças culturais e organizacionais que nem sempre estão consolidadas, o que limita a participação familiar e a transformação do modelo tradicional de cuidado. [6]

O CCF, sobretudo no aspecto do acolhimento na UTIN configura-se como um desafio assistencial e interacional que envolve familiares e profissionais, especialmente enfermeiros, que acompanham de forma longitudinal a experiência de hospitalização. Apesar de reconhecido como dimensão central do CCF, ainda há lacunas quanto à compreensão de como esse acolhimento é significado e vivido pelos diferentes atores envolvidos. Nesse contexto, contrastar as perspectivas de mães e enfermeiras torna-se essencial, pois permite identificar convergências e dissonâncias entre quem recebe e quem oferece o cuidado, contribuindo para qualificar práticas, fortalecer a dimensão relacional do CCF e avançar na produção de evidências aplicáveis à UTIN. O acolhimento insere-se como uma dimensão relacional fundamental do CCF, envolve significados, interpretações e comportamentos na UTIN.

Diante do exposto, este estudo tomou como questões: Quais são os significados e as percepções de mães e de enfermeiros sobre o acolhimento da família na unidade de terapia intensiva neonatal? O objetivo foi de descrever os significados atribuídos ao acolhimento da família na UTIN, na perspectiva de mães e de enfermeiras.

Método

Desenho do estudo

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido sob o referencial teórico do interacionismo simbólico. [7, 8] A abordagem qualitativa está indicada para a compreensão do cuidado em saúde, sobretudo nos aspectos de interações, significados, crenças e percepções (de usuários,

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

profissionais e gestores).[9] Por sua vez, a perspectiva interacionista concentra-se na complexidade e na natureza das interações, na dinâmica das atividades sociais entre as pessoas, no significado dos objetos e eventos para as pessoas no mundo em que vivem, nos ambientes naturais de seu cotidiano e nas ações por elas desempenhadas.[8]

O acolhimento neste estudo está compreendido como uma postura ética de escuta, reconhecimento e resposta às necessidades da família, uma tecnologia relacional dinamizada nos encontros voltados ao cuidado na atenção em saúde.

A condução do estudo e a escrita do relatório seguiram as diretrizes do *checklist* Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), versão traduzida e validada para o português.[10]

Local e participantes do estudo

O estudo foi desenvolvido com mães de neonatos hospitalizados em UTIN de uma instituição pública de ensino, localizada na cidade de Brasília, Distrito Federal, e com as enfermeiras atuantes nessa mesma unidade.

A UTIN elencada ao estudo tem 10 leitos, sua taxa média de ocupação é de 85 %, e é referência para cuidado de recém-nascidos de alto, médio e baixo risco. Pelos protocolos da unidade, os pais tem livre acesso e são considerados acompanhantes do neonato. Entretanto, a unidade não dispõe de estrutura para a permanência de ambos e em caso de necessidade de alojamento no hospital, apenas as mulheres tem espaço, o que determina a predominância da presença das mães durante a hospitalização. Os demais membros familiares são concebidos como visitantes, tendo acesso à unidade diariamente em horários preestabelecidos, podendo entrar dois visitantes por vez e permanecer por até 60 minutos. O processo de enfermagem está implementado e as enfermeiras desenvolvem atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa. A equipe de enfermagem é composta por duas enfermeiras e seis técnicas de enfermagem por turno.

Os familiares foram localizados e abordados durante o acompanhamento da hospitalização dos seus neonatos na UTIN, pois intencionávamos a experiência viva do acolhimento durante a internação hospitalar. A abordagem das enfermeiras ocorreu durante sua jornada de trabalho; frente ao aceite e disponibilidade delas, eram agendadas as entrevistas.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro assistencial, ter prestado atendimento em UTIN por um período igual ou superior a seis meses e ter especialização em Neonatologia; para os familiares, ser um familiar significativo, cuidador, responsável ou com vínculo afetivo com o neonato e que vivenciava a hospitalização deste na UTIN, por um tempo superior a 48 horas, tomando em consideração o impacto inicial da hospitalização e a necessidade de ambientação das mães e familiares. Os de exclusão foram: ser enfermeiro temporário ou substituto nos serviços de UTIN; para o familiar, não possuir condições cognitivas e/ou psíquicas para participar de uma entrevista. A dimensão da amostra foi definida pelo critério de saturação teórica, com encerramento da coleta quando novas entrevistas não acrescentavam elementos relevantes às categorias em construção.[7] O processo foi conduzido de forma reflexiva pelas pesquisadoras, com análise contínua dos dados e das influências na interpretação. Participaram enfermeiras e mães, sendo incluídas somente mães porque, no momento da coleta de dados, não havia outros familiares presentes na UTIN. A saturação foi considerada em consonância com a delimitação do objeto de estudo, assegurando profundidade e foco na compreensão do fenômeno investigado.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a maio de 2022, por meio da entrevista aberta em profundidade, estratégia de coleta de dados delineada para alcançar aspectos subjetivos, específicos e únicos das experiências sócio-histórico-culturais dos participantes.[11] Ela foi iniciada, para as mães, com a colocação: "Conte-me como tem sido para você a experiência de vivenciar a hospitalização do seu filho na UTIN e, posteriormente, "Considerando isso que me contou, como entendem ser a família acolhida na UTIN?". Perguntas intermediárias e complementares foram introduzidas para ampliar a compreensão, tais como: "O que os profissionais falaram, fizeram, para

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

recebê-la na UTIN? De forma complementar e com o intuito de conhecer quem eram as mães e sua estrutura sociofamiliar, foram utilizadas questões voltadas à construção do genograma.

Junto aos profissionais, adotou-se como colocações disparadoras: "Gostaria que você me falasse sobre o acolhimento da família na UTIN", "O que significa acolhimento para você?" e "O que você faz para acolher a família na UTIN?". De igual modo, outras perguntas foram apresentadas alinhadas ao que era narrado com vistas a compreender em profundidade o exposto.

As entrevistas foram realizadas em dupla, por duas autoras deste estudo, e sob a supervisão da pesquisadora-orientadora, que possui experiência com metodologias qualitativas e pesquisa com família. As pesquisadoras não possuíam vínculo funcional com o serviço e tinham inserção prévia na UTIN para fins de ensino e pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no hospital, em local reservado, com o intuito de favorecer a narrativa e proteger a confidencialidade das participantes. As entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra. A duração média foi de 25 minutos, com cada um dos grupos de participantes, enfermeiras e mães.

As observações, percepções e reflexões das pesquisadoras foram registradas em notas (impressões da pesquisadora), durante a realização da entrevista e após a transcrição. Estes registros foram direcionadores do processo de coleta de dados, como questões que precisavam serem aprofundadas e cuidados para manter o foco centrado na narrativa construída pelo participante e evitar preconcepções.

As participantes deste estudo estão identificadas pela letra M (mãe) ou E (enfermeira) seguida de um número, conforme a ordem da sua inserção no estudo, com o objetivo de manter o anonimato.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados por meio do método de análise temática proposto por Minayo. [12-14] Assim, a análise teve início com a identificação de padrões nos dados, como: temas recorrentes, ideias centrais ou formas de expressão; e num segundo momento, a interpretação dos significados subjacentes aos temas encontrados. Por fim, buscou-se entender o processo do acolhimento por meio de diversas leituras e análise reflexiva das narrativas, seguido de codificação e categorização das temáticas emergentes. [12-14]

O processo analítico foi desenvolvido pelas três primeiras autoras deste artigo e discutido em reuniões periódicas com as demais autoras. Todas têm experiência no desenvolvimento de estudos qualitativos na enfermagem pediátrica e/ou neonatal e em pesquisas com família.

Aspectos éticos

Todas as recomendações éticas foram respeitadas e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, parecer 4.049.575, CAAE 26646819.7.0000.0030. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O compromisso ético com o bem-estar psicoemocional das participantes esteve assumido durante todo o processo de pesquisa e cuidados específicos estavam disponíveis junto ao local do estudo. Entretanto, cabe destacar que não ocorreram situações que demandassem o acionamento desse serviço.

Resultados

Participaram do estudo nove mulheres mães de neonatos hospitalizados na UTIN e cinco enfermeiras da equipe de cuidados intensivos neonatais dessa unidade.

A idade das mães variou entre 23 e 42 anos, a quantidade de filhos foi de um a cinco, e sete delas possuíam relacionamento estável. Com relação à escolaridade materna, variou de ensino médio a ensino superior. O tempo de hospitalização variou de 08 a 53 dias. Em relação aos problemas de saúde enfrentados, verificamos que uma tinha problema de fertilidade, três tinham questões relacionadas à saúde mental e uma, hipertensão. A maioria referiu ter como apoio o esposo/companheiro e sua mãe (avó materna da criança). Também compunham a rede de apoio tias, sogras, cunhadas e irmãs.

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

Tabela 1

Caracterização das mães participantes

Mãe	Idade (anos)	Nº de filhos	Estado civil	Escolaridade/ Profissão	Tempo de hospitalização (dias)	Diagnóstico/Causa do nascimento de risco
M1	38	2 (gemelares)	Casada	Ensino superior completo	8	Prematuridade
M2	23	1	Casada	Ensino superior incompleto	13	Prematuridade
M3	41	5	Casada	—	28	Prematuridade
M4	30	1	Casada	Empreendedora	9	Cardiopatia
M5	37	1	Solteira	Assistente social	23	Prematuridade
M6	40	3	Casada	—	11	Sofrimento fetal
M7	30	3	Casada	Cozinheira	30	Sofrimento fetal e extremo baixo peso
M8	30	1	Casada	Funcionária pública municipal	53	—
M9	42	1	Casada	Estudante universitária	38	Prematuridade

No que se refere à caracterização das enfermeiras, a idade variou entre 27 e 48 anos. O tempo de atuação na UTIN variou de 3 a 18 anos, e todas tinham pelo menos uma especialização ou residência na área de enfermagem neonatal.

Tabela 2

Caracterização das enfermeiras participantes

Enfermeira	Idade (anos)	Tempo de atuação em UTIN (anos)	Especialização/Residência
E1	43	15	Residência
E2	38	13	Especialização
E3	48	18	Especialização
E4	43	18	Especialização
E5	27	3,5	Residência

Os resultados estão apresentados a partir de duas categorias representativas dos significados atribuídos pelas mães e pelas enfermeiras ao acolhimento na UTIN: "Identificação e respostas às diversidades e necessidades" e "Inflexibilidade e não reconhecimento de demandas". Esses núcleos temáticos agregam aspectos relacionais favorecedores e dificultadores do acolhimento.

Identificação e respostas às diversidades e necessidades

A integração das perspectivas de enfermeiras e mães sobre o acolhimento da família durante a hospitalização do recém-nascido na UTIN revelam convergências de significados. Ambas, enfermeiras e mães, definem o acolhimento como um processo relacional contínuo, que tem como características a construção colaborativa de um cuidado autêntico, expresso na identificação e na oferta de respostas às diversidades e necessidades maternas e familiares.

Na perspectiva materna, a relação estabelecida com os profissionais é estruturante e qualificadora do acolhimento. Identificar esforços profissionais para recepcionar a elas e seus familiares, assim como a sensibilidade para as diversas necessidades que surgem ao longo da estada na UTIN, estão no escopo do acolhimento. Neste contexto, as mães registram empatia e a essencialidade do

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

profissional reconhecer a complexidade e o dinamismo da estada em uma UTIN, dada a simultaneidade de desafios, como estar vivenciando o puerpério associado a separação e internação do filho na UTIN.

Para as mães o acolhimento surge quando há no comportamento do profissional esforços e intenções de responder às particularidades do vivido pela mulher e sua família. As mães significam o acolher um dever profissional, um ato integrante da dimensão humana e da empatia, como podemos observar nas falas das mães, a seguir:

> Primeiramente, se colocar no lugar do próximo e tratar de maneira adequada, porque a forma como você abrange a pessoa na situação que eu estou é crucial né. (M2)

> É uma receptividade né… receber você, acolhimento é isso, a forma de te receber. […] Em primeiro lugar humana, você ter humanidade é essencial, empatia, se colocar no lugar de uma mãe que está no período puerperal, acabou de ter o neném. Então empatia e humanidade, que é a primeira coisa em primeiro lugar, indispensável. (M5)

> Acolhimento é você fazer o certo, você fazer aquilo que se comprometeu a fazer, isso é me acolher. (M9)

As mães reforçam que o acolhimento do profissional, para além da dimensão emocional, envolve aspectos instrumentais e de suporte prático na condução de situações clínicas e documentais inerentes ao cuidado neonatal, que pode ser evidenciado pela fala da M7:

> Atualmente soluções dos problemas. Por exemplo, eu preciso do relatório do teste do pezinho, alguém me ajudando a pegar o relatório do teste do pezinho, para mim já me acolheu, já tirou o peso das minhas costas. Então tipo me ajudar a lidar com as situações na qual estou vivendo já considero acolhimento. (M7)

Favorecer a compreensão de desenvolvimento da situação da criança e promover a relação com ela integram o acolher. Nesta direção, as mães valorizam a oferta de conhecimentos e as apostas no desenvolvimento de habilidades para o cuidado da criança. A sensibilidade do profissional manifesta-se nas ações de proposição e mediação de conversas sobre temas vinculados à experiência de ser mãe na UTIN; atos e falas de otimismo; comportamento paciente, disponível e afetuoso; oferta de informações de forma contínua, em linguagem clara e simples, sem termos técnicos. A forma de conversar e acalmar, incluindo a escolha das palavras, integra o acolher. Contar com sensibilidade da equipe para as necessidades emocionais e psíquicas esteve em destaque no processo de acolhimento. As falas das mães, a seguir, expressam esses sentimentos:

> Eles (profissionais) sempre me ensinaram a como lidar né… agora, hoje mesmo como ela está para receber alta, eles botaram um lacinho nela, banharam ela, que eles acharam que ela ia sair hoje. […] E os médicos sempre dando notícia, né… porque eu acho que você precisa do retorno do médico, alguém que fale alguma coisa mesmo que seja bom ou ruim, eles sempre tiveram muita paciência. (M1)

> Vieram e me explicaram todinho o procedimento, o que é que estavam fazendo com ela. (M2)

> Falaram que ela ia ficar bem, ia melhorar e assim cada um tanto da noite como do dia foram sempre me dando força, né… […] A assistente social veio, conversou comigo, me deu bastante atenção. […] me acalma, me dá simples informação da bebê né, como ela tá progredindo, eles tem me suprido. (M6)

> Eles veem quando eu estava mais triste, conversavam de uma forma que não era com tantos termos técnicos, explicava direitinho […] eles foram muito carinhosos, educados e tratava tão bem a minha filha […]eles veem que a gente tá precisando de um atendimento individual, eles sempre falam assim 'Vamos conversar', levava a gente lá pro jardim, a gente conversava tanto com psicóloga como o terapeuta ocupacional. (M8)

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

As enfermeiras relacionam o acolhimento com a filosofia de cuidado centrado na família, com destaque para a importância da presença, do contato e da participação dos pais no ambiente e no cuidado do recém-nascido, considerando as diversidades de famílias e suas necessidades, conforme demostrado nas falas a seguir:

> O acolhimento é o fato de você deixar o pai, a mãe, a família na verdade a vontade, porque aqui a gente tem muitas configurações de família, as vezes tem a presença de uma avó com a mãe, às vezes tem a presença só de uma mãe, como a gente teve agora na UTI de uma mãe adotiva que está no processo de adoção, então hoje a gente tem conformações de família diferenciadas, então para mim o acolhimento é você fazer a família seja ela qual for, se sentir à vontade e incluir ela no processo ali da assistência né, então é você mostrar, é você falar, ter aquele feedback com a família. (E5)

> Sendo o acolhimento uma forma de tratamento e atenção, é ter ajuda, ser ouvida e respondida, ser vista. (E3)

> Esse acolher é eu atender as necessidades de cada um considerando que cada um é diferente do outro e por isso cada um tem suas necessidades, apesar de estarem internados no mesmo setor, cada família ali, de cada bebê também, vai ter uma demanda específica. (E4)

Nas falas das enfermeiras reforça-se que a competência do profissional para esse acolhimento vai se "lapidando conforme o tempo e as experiências da enfermeira" (E3), derivado de um "aprendizado contínuo" (E3) que envolve o ato de cuidar.

As enfermeiras concebem o acolher como uma responsabilidade que se inicia com a recepção e admissão do neonato e da família na unidade, com oferta de informações relativas a normas, rotina e funcionamento do espaço, no sentido de promover a familiarização deles com a UTIN. Informar sobre a rotina da unidade para os pais está concebida como crucial, o que determina que elas façam tal ato em etapas e com reforços, pois reconhecem ser um momento de instabilidade emocional no qual não é possível a absorção de todas as informações. Significa que pais e familiares precisam saber de seus direitos na unidade, como exposto nas falas a seguir:

> Logo após a admissão desse bebê, a gente faz o acolhimento com os pais, conversa sobre a unidade, a UTI neonatal, os procedimentos de rotina, explica para o pai e para mãe sobre visitas, sobre que o pai e a mãe vão ser considerados visitas, eles tem direito ao acesso e permanência na UTIN quando desejarem né, nas 24h do dia, em relação a mãe, ela tem se a assim ela desejar tem a enfermaria da mãe nutriz, onde essa mãe pode ficar aqui no hospital, com direito a alimentação […] nesse momento delicado, a gente procura acolher esses pais, acolher esse bebê, a gente procura muito trabalhar com a questão da humanização na assistência aqui na UTI. (E2)

> Cada mãe, para cada pai, que chega é uma cena chocante, então as mães no primeiro dia, por mais que a gente tente passar muitas informações elas absorvem pouco, porque no primeiro dia é tão chocante que elas falam as vezes que estão entendendo, mas se você perguntar no dia seguinte assim o que foi falado elas não vão saber te dizer nem ⅓ do que você falou, porque elas não absorveram de tamanha instabilidade emocional que elas ficam nesse primeiro momento, então além desse acolhimento inicial, eu tento sempre estar próxima incentivando a presença da mãe e respeitando quando ela não pode estar, porque é comum as pessoas julgarem. (E4)

A enfermeiras concebem que o acolhimento ocorre hodiernamente a partir do comportamento profissional de estar junto, atento, sensível e empaticamente disponível para ajudar, informar, escutar e responder a mães e familiares em suas necessidades. O acolhimento é "fazer com que a família se sinta mais familiarizada com a UTIN, com a equipe, com os cuidados, com a rotina" (E1). Para tanto, destacam afetividade, educação e respeito como essenciais na relação com a mãe e família.

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

As enfermeiras destacam ações rotineiras de ensinar as práticas, supervisionar e estimular a participação no cuidado da criança, como o contato pele a pele com o recém-nascido, conforme a estabilidade clínica do neonato. Ainda, significam como ações de acolhimento: falar sobre a relevância da presença dos pais/família para o recém-nascido, sobre os benefícios de ele ouvir a voz e sentir o toque dos pais. Entretanto, a presença do pai na UTIN não é uma realidade prevalente, e as enfermeiras questionam os motivos da não presença.

> A gente da enfermagem fala da importância da presença da mãe, do pai, que às vezes ele fala 'ah eu não posso ficar' e a gente reforça que a sua presença é muito importante, olha como ela fica mais calma quando você está presente, seu contato, sua mão, que toca o bebê, tudo é importante. (E1)

Ademais, o acolher engloba introduzir e edificar a autonomia das mães nos cuidados da criança. As enfermeiras identificam benefícios "na recuperação do RN que tem a presença constante dos pais" (E1). Descrevem a satisfação ao perceber que mães, pais e demais familiares adquirem confiança quando as enfermeiras conseguem passar segurança e afeto no trabalho que exercem.

> Demonstrar para a mãe, fazer que ela se sinta confiante e que ela sinta que ela é a protagonista no cuidado com esse bebê, a gente procura inserir essa mãe nos cuidados, quando a gente a sente segura nos cuidados, na gavagem de uma dieta, quando o bebê está clinicamente mais estável, uma troca de fralda, se assim ela desejar, e sempre incentivando a posição canguru. Hoje a gente conversa muito com a mãe, eu acredito que isso é uma forma de acolhimento também. (E2)

> O pai de um bebê outro dia disse que estava com medo de pegar, porque o bebê é muito pequeno, baixo peso, prematuro, está recuperando agora, então o pai 'não, eu vou quebrar ele', a gente foi conversando 'você tem que ter coragem, é o seu filho, ele vai para casa com você, você vai ter que pegar ele, vamos fazer aqui, que aqui você tem um monte de profissional, a gente vai te ajudar', eu consegui colocar o bebê no colo dele e ele ficou apaixonado. Então eu acho que assim, quando a gente tem a oportunidade de o pai estar presente, a gente faz a inclusão, pelo menos eu, eu gosto muito de incluir, porque você tem que pensar que quando o bebê for para casa, aquele pai tem que ser uma rede de apoio para aquela mãe, então se a gente puder estimular isso desde aqui, já facilita para ela né, vai ser mais alguém para ajudar, porque a gente sabe que não é fácil. (E4)

A confiança também é uma questão valiosa para as enfermeiras. Para tanto, elas acreditam que é preciso reconhecer a diversidade dos neonatos e das famílias e suas manifestações. Assim, as profissionais valorizam o diálogo, a honestidade, a comunicação efetiva —sincera e oportuna—, o conhecer a família e as sinalizações e retornos que vão devolvendo nas interações. Elas reconhecem que julgar as famílias não cabe a nenhum profissional, sendo essa uma ação contrária ao acolhimento.

O acolhimento institucional manifesta-se na forma como o ambiente e as normas são organizadas para garantir a presença das mães e famílias. Na unidade estudada há destaque para o alojamento "mãe nutriz", espaço reservado para o descanso, higiene e refeições das mães que desejam permanecer 24 horas no hospital.

> Eu acho que a humanização, a atenção ao paciente, eu acho que depende, não é que depende de cada instituição, eu acho que a gente fala a mesma coisa, que é o olhar, o toque, dar o máximo de atenção possível para esses familiares que nesse momento eles estão sensíveis, mas eu acho que hoje a gente tem muito o apoio da equipe multiprofissional, então isso já contribui, às vezes eu tomava uma decisão antiga, tipo a gente autoriza os filhos, os irmãos dos nossos pacientes a entrar, então tem um acolhimento, tem uma conversa antes, para a gente conhecer a criança, antigamente, quem fazia isso era o enfermeiro, a gente não tinha um apoio da psicologia, não tinha apoio do serviço social e hoje eu tenho o apoio desses profissionais, existe o atendimento mais personalizado, mais específico. (E3)

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

As mães e as enfermeiras constroem o significado do acolhimento a partir da experiência vivida. Para as mães a centralidade do acolhimento está no alívio do sofrimento, na sensibilidade interpessoal e no suporte prático. As enfermeiras, por sua vez, definem o acolhimento a partir de uma perspectiva técnica, organizacional e filosófica, vinculando-o ao cuidado centrado na família, a humanização e desenvolvimento da autonomia parental.

Inflexibilidade e não reconhecimento de demandas

A inflexibilidade e o não reconhecimento das demandas são elementos da relação desenvolvida entre as enfermeiras e as mães, percebidas por ambas como obstáculos ao acolhimento.

As mães interpretam e significam o não acolhimento como lacuna ou erro relacional e violação de direitos. O não acolhimento, na perspectiva materna, esteve relacionado a profissionais qualificados como frias, esvaídos de empatia e com fragilidades comunicacionais. Como desdobramentos, esses profissionais não garantem à família o direito de informação, menosprezam a necessidade de conforto e são insuficientes no suporte para o desenvolvimento de habilidades técnicas da família no cuidado da criança. Vivências negativas reverberam em sentimento de desamparo e indignação, como evidenciado nos trechos abaixo:

> Parte das enfermeiras técnicas, aí são poucas que não deixam a desejar, porque o restante é muito fria, a gente fica perdida. [...] Sabe, não tem esse acolhimento né, não te recebe bem. São poucas, mas muitas não perguntam o seu nome, como você está [...] Tem coisas que não é da alçada do técnico, mas tem coisa que o técnico pode responder sim e eles são muito frios, dão as costas para a gente. [...] eu não tive essas informações que tinham que se passar pra mãe né, porque é um direito nosso a gente saber de tudo. (M5)

> É difícil a gente ver a filha da gente precisando de um suporte que a gente não pode dar. A princípio a gente idealiza uma amamentação, mas não é como a gente imagina. [...] os médicos mesmo que não dão a devida atenção e ajuda sobre o banco de leite também, que não são todas que ajudam a ordenhar. Aí eu preciso de ajuda para tirar, para extrair o leite. Só que não são todas que compreendem que eu preciso de ajuda. (M2)

> Só única coisa assim que aqui a gente já foi atrás deles, só que a gente não tem direito é sobre a alimentação, porque tipo eu amamento todos os horários, então assim o lanche não vai adequado, a comida também não, então tem hora que eu passo mal, mas é por causa da falta de alimento. (M6)

Desse modo, as mães perceberam que os obstáculos e o desfavorecimento da relação com pessoas significativas, com os entraves para que os membros da família conhecessem a criança estiveram na contramão do acolhimento. Nesses casos, tais comportamentos profissionais atuaram como barreiras e impeditivos à participação de outros integrantes da família, como a visita de avós. Como relatado nas falas maternas, a seguir:

> O que eu fiquei chateada porque eu sei que devido a COVID, [...], ela não pôde entrar para ver, de forma nenhuma assim... aí não pode tirar foto, e aí eu procurei a psicóloga e não achei, porque só podia através da autorização da psicóloga... outra coisa é uma videochamada, então fica todo mundo sem ver os meus filhos um tempão. E minha mãe fica doidinha. (M1)

> No caso de um RN eu acho que deveria ter termo de autorização que os pais pudessem utilizar a imagem dos filhos, porque afinal de contas as pessoas não têm ideia do que está acontecendo, quem tá em casa não sabe o que você passa aqui, e se você tivesse a opção de compartilhar, eu não falo não é nem de eu chegar e pegar o meu celular sujo e entrar na UTI não, mas ter um profissional na UTI que fosse responsável por trazer e fazer a ligação do paciente que tá ali com o que tá em casa pra que eles entendessem, porque as pessoas não conseguem entender o que a criança tá passando... (M7)

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

As mães relacionam a necessidades de alojamento e deslocamento estão envolvidas com a percepção de acolhimento. Elas descrevem inadequações do alojamento em termos de higiene e de pertinência para sua condição de puérpera. Ademais, questões relacionadas com deslocamento entre o hospital e o domicílio acrescem-se a questões financeiras e de fragilidades na rede de apoio social. Há importantes impactos para o conforto, sono e descanso materno, como relado nas falas a seguir:

> Tem dia que não tem nem limpeza no quarto. Eu acho que não é por aí, porque igual as camas são beliches… como é que eu vou dormir? Tô cheia de ponto ainda. Eu fiz cesárea, tenho um monte de ponto na barriga. Como é que eu vou subir numa cama beliche? Não tem condições. Eu acho que isso é um problema sério. (M1)

> E falta de informação… pra gente que mora em (nome da cidade satélite) eles tinham que ter assim, ser mais comunicativos com os pais, porque eu posso vir, mas tem muitos pais que não podem, que não tem condições, gasolina pra carro, e aí pra informação eles deixam muito a desejar. (M4)

> No início foi bastante angustiante né difícil… pra mim cada momento foi quase mortal, você não saber, você fica estagnada sem saber… pergunta para o médico, espera médico, pergunta pro enfermeiro. […] Eu sou de Minas, então assim inviável né porque só pode o pai e a mãe. O pai dele tá lá em Minas, eu ligando com muita dificuldade porque eles não podem passar informação por telefone, mas eu obtive a informação porque eu falei que tava nessa situação de internação, e eu tinha que ter notícia dele. (M5)

> Então eu vejo que falta interesse, vontade de fazer, sabe. Então tá muito a desejar, muito mesmo. Eu sou bem sincera. Eu vou reclamar no ministério público. Não pela parte dos funcionários, porque às vezes a gente que é funcionário depende da equipe que comanda a gente. (M9)

As enfermeiras interpretam e significam os limites ou obstáculos ao acolhimento como condicionados por fatores clínicos, normativos e estruturais, especialmente a gravidade do RN e as restrições institucionais.

As enfermeiras, para além das dificuldades relacionais, identificam que quanto mais grave e ameaçadora é condição clínica do recém-nascido, mais desafiador é o acolhimento da família. Entre os aspectos que se relacionam com isso, tem-se o fato de que muitas vezes esses RNs, num primeiro momento, chegam desacompanhados dos pais em função das condições maternas após o parto, outras vezes a equipe, pelas condições do RN, não autoriza a entrada, e ainda ocorre a prescrição do manuseio mínimo. Esses elementos afetam o estado emocional da família e interferem na oferta de informações, conduzindo a um diálogo que se centra em falar sobre o quadro clínico do recém-nascido.

Outro ponto percebido, pelas enfermeiras, como frágil em termos de acolhimento refere-se à consideração de outros membros da família, inclusive o pai. Isso foi potencializado com a pandemia da COVID-19, pois avós e outros familiares significativos foram proibidos de frequentar a UTIN, bem como atividades realizadas junto aos familiares foram interrompidas, como os grupos de apoio e rodas de conversa.

> Sentindo falta de atividades extras na rotina com as mães (de descontração) […], uma atividade de crochê, qualquer coisa diferente, que elas possam ter um momento diferente dessa rotina. A gente já teve esses grupos de recorte, costura… em algumas situações elas tinham a habilidade de costurar, tinha mãe que fazia roupa para o bebê nesses grupos né, e isso eu acho muito benéfico, muito válido e muito positivo para elas né. (E2)

> A gente não pode deixar a vó entrar, temos esse impasse por conta da pandemia e as vezes a mãe não tem um parceiro e que está do seu lado ou é a vó ou a tia então a gente fica um pouquinho podada nesse sentido, eu acho muito ruim isso, porque a gente sabe como é difícil, também tem muitos casos, então ela está impossibilitada de vê e não tem ninguém e pra

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

> autorizar tem que vim da chefia, autorizar essa mãe ou essa tia entrar pra poder passar todas as informações pra mãe a respeito do bebê. (E1)

> O pai é uma figura menos presente que a mãe na UTIN [...] Acaba que o acolhimento em relação aos pais a gente faz menos porque eles comparecem menos, por mais que a gente incentive e pergunte, assim muitas vezes ou a mãe é solteira ou já não está mais com o companheiro, muitas vezes a gente vê isso. Ou elas falam que tem mais filhos e o pais está com os outros filhos, então a participação dos pais é bem menor, até porque aqui a enfermaria que tem aqui no hospital para acompanhamento é para as mães né, enfermaria mãe nutriz, as vezes até teria pai que teria condição de estar aqui mas a gente não teria condições de acomodar esse pai hoje aqui. (E4)

Há, na perspectiva de mães e enfermeiras, reconhecimento de que a pandemia, as normas e a estrutura impactam negativamente o processo de acolhimento. Contudo, há divergências na forma como o obstáculo é vivenciado e significado: para as mães ocorre no contexto concreto da interação; para as enfermeiras é contextualizado no plano organizacional e clínico.

Discussão

À luz do Interacionismo Simbólico, o acolhimento na UTIN emerge, para as mães, como um processo relacional de construção de significados, no qual interações cotidianas com a equipe atribuem sentido à experiência de hospitalização. Mais do que a dimensão técnica, são a forma de recepção, a qualidade da comunicação e a sensibilidade diante do sofrimento que orientam como essas mulheres interpretam seu lugar na UTIN, ora como participantes legítimas do cuidado, ora como figuras periféricas. Assim, o vínculo, a confiança e a redução da ansiedade não derivam apenas de intervenções, mas da interpretação que as mães fazem das atitudes profissionais; sua ausência, por sua vez, produz significados de exclusão e fragiliza a vivência da maternagem.

Na perspectiva das enfermeiras, o acolhimento também se configura como uma prática mediada por significados, ancorada na humanização e no CCF e operacionalizada nas interações desde a admissão. Suas ações como: informar, incluir e promover autonomia, refletem não apenas protocolos, mas interpretações sobre o que é acolher em um contexto de vulnerabilidade. Nesse sentido, competências como empatia, escuta e presença qualificam a interação como espaço simbólico de negociação de sentidos. A singularidade dos achados reside, portanto, na evidência de que o acolhimento não se reduz a práticas instituídas, mas se constrói na dinâmica interpretativa entre mães e enfermeiras, podendo gerar convergências ou tensões conforme os significados atribuídos por cada grupo.

Esse conjunto de experiências dialoga diretamente com os princípios do cuidado centrado na família, modelo assistencial que propõe a participação ativa dos familiares no planejamento e nas decisões de cuidado, respeitando suas necessidades, valores e preferências. Ao considerar a família como parte indissociável do processo terapêutico, o CCF contribui para reduzir os impactos da hospitalização, fortalecer os vínculos parentais e favorecer a experiência materna em um contexto marcado por vulnerabilidade. [15-18] Nesse sentido, o acolhimento se concretiza por meio do suporte informacional, interacional, emocional e prático, constituindo-se não apenas como estratégia assistencial, mas também como prática ética e moral. [19, 20]

Fica evidente que os significados de acolhimento são construídos nas interações cotidianas entre profissionais e familiares, articulando-se assim com os pressupostos do interacionismo simbólico, no qual pressupõe que a interação é dinâmica e que todos os seres humanos se envolvem em um processo interpretativo na vida diária, ele aborda como as pessoas criam, interpretam, endossam ou alteram significados com base em ações e interações vivenciadas em suas vidas diárias. Todas as pessoas são consideradas participantes ativos engajados no mundo em que vivem; é por meio da interação com outras pessoas e consigo que as pessoas dão sentido ao mundo. [21]

Entre os elementos, desse processo interacional, mais valorizados pelas mães está a comunicação, reconhecida como eixo estruturante do acolhimento. A transmissão adequada de informações contribui para o enfrentamento da hospitalização, reduz a ansiedade e fortalece o vínculo

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

de confiança com a equipe. [22, 23] Em contrapartida, falhas comunicacionais se configuram como uma das principais queixas, gerando insatisfação, insegurança e comprometendo a qualidade da assistência. [24] A literatura recomenda que a comunicação seja contínua, culturalmente sensível e adaptada às demandas clínicas e emocionais de cada família. [25] Tecnologias educacionais, como manuais e folhetos, podem potencializar a compreensão das orientações, mas não substituem o diálogo próximo e empático, essencial para a construção de confiança.

A empatia profissional também ocupa lugar central na experiência interacional do acolhimento. Estudos apontam que vivências pessoais dos enfermeiros, como a internação de um filho ou a vivência de luto, favorecem o desenvolvimento de maior sensibilidade e disponibilidade para criar vínculos com as famílias, fortalecendo práticas de escuta ativa, orientação clara e apoio emocional que repercutem positivamente mesmo após a alta hospitalar. [26, 27] Nesse sentido, o acolhimento ultrapassa a dimensão técnica e se materializa em atitudes éticas e morais, que reconhecem as famílias em sua singularidade e legitimam sua presença como parte integrante do cuidado.

Apesar desses avanços, relatos de não se sentirem acolhidas persistem, manifestados pela ausência de escuta, pela exclusão dos familiares de decisões e cuidados e pela oferta limitada de informações. Tais experiências revelam a permanência de práticas paternalistas e prescritivas, nas quais os profissionais assumem o protagonismo em detrimento da participação da família. [28, 29] A literatura evidencia que as dificuldades para efetivar o CCF não se restringem à dimensão relacional, mas refletem também barreiras institucionais, como sobrecarga de trabalho, carência de infraestrutura adequada, equipes reduzidas e insuficiente apoio institucional, que limitam a capacidade de acolher de forma plena. [28, 30]

Outro fator determinante é a estrutura física da UTIN, que pode tanto favorecer quanto restringir a experiência de acolhimento. Ambientes compartilhados, comuns em muitos serviços, limitam a privacidade e a presença da família junto ao neonato, enquanto a adoção de quartos unifamiliares se mostra mais favorável ao bem-estar psicológico, à proximidade entre pais e filhos e ao fortalecimento da autonomia parental. [31] Além disso, dificuldades financeiras e logísticas associadas à hospitalização prolongada ampliam a vulnerabilidade materna, reforçando a necessidade de políticas institucionais de suporte e acolhimento.

As condições impostas pela pandemia de COVID-19 exacerbaram essas fragilidades. As restrições de visitas e a comunicação mediada por telefone ou recursos virtuais reduziram a presença da família na UTIN, fragilizaram o vínculo com os filhos e comprometeram o exercício da maternagem, demonstrando as limitações de estratégias alternativas de cuidado remoto. [32, 33] Esse cenário evidenciou, de forma ainda mais contundente, a importância da presença física e do contato próximo entre pais e filhos no processo de acolhimento.

Apesar dos desafios, a literatura mostra que práticas de acolhimento fundamentadas na escuta ativa, no apoio emocional e na inclusão dos pais no cuidado produzem impactos positivos, favorecendo o engajamento materno, a compreensão sobre os cuidados realizados e a adesão ao tratamento. [3, 34-35] Ao integrar dimensões técnicas e afetivas, o enfermeiro exerce papel estratégico como mediador entre as exigências clínicas e as necessidades emocionais da família, contribuindo para uma experiência mais humanizada e compartilhada.

Os achados deste estudo evidenciam que o acolhimento na UTIN se configura como uma prática interacional atravessada por tensões entre o paradigma do CCF e as barreiras institucionais que limitam sua plena efetivação. Embora a literatura aponte benefícios inequívocos do envolvimento familiar, sua consolidação depende não apenas do compromisso ético e da sensibilidade dos profissionais, mas também de investimentos em infraestrutura e de políticas institucionais que reconheçam a família como parceira e protagonista no cuidado neonatal.

Embora a literatura recente recomende a família como parceira de cuidado, na prática o acolhimento ainda é atravessado por políticas restritivas, incluindo práticas paternalistas persistentes, em que os profissionais de saúde tomam decisões em nome de famílias com informações mínimas ou nenhuma contribuição deles e que limitam o envolvimento familiar no cuidado. [28]

Grande parte dos estudos evidencia que a rigidez institucional ainda define a forma como as famílias são recebidas e integradas na UTI Neonatal. Estudo feito por Feeley et al. [29] identificou que áreas de cuidados intensivos neonatais têm políticas rigorosas de segurança do paciente e medidas de

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

controle de infecção que podem afetar a presença dos pais e dificultar o estabelecimento de um ambiente acolhedor.

Contudo, observa-se que o cuidado ainda é prescritivo e rígido. O cuidado vivo deve ser construído na interação e acolher envolve atitudes flexíveis, inovadoras, criativas e individualizadas para cada neonato e sua família.

Considerações finais

O estudo possibilitou identificar os significados de acolhimento atribuídos por mães de recém-nascidos de risco e por enfermeiras durante a hospitalização na UTIN. Esses significados revelam percepções desse processo interacional que, ao mesmo tempo em que se complementam, também se contrastam quando analisados sob as duas perspectivas. Evidencia-se convergências quanto ao conceito de acolhimento e distanciamentos na forma como é vivenciado e significado, para as mães ocorre no contexto concreto da interação e para as enfermeiras no plano organizacional e clínico.

A articulação dessas visões evidencia que o acolhimento na UTIN não pode se reduzir a protocolos institucionais ou a rotinas previamente estabelecidas. Ao contrário disso, exige flexibilidade, sensibilidade e corresponsabilidade, configurando-se como um processo interacional que integra mães, familiares e profissionais de saúde. Concretizar um cuidado verdadeiramente acolhedor demanda alinhar expectativas maternas e práticas profissionais, superar barreiras comunicacionais e instituir espaços reais de participação ativa e autônoma da família nas tomadas de decisões sobre o cuidado.

Dessa forma, os resultados desta pesquisa reafirmam a centralidade do acolhimento na experiência de hospitalização neonatal, tanto para as mães quanto para os recém-nascidos, ao mesmo tempo em que evidenciam lacunas a serem enfrentadas. Reconhecer essas fragilidades e investir em práticas humanizadas, orientadas pelo cuidado centrado na família, com desenvolvimento de habilidades em comunicação e empatia, além de aprimoramentos nas condições organizacionais que favoreçam a presença e participação das mães, constitui um caminho essencial para fortalecer vínculos, ressignificar a vivência da internação e promover um cuidado mais sensível, integral e digno.

Limitação do estudo

Destacam-se como limitações do estudo as características da amostra e do local do estudo. O estudo foi desenvolvido em um único serviço e os dados refletem essa realidade assistencial específica e de uma amostragem pequena, que foi obtida por saturação teórica, que pode não ser a realidade de outros serviços e participantes. Assim, estudos em contextos mais amplos, em múltiplos serviços e que explorem serviços diversos são recomendados. Acrescenta-se que a coleta de dados foi realizada durante a pandemia de COVID-19 e que as medidas restritivas impostas durante esse período podem ter influenciado os sentimentos e as percepções de acolhimento de mães e de enfermeiras.

Implicações para a prática, pesquisas futuras

Os achados ampliam o conhecimento disciplinar da enfermagem ao explicitar como se constroem os significados e as ações de acolhimento da família na UTIN, a partir das perspectivas de mães e enfermeiras. Na prática clínica, indicam a necessidade de fortalecer escuta ativa, comunicação honesta, interação e construção de vínculos com as famílias. Para a gestão do cuidado, evidenciam a importância de organizar processos assistenciais que sustentem o cuidado centrado na família. No âmbito acadêmico e da formação em enfermagem, reforçam a incorporação de competências relacionais e do acolhimento familiar na preparação dos profissionais, bem como pesquisas voltadas ao desenvolvimento de modelos norteadores do cuidado e de implementação de intervenções em acolhimento familiar, com o reconhecimento das vulnerabilidades vivenciadas pela família frente ao nascimento de risco e à hospitalização na UTIN.

Referências

1. Brito TC de, Motta ALC, Lima CP de, Lemos LL, Silva M de C, Borges MVA, Pinheiro BBFM. O acolhimento de enfermagem aos pais frente a hospitalização de neonatos em unidade de terapia intensiva. Rev Contemp [Internet]. 2024 [citado 2025 Jun 10]; 4(9). doi: 10.56083/RCV4N9-051

2. Silva SRP, Alencar GT de, Sousa Lima HL, Santos JB dos, Silva Lima VM da, Dias Viana AM. Assistência de enfermagem na UTI neonatal: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. Braz J Hea Rev [Internet]. 2020 [citado 2025 Out 9];3(5):11817-11826. doi: 10.34119/bjhrv3n5-039

3. Leite PIAG, Pereira FG. Humanização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Enferm Aten Saúde [Internet]. 2020 [citado 2025 Jun 10];9(1):90-102. doi: 10.18554/reas.v9i1.3649

4. Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC). Patient- and family-centered care [Internet]. Bethesda: Institute for Patient and Family Centered Care; 2022 [citado 2025 Jun 10]. Disponível em: http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html

5. Dalfior CS, Ogradowski KRP, Marchiorato AAL, Hack NMRAS. O cuidado centrado na família no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal. SHS [Internet]. 2022 [citado 2025 Out 9];3(1):369-80. doi: 10.54022/shsv3n1-033

6. Franck LS, O'Brien K. The evolution of family-centered care: from supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. Birth Defects Res [Internet]. 2019 [citado 2025 Out 9];111(15):1044–59. doi: 10.1002/bdr2.1521

7. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1969.

8. Charon JM. Symbolic interactionism. an introduction, an interpretation, an integration. 10a ed. New Jersey: Prentice Hall; 2010.

9. Minayo MCS, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. Cien Saude Colet. 2014;19(4):1103-1112. doi: 10.1590/1413-81232014194.18912013

10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [citado 2021 Abr 08];34:eAPE02631. doi: 10.37689/acta-ape/2021ao02631

11. Muylaert CJ, Sarubbi Jr V, Gallo PR, Neto MLR, Reis AOA. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [citado 2022 Set 28];48(spe2):184-189. doi: 10.1590/S0080-623420140000800027

12. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [citado 2022 Set 28];17(3):621-626. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007

13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

14. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25a ed. Petrópolis: Vozes; 2024.

15. Loutfy A, Zoromba MA, Mohamed MA, El-Gazar HE, Andargeery SY, El-Monshed AH, et al. Family-centred care as a mediator in the relationship between parental nurse support and parental stress in neonatal intensive care units. BMC Nurs [Internet]. 2024 [citado 2022 Set 28];23:572. doi: 10.1186/s12912-024-02258-4

16. Kokorelias KM, Gignac MAM, Naglie G, Cameron JI. Towards a universal model of family centered care: a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2019 [citado 2022 Set 28];19:564. doi: 10.1186/s12913-019-4394-5

17. Abukari AS, Schmollgruber S. Concepts of family-centered care at the neonatal and paediatric intensive care unit: a scoping review. J Pediatr Nurs. 2023;71:e1-a10. doi: 10.1016/j.pedn.2023.04.005

18. Kegler JJ, Neves ET, Lacerda MR, Hausen CF, Oliveira DC de, Barbosa SC. Estratégias para promoção do cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva neonatal. Text Context Enferm [Internet]. 2024 [citado 2025 Set 20];33:e20230404. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2023-0404pt

19. Adama EA, Adua E, Bayes S, Mörelius E. Support needs of parents in neonatal intensive care unit: an integrative review. J Clin Nurs [Internet]. 2022 [citado 2025 Out 9];31(5-6):532-547. doi: 10.1111/jocn.15972

20. Prosdossimi C. Cuidado centrado na família em unidades de assistência neonatal de um hospital universitário: percepção da equipe multidisciplinar e da família [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2023.

21. MacDonald M, Schreiber RS. Constructing and deconstructing: grounded theory in a postmodern world. In: Schreiber RS, Stern PN, editores. Using grounded theory in nursing. New York: Springer; 2001, p. 35-54.

22. Rosa NRPS, Curado MAS, Henriques MAP. Percepção dos pais sobre as práticas de educação em saúde na Unidade Neonatal. Esc Anna Nery. 2022;26:e20210040. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0040

23. Balbino AC, Silva ANS, Queiroz MVO. O impacto das tecnologias educacionais no ensino de profissionais para o cuidado neonatal. Rev Cuidarte. 2020;11(2):e954. doi: 10.15649/cuidarte.954

24. Guttmann KF, Raviv GN, Fortney CA, Ramirez M, Smith CB. Parent perspectives on communication quality in the neonatal intensive care unit. Adv Neonatal Care [Internet]. 2024 [citado 2025 Out 9];24(4):382-388. doi: 10.1097/ANC.0000000000001178

25. Smith W. Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. J Pediatr Nurs. 2018;42:57-64. doi: 10.1016/j.pedn.2018.06.014

26. Mufato LF, Gaiva MAM. Motivos porque da empatia de enfermeiras com os familiares de recém-nascidos em UTI neonatal. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190508. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190508

27. Boyamian TMDL, Mandetta MA, Silva SQ, Damaceno DF, Felipe TS, Balbino FS et al. Validação do Instrumento de Percepção do Acesso a Informação Compartilhada entre Equipe-Família em unidade neonatal. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2021;21(2):150-158. doi: 10.31508/1676-379320210021

28. Aljawad B, Miraj SA, Alameri F, Alzayer H. Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: a scoping review of interventions, barriers, and facilitators. BMC Pediatr [Internet]. 2025 [citado 2025 Out 9];25:291. doi: 10.1186/s12887-025-05620-w

29. Feeley N, Robins S, Genest C, Stremler R, Zelkowitz P, Charbonneau L. A comparative study of mothers of infants hospitalized in an open ward neonatal intensive care unit and a combined pod and single-family room design. BMC Pediatr. 2020;20(1):38. doi: 10.1186/s12887-020-1929-1

30. Fonseca SA, Silveira AO, Franzoi MAH, Motta E. Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras. Enfermería Cuidados Humanizados. 2020 [citado 2022 Set 28];9(2):170-190. Disponível em: https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1908

31. Lee J. Neonatal family-centered care: evidence and practice models. Clin Exp Pediatr. 2024 [citado 2025 Set 20];67(4):171-177. doi: 10.3345/cep.2023.00367

32. Rocha ALS, Dittz ES. As repercussões no cotidiano de mães de bebês internados na unidade de terapia intensiva neonatal no isolamento social devido à covid-19. Cad Bras Ter Ocup [Internet]. 2021 [citado 2025 Set 20];29:e2158. doi: 10.1590/2526-8910.ctoAO2158

33. Reichert AP da S, Guedes ATA, Soares AR, Brito PKH, Bezerra IC da S, Silva LCL da, et al. Repercussões da pandemia da covid-19 no cuidado de lactentes nascidos prematuros. Rev Esc Enferm Anna Nery. 2022;26(spe):e20210179. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2021-0179

34. Barison GB, Machado VS. O processo de humanização e o profissional de enfermagem em UTI Neonatal: revisão integrativa. Recima21 [Internet]. 2022 [citado 2025 Set 20];3(9):E391985. doi: 10.47820/recima21.v3i9.1985

Enfermería: Cuidados Humanizados, janeiro-junho 2026; *15*(1), e4930
DOI: 10.22235/ech.v15i1.4930

35. Moura LP de, Moura GMSS de, Wegner W, Hoffmeister LV. Os pais como pilares para a segurança do paciente em unidade neonatal. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2020 [citado 2025 Set 20];28:E49564. doi: 10.12957/reuerj.2020.48578

Contribuição de autores (Taxonomia CRediT): 1. Conceitualização; 2. Curadoria de dados; 3. Análise formal; 4. Aquisição de financiamento; 5. Pesquisa; 6. Metodologia; 7. Administração do projeto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisão; 11. Validação; 12. Visualização; 13. Redação: esboço original;14. Redação: revisão e edição.

F. M. G. d. S. A. contribuiu em 2, 3, 5, 6, 8, 11, 13, 14; A. O. S. em 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14; M. W. em 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14; L. A. T. em 2, 3, 5, 12, 13; A. C. S. em 2, 5, 12.

Editora científica responsável: Dra. Natalie Figueredo.