



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

DÉBORA DE OLIVEIRA FERREIRA

**UNIDADE DE MÉDIA E ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA: A COMUNICAÇÃO
COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO**

UBERABA

2020

DÉBORA DE OLIVEIRA FERREIRA

**UNIDADE DE MÉDIA E ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA: A COMUNICAÇÃO
COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart

Linha de Pesquisa: O trabalho na saúde e na Enfermagem

Eixo temático: Humanização na saúde

UBERABA - MG

2020

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

F44u Ferreira, Débora de Oliveira
Unidade de média e alta densidade tecnológica: a comunicação
como ferramenta para o cuidado / Débora de Oliveira Ferreira.
-- 2020.
86 f.: il., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2020
Orientadora: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart

1. Comunicação em saúde. 2. Unidades de terapia intensiva
neonatal. 3. Família. 4. Recém-nascido. 5. Lactente. I. Goulart,
Bethania Ferreira. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
III. Título.

CDU 316.77:614

DÉBORA DE OLIVEIRA FERREIRA

**UNIDADE DE MÉDIA E ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA: A COMUNICAÇÃO
COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na Enfermagem

Eixo Temático: Humanização na saúde

Uberaba, 20 de fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Bethania Ferreira Goulart – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dr.^a Divanice Contim
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof.^a Dr.^a Verônica Borges Kappel
Prefeitura Municipal de Uberaba
Centro da Atenção Psicossocial Infantil Juvenil (CAPSi)

Dedico esse trabalho a Deus em primeiríssimo lugar pois, sem Ele e a fé que deposito n'Ele, eu não conseguiria chegar onde estou. E a todos os seres de Luz que me guiam e me fortalecem. Gratidão por tudo!

Aos meus pais, Roseli e Manuel, pelo amor infinito que me dão todos os dias, cada um ao seu modo e, por abrirem mão de tantas coisas para proporcionarem a mim e minha irmã um dos bens mais preciosos para eles, dos quais não tiveram oportunidade: o estudo. Não seria nada sem vocês dois.

À minha orientadora, Bethania Ferreira Goulart, um anjo que Deus colocou na minha vida. Obrigada pelo apoio e pela acolhida desde o primeiro dia, os ensinamentos, a amizade, a paciência, a empatia, a delicadeza e por ter tornado essa fase leve e cheia de luz e, por continuarmos juntas por mais tempo.

À minha irmã, Juliana, pelo apoio, pelo amor que temos uma pela outra, pelos conselhos e orações.

À minha pequena e sapeca sobrinha/afilhada Valentina, que mesmo ainda aprendendo a falar, soube a todo momento ser minha parceira, me fez respirar, brincar e me refazer em todos os momentos e suas entradas repentinas no quarto da "dinda".

À Vovó Lena, que me sustenta e não me deixa fraquejar. Obrigada pelo seu amor sem medidas, suas orações e seu apoio infinito em tudo na minha vida.

À cada jovem, adulto ou idoso, que vem de uma família simples, cujo sonho em "crescer na vida" é através dos estudos e que, por alguma razão acredita que não é capaz: não desista de seus sonhos por mais que pareçam distantes. Nunca deixe de acreditar em seu potencial e lute pelo o que acredita.

A cada amigo e amiga, às "Minhas Pessoas Especiais", presentes de Deus que surgiram ao longo dessa caminhada (tanto de longa data quanto mais recente), obrigada pelas orações, pela força, pela amizade e amor emanados a mim, sempre.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profª Dra Bethania Ferreira Goulart, por embarcar nessa ideia linda que tomou forma de maneira majestosa, com depoimentos marcantes e lições tocantes. Gratidão por ser sua primeira mestranda e por aceitar esse desafio e muitos outros que estão por vir.

À Dra Verônica Kappel pelo apoio, amizade e palavra amiga, pela disponibilidade, paciência e resiliência.

À Profª Drª Divanice Contim, por estar comigo desde a graduação, residência e agora em mais uma etapa. Obrigada por ser maternal quando não tive minha mãe por perto, pelos conselhos, abraços apertados, puxões de orelha e por todo amor e carinho. Serei grata eternamente, Diva. Obrigada por tudo!

A Profª Dra Flávia Aparecida Dias Marmo, pelo apoio, auxílio, pela disponibilidade e vontade em ajudar.

À Fabiana e Nakita, gratidão eterna pelo apoio, pela amizade e companheirismo construídos nessa jornada.

À Sueli, Lurdinha, Manu, Luana e Thaysa, obrigada pelo apoio, pelo carinho, pela torcida durante a execução deste trabalho. Vocês são maravilhosas e, sou muito grata por Deus tê-las colocado no meu caminho e fazerem parte de mais uma etapa da minha vida.

Aos meus amigos, dos quais não terei como citar nome por nome, mas sabem o quanto os amo e sou feliz por estarmos juntos durante tantos anos, na busca pelos nossos sonhos. Obrigada pelas injeções de ânimo, momentos de descontração, de choros e alegrias.

Às minhas amigas, Vanessa Gomes, Maria Paula e Daniela Rosa. Juntas desde a graduação, residência e, agora, concluindo mais uma etapa, mais um sonho. Não preciso dizer muito sobre vocês pois, já sabem e, não tenho espaço suficiente para escrever aqui tudo que quero. Amo vocês.

Às minhas amigas, Thaís e Fernanda. Estão morando longe, mas a amizade transpassa a distância que nos separam. Obrigada pelas conversas, incentivo e torcida de sempre.

Obrigada a cada pessoa que surgiu nessa etapa da minha vida e somou grandemente para que eu pudesse acreditar e nunca desistir, que me auxiliou com palavras amigas e confortantes, pela força inigualável que me proporcionam, cada dia mais. Obrigada por serem presentes de Deus para mim.

Aos docentes do Curso de Pós-Graduação Mestrado em Atenção à Saúde, pelo aprendizado e experiências compartilhadas.

Às docentes, do Curso de Graduação em Enfermagem, Profª Drª Ana Rita, Profª Drª Raquel Pan, Profª Ms. Nara, Profª Drª Bibiane, por disponibilizarem espaço nos

momentos de treinamento didático e por me ensinarem, em campo, a arte da docência. Obrigada pela confiança.

Aos meus companheiros de Mestrado, pelos momentos icônicos que vivenciamos, pelas trocas realizadas e até mesmo pelos nossos cafezinhos e histórias compartilhados durante as manhãs e tardes de aula.

Aos funcionários da portaria do Curso de Pós-Graduação Mestrado em Atenção à Saúde pelas conversas descontraídas antes e depois dos processos seletivos, dos seminários e apresentações.

À Daniele e Fábio Renato, tenho muita gratidão por todo auxílio, pelas conversas, pela atenção, carinho e dedicação depositados a mim, minha orientadora e a minha turma, em todos os momentos que recorreremos a vocês.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde – Mestrado, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pela oportunidade a mim confiada, pelo apoio e por ser parte de minha formação acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo fomento e apoio à nossa pesquisa.

À cada criança que eu pude ter a honra de cuidar, dar colo e prestar socorro quando precisaram nos seus momentos de dor e adoecimento e, por me permitirem brincar em seus momentos de alegria. Vocês foram a mais importante inspiração para esse trabalho. Dedico e agradeço por cada uma de vocês, que se encontram ao lado de Deus e às que se recuperaram. Obrigada por me fazerem uma pessoa e profissional melhor!

E por último, mas não menos importante, às mães e pais e aos recém-nascidos e crianças internadas na UTI Neonatal e Pediátrica e na UCI Neonatal, do HC-UFTM. Sem vocês esse trabalho não existiria assim como, a ideia de fazê-lo nascer e ganhar forma. Meus mais sinceros agradecimentos, a cada familiar que aceitou participar, e aos que não puderam por alguma eventualidade. Obrigada pela paciência, participação, disponibilidade e vontade em me ajudar a construir esse trabalho lindo.

Muito obrigada!

“As mais lindas palavras de amor, são
ditas no silêncio de um olhar. ”

Leonardo Da Vinci

RESUMO

FERREIRA, Débora de Oliveira. Unidade de Média e Alta Densidade Tecnológica: a comunicação como ferramenta para o cuidado. 2020. 86f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2020.

A comunicação consegue ser entendida por várias vertentes, sejam elas culturais, sociais ou históricas e, exerce papel fundamental nas relações humanas em seus mais diversos aspectos. Em um ambiente hospitalar, especificamente em setores de média e alta densidade tecnológica, nos quais ocorre o tratamento e o cuidado de recém-nascidos e crianças, há o envolvimento não só dos pacientes em si, mas, também, dos seus familiares e/ou acompanhantes. A família é um elemento crucial no referido processo de internação e de tratamento, visto que são os responsáveis pelos que não conseguem comunicar-se de forma efetiva, para que consigam enfrentar o processo de internação. Por meio de revisão integrativa realizada, a análise da literatura científica indicou escassez de produção com ênfase no contexto do presente estudo. As pesquisas encontradas sobre comunicação são direcionadas, de maneira limitada, para o público que utiliza o sistema de saúde, principalmente, às famílias de crianças internadas em contexto de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Justifica-se investigar como ocorre a comunicação, com vistas a disparar, com base em resultados reais, discussões e reflexões sobre os significados, fragilidades, avanços e estratégias a serem implementadas nesse processo complexo e dinâmico da comunicação entre profissionais de saúde e familiares de recém-nascidos e lactentes com até seis meses de vida, internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. O estudo teve como objetivo analisar as percepções dos familiares de recém-nascidos e lactentes com até seis meses de vida, internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, sobre a comunicação com os profissionais de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo cinco familiares de recém-nascidos/lactentes, com até seis meses de vida internados nas unidades supracitadas. O presente estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, de um Hospital de Ensino, no interior de Minas Gerais. Para coleta de dados utilizou-se a técnica de grupo focal, guiado por um roteiro com questões norteadoras, o qual foi submetido à validação aparente e de conteúdo por três peritos na temática e/ou na metodologia de pesquisa. Participaram do grupo focal um moderador, dois auxiliares de pesquisa e as cinco mães. Os dados do grupo focal foram gravados em meio digital e transcritos posteriormente, na íntegra, pelo pesquisador. Foi utilizado o *software Atlas ti 8.0* após a transcrição dos dados, afim de auxiliar na sua organização. A análise de dados fundamentou-se na análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo-se as três etapas preconizadas. Emergiram três categorias. Concluiu-se que, apesar da comunicação entre a equipe e a família ser permeada por aspectos negativos relacionados à informação de notícias via telefônica e pessoalmente ser desagradável e, com certa rispidez. Houveram aspectos positivos relatados por eles como a presença de profissionais na equipe que oferecem acolhimento adequado não só aos seus filhos internados, mas também aos familiares.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Berçários. Família. Relações Profissional-Família. Recém-Nascido. Lactente.

ABSTRACT

FERREIRA, Débora de Oliveira. Medium and High Technological Density Unit: communication as a tool for care. 2020. 86f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2020.

Communication can be understood by several aspects, whether cultural, social or historical, and plays a fundamental role in human relations in its most diverse aspects. In a hospital environment, specifically in sectors of medium and high technological density, in which the treatment and care of newborns and children occurs, there is the involvement not only of the patients themselves, but also of their families and / or companions. The family is a crucial element in the referred hospitalization and treatment process, since they are responsible for those who are unable to communicate effectively, so that they can face the hospitalization process. Through an integrative review, the analysis of the scientific literature indicated a shortage of production with emphasis on the context of the present study. The research found on communication is directed, in a limited way, to the public that uses the health system, mainly, to the families of children hospitalized in the context of the Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit and the Neonatal Intermediate Care Unit. It is justified to investigate how communication occurs, in order to trigger, based on real results, discussions and reflections on the meanings, weaknesses, advances and strategies to be implemented in this complex and dynamic communication process between health professionals and family members of newborns. -births and infants up to six months old, admitted to the Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit and the Neonatal Intermediate Care Unit. The study aimed to analyze the perceptions of family members of newborns and infants up to six months of age, admitted to the Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit and to the Neonatal Intermediate Care Unit, about communication with health professionals. This is a descriptive study, with a qualitative approach. Five family members of newborns / infants, with up to six months of life hospitalized in the aforementioned units, participated in the study. The present study was developed in a Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit and a Neonatal Intermediate Care Unit, in a Teaching Hospital, in the interior of Minas Gerais. For data collection, the focus group technique was used, guided by a script with guiding questions, which was submitted to apparent and content validation by three experts on the theme and / or on the research methodology. A moderator, two research assistants and the five mothers participated in the focus group. The focus group data were recorded in digital media and later transcribed, in full, by the researcher. Atlas ti 8.0 software was used after data transcription, in order to assist in your organization. Data analysis was based on content analysis, thematic modality, following the three recommended steps. Three thematic categories emerged. It was concluded that, although the communication between the team and the family is permeated by negative aspects related to news information via telephone and personally it is unpleasant and, with a certain harshness. There were positive aspects reported by them, such as the presence of professionals on the team who offer adequate care not only to their hospitalized children, but also to family members.

Keywords: Health Communication. Neonatal Intensive Care Units. Nurseries. Family. Professional-Family Relations. Newborn. Infant.

RESUMEN

FERREIRA, Débora de Oliveira. Unidad de Densidad Tecnológica Media y Alta: la comunicación como herramienta de atención. 2020. 86f. Dissertación (Maestría em Atención de la Salud) – Universidad Federal del Triangulo Mineiro, Uberaba (MG), 2020.

La comunicación puede ser entendida por varios aspectos, ya sean culturales, sociales o históricos, y juega un papel fundamental en las relaciones humanas en sus aspectos más diversos. En un entorno hospitalario, específicamente en sectores de densidad tecnológica media y alta, en los que se realiza el tratamiento y la atención de recién nacidos y niños, existe la participación no solo de los propios pacientes, sino también de sus familias y / o compañeros. La familia es un elemento crucial en el proceso de hospitalización y tratamiento referido, ya que son responsables de aquellos que no pueden comunicarse de manera efectiva, para que puedan enfrentar el proceso de hospitalización. A través de una revisión integradora, el análisis de la literatura científica indicó una escasez de producción con énfasis en el contexto del presente estudio. La investigación sobre comunicación se dirige, de manera limitada, al público que utiliza el sistema de salud, principalmente, a las familias de niños hospitalizados en el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos y la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales. Está justificado investigar cómo se produce la comunicación, a fin de desencadenar, en base a resultados reales, discusiones y reflexiones sobre los significados, debilidades, avances y estrategias que se implementarán en este complejo y dinámico proceso de comunicación entre profesionales de la salud y familiares de recién nacidos. - nacimientos e infantes de hasta seis meses de edad, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos y en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales. El estudio tuvo como objetivo analizar las percepciones de los miembros de la familia de los recién nacidos y los bebés de hasta seis meses de edad, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos y en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, sobre la comunicación con los profesionales de la salud. Este es un estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo. Cinco miembros de la familia de recién nacidos / bebés, con hasta seis meses de vida hospitalizados en las unidades antes mencionadas, participaron en el estudio. El presente estudio se desarrolló en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos y en una Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales, en un Hospital Docente, en el interior de Minas Gerais. Para la recopilación de datos, se utilizó la técnica de grupo focal, guiada por un guión con preguntas orientadoras, que fue sometido a validación aparente y de contenido por tres expertos en el tema y / o en la metodología de investigación. Un moderador, dos asistentes de investigación y las cinco madres participaron en el grupo focal. Los datos del grupo focal fueron grabados en medios digitales y luego transcritos, en su totalidad, por el investigador. El software Atlas ti 8.0 se utilizó después de la transcripción de datos, para ayudar en su organización. El análisis de datos se basó en análisis de contenido, modalidad temática, siguiendo los tres pasos recomendados. Surgieron tres categorías temáticas. Se concluyó que, aunque la comunicación entre el equipo y la familia está impregnada de aspectos negativos relacionados con la información de las noticias por teléfono y personalmente, es

desagradable y, con cierta dureza. Hubo aspectos positivos reportados por ellos, como la presencia de profesionales en el equipo que ofrecen atención adecuada no solo a sus hijos hospitalizados, sino también a sus familiares.

Palabras clave: Comunicación en salud Unidades de cuidados intensivos neonatales. Viveros. Familia Relaciones profesional-familiar. Recién nacido. Infante.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Etapas realizadas para a revisão de literatura, nos últimos 10 anos (janeiro 2009 a janeiro 2019).....	28
Figura 2 – Fluxograma dos familiares participantes do estudo.	45
Tabela 1 - Caracterização dos familiares, responsáveis pelos RN e lactentes com até seis meses de vida, internados na UTIN e UCIN, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade. Uberaba-MG, 2019.	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DRA X – Profissional médico
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FMTM – Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
GEP – Grupo de Ensino e Pesquisa
HC – Hospital de Clínicas
IG – Idade Gestacional
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
PNH – Programa Nacional de Humanização
PPGAS – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
PS – Pronto Socorro
RN – Recém-nascido
RNPT – Recém-Nascido Pré Termo
TA D – Técnica do Acolhimento Familiar
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE Y – Técnica de Enfermagem
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UTINP – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
2 INTRODUÇÃO	19
2.1 UNIDADES DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE NEONATAL E PEDIÁTRICA	19
2.2 TECNOLOGIAS EM SAÚDE	20
2.3 HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E A COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE E FAMÍLIA	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO	25
4 JUSTIFICATIVA	28
5 OBJETIVOS	31
6 PERCURSO METODOLÓGICO	32
6.1 TIPO DE ESTUDO	32
6.2 LOCAL DO ESTUDO	32
6.3 CENÁRIO DA PESQUISA.....	33
6.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	34
6.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	35
6.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
6.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	42
7 RESULTADOS	44
7,1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
7.1.1 O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho	47
7.1.2 Comunicação de notícias difíceis para a família pelos profissionais...	54
7.1.3 Percepção familiar sobre o ambiente de internação: Mãe de UTI é esperança nos números	56
8 DISCUSSÃO	59
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	75
ANEXOS	83

1 APRESENTAÇÃO

A neonatologia/pediatria exerceu certa influência na minha formação profissional desde a época de graduação, em Enfermagem, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), na qual me envolvi em projetos que mantinham relação com essa área. Pude ter contato por meio de ações de extensão realizando educação em saúde, estágio supervisionado e pesquisa.

Após a graduação, iniciei meus estudos como residente de Enfermagem em Neonatologia, no Programa de Residência da UFTM, na qual tive oportunidade de vivenciar a prática profissional em unidade de alta e média complexidade, direcionada ao público neonatal e pediátrico e ainda passar um período, realizando Mobilidade - uma espécie de intercâmbio entre instituições, o que me possibilitou vivenciar a prática profissional como residente no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, no último ano como residente.

Para finalizar a pós-graduação em Neonatologia, como enfermeira residente, realizamos a pesquisa com a temática Método Canguru, onde surgiu a ideia inicial para um projeto direcionado ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde – Mestrado. Particpei do processo seletivo, mas fui encaminhada à ser orientada por outra docente a qual, desde o princípio, mostrou-se aberta e receptiva, visto que nossas áreas de interesse eram distintas até então. Juntamente com minha orientadora, modifiquei meu projeto inicial do mestrado, construindo um novo projeto, que pudesse agrupar a Neonatologia/Pediatria e a Comunicação em Saúde. Nascia ali, a ideia inicial do nosso atual projeto.

O que nos instigou a construir o presente estudo foi o fato de termos na literatura científica trabalhos que demonstram a percepção dos profissionais sobre a comunicação com a família, embora seja escassa a investigação da percepção sob o olhar dos familiares de recém-nascidos e lactentes nos primeiros seis meses de vida, que se encontram internados em unidades de alta e média complexidade, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTINP) e a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN).

A comunicação pode ser entendida por várias vertentes, sejam elas culturais, sociais ou históricas e exerce papel fundamental nas relações humanas em seus mais diversos aspectos. Em um ambiente hospitalar, especificamente em setores de

média e alta complexidade de cuidado, nos quais ocorre o tratamento e o cuidado de recém-nascidos e crianças, há o envolvimento não só dos pacientes em si, mas, também, dos seus familiares e/ou acompanhantes.

A comunicação durante a internação de um filho que por si só, é algo inesperado, em decorrência de um parto prematuro ou de alguma desordem ou evento durante e após o nascimento de um bebê, gera certos sentimentos envolvendo principalmente os pais e, a comunicação entre a família e equipe de profissionais que presta o cuidado ao bebê, torna-se peça chave no bom relacionamento e enfrentamento desta fase difícil e inesperada.

A família é um elemento importante no processo de internação e de tratamento destes bebês, visto que são pacientes que não conseguem comunicar-se de forma efetiva, dependendo de familiares e/ou responsáveis, para que consigam enfrentar o processo de internação, em seus mais variados motivos. Acredito que minha vivência, numa visão profissional e de aprendiz, instigou cada vez mais a busca pela compreensão do olhar, da percepção, dos sentimentos destes familiares e/ou acompanhantes responsáveis por esses bebês que enfrentam, junto a seus filhos, processos desgastantes, estressantes, cheios de sentimentos ambivalentes, nesse contexto de internação de um filho recém-nascido.

Investigar o olhar que a família tem a respeito dos profissionais que prestam cuidados aos seus filhos, auxilia muito na busca de melhorias na qualidade da assistência aos recém-nascidos, lactentes e familiares.

Espera-se que a divulgação dos resultados que emergiram do presente estudo auxilie na realização de capacitações e ações com os profissionais a fim de colaborar na reformulação e/ou criação de estratégias que levem a melhorias para melhor convivência entre família e profissionais. Nessa perspectiva, acredita-se que seja fundamental uma comunicação mais efetiva, clara, de fácil acesso e discernimento entre os atores envolvidos, considerando-se a necessidade de troca e reciprocidade.

Assim sendo, esta dissertação será apresentada por meio de introdução, referencial teórico, justificativa, objetivos, percurso metodológico, resultados, discussão, considerações finais, referências, apêndices e anexos.

2 INTRODUÇÃO

2.1 UNIDADES DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE NEONATAL E PEDIÁTRICA

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTINP) caracteriza-se como uma unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que, com suporte e tratamento intensivos, tenham possibilidade de se recuperar. Este ambiente requer os mais elevados recursos humanos e tecnológicos, porém pode ser percebido pelos familiares, muitas vezes, como espaço agressivo, frio e angustiante (PUGGINA, 2014).

A UTINP é definida como um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido (RN) e paciente pediátrico, grave ou potencialmente grave. A referida unidade deve possuir condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. É fundamental que tenha efetiva articulação de uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do RN (BRASIL, 2012). No Brasil, há a realização de parcerias favoráveis para garantir uma assistência de qualidade aos RN, com implementação de estratégias, aperfeiçoamento dos profissionais e mobilização de todos os atores sociais envolvidos para alcance desta meta (BRASIL, 2014).

O art. 15, da Portaria n. 930 de 10 de março de 2012, define as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), também conhecidas como Unidades Semi-Intensivas, em serviços de unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTINP (BRASIL, 2012).

De acordo com as diretrizes para organização da atenção integral e humanizada ao RN, fica estabelecido que a UTINP contempla serviços hospitalares voltados ao atendimento de RN grave ou com risco de morte de qualquer idade gestacional com necessidade de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória; menores de 30 semanas de idade gestacional (IG) ou com peso de nascimento inferior a 1000 gramas; aqueles com necessidade de cirurgias de grande porte e pós operatório imediato de pequeno e grande porte; com necessidade de nutrição parenteral e com necessidades de cuidados especializados

como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, antibióticos para tratamento de infecção grave, transfusão sanguínea e exsanguineotransfusão (BRASIL, 2012).

A prematuridade ao nascer e as diferentes complicações durante o parto são os principais motivos de internação em UTINP, o que está diretamente relacionada com as altas taxas de morbimortalidade de RN. O nascimento de um RN pré-termo (RNPT), aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas, independente do peso ao nascer, predispõe a condições de extrema vulnerabilidade, exigindo cuidados distintos, o que pode prolongar o período de internação hospitalar (OLDENBURG et al., 2018).

O tempo de permanência de um paciente, em uma UTINP, varia de acordo com o seu diagnóstico. Com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, as instituições de saúde, inclusive setores de terapia intensiva neonatal e pediátrica e de cuidados intermediários, devem garantir a permanência dos pais ou responsáveis, em tempo integral, durante o período de hospitalização infantil (BRASIL, 1990). Dessa forma, tornou-se imprescindível que as equipes de saúde direcionem a atenção também às necessidades da família, ampliando, de forma segura, o objeto de cuidado dos profissionais para a díade criança e família (SOUSA, 2017).

2.2 TECNOLOGIAS EM SAÚDE

A UTINP e UCIN são unidades hospitalares destinadas a receber pacientes instáveis, com intensa necessidade de suporte tecnológico avançado e especializado. Deve contar com equipes multidisciplinares, capacitadas e especializadas a prestar atendimento conforme a complexidade e densidade tecnológica requerida. O cuidado e assistência à saúde requerem e exigem tecnologias com vistas ao alcance da finalidade do trabalho (GONÇALVES, 1979).

O trabalho em saúde não produz bens a serem estocados e comercializados e, sim, serviços que são consumidos no ato de sua produção, isto é, no momento da assistência, seja ela coletiva ou individual. Ele se diferencia de outros trabalhos por lidar com o objeto humano, como os usuários, suas demandas e necessidades, individualmente, em grupos sociais e populações (FELLI, PEDUZZI; 2018).

O processo de trabalho utiliza meios específicos para ser desenvolvido, conforme cada condição em particular. As condições de trabalho e os meios para

ser executado necessitam de uma combinação para um bom funcionamento. Todo esse processo abrange um espectro amplo como as ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como por exemplo máquinas, equipamentos, instrumentos, ambiente, caracterizados como meios que permitem a execução do trabalho; os conhecimentos sistematizados ou não e as habilidades são consideradas meios intangíveis ou classificados como tecnologia leve-dura e leve, (FARIA et al., 2009), respectivamente.

Nessa perspectiva, destaca-se que o fazer em saúde realiza-se, sobretudo, por meio do 'trabalho vivo em ato' que é o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage a todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho. Pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros, como as máquinas (MERHY, FRANCO, 2009).

Na produção do cuidado, o profissional de saúde utiliza-se das três partes, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras. Assim, entende-se que o trabalho em saúde requer a utilização das tecnologias dura, leve-dura e leve (MERHY, 2009).

O trabalho em saúde pode ser exemplificado, dividindo-o em três partes: a primeira encontra-se os instrumentos, as ferramentas de trabalho indicando as tecnologias duras, na segunda, o conhecimento, o saber técnico indicando as tecnologias leve-duras e, na terceira, o relacionamento entre os sujeitos caracterizando as tecnologias leves (MERHY, 2009). A tecnologia dura diz respeito a instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos; tecnologia leve-dura é aquela que conta com saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, processo de Enfermagem); e, por fim, as tecnologias leves que se fundamentam no estabelecimento de relações, vínculo, gestão de serviços, acolhimento, dentre outros (LIMA et al., 2018).

Nessa perspectiva das tecnologias em saúde, a comunicação está ligada às tecnologias leves. Ressalta-se que a comunicação entre a equipe que presta a assistência à saúde e os familiares, é um elemento de extrema importância no processo terapêutico, sendo essenciais o acolhimento e a informação, pois na maioria das vezes a família sente-se perdida e desamparada em meio ao arsenal tecnológico no contexto da saúde (POERSCHKE, GOMES, 2019).

Na assistência à saúde, cada trabalho especializado é meio para a realização do serviço. Nesse trabalho, todas as atividades realizadas pelos diversos profissionais são organizadas e executadas expressando relações desiguais, além de diferentes tecnicamente, visto que o processo de divisão técnica e social do trabalho configura relações de desigualdade entre os trabalhadores, isto é, relações hierárquicas, em que alguns são considerados superiores e outros inferiores (FELLI, PEDUZZI; 2018).

Oportuno destacar que os profissionais de saúde devem estar capacitados para a assistência aos pacientes e suas famílias, lançando mão da comunicação como estratégia que pode favorecer a construção de vínculo afetivo na realização de um cuidado integral, individualizado e de qualidade, com vistas à minimização da dor e sofrimento dos familiares durante o período de internação hospitalar.

A adequada comunicação no processo interacional de profissionais de saúde e familiares dos RN e lactentes internados, em UTINP e UCIN, representa fator fundamental durante o processo de hospitalização e da construção do projeto terapêutico desses pacientes. A comunicação efetiva entre eles pode favorecer a construção e fortalecimento de vínculo e confiança, o que contribui para resultados mais eficientes com os pacientes e o bem-estar dos familiares.

2.3 HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E A COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE E FAMÍLIA

A hospitalização infantil pode desencadear sentimentos e percepções diversas no âmbito familiar e para a equipe de saúde, ao prestar assistência direta ao paciente e durante a comunicação com os familiares. A equipe precisa esclarecer e informar sobre o quadro clínico e os riscos que envolvem a criança (BROERING; CREPALDI, 2018). Nesse sentido, o processo comunicacional é um elemento que pode gerar aproximação dos profissionais envolvidos na assistência à criança, com

a família. Oportuno destacar que para a família entrar em contato com a criança, ela precisa ter uma boa expectativa em relação à equipe e, também, ter sua presença reforçada e valorizada, como um cuidado complementar e valioso (SANTANA; MADEIRA, 2013).

A hospitalização de um filho transforma toda a rotina familiar. Atribui-se o cuidado da criança diretamente à mãe que lida com as responsabilidades do processo de cuidar, o que demanda, muitas vezes, o aprendizado das técnicas necessárias para a assistência e a nova condição da criança apresentada em decorrência de seu estado (SOARES, 2016). A inserção do acompanhante, durante os procedimentos desenvolvidos no atendimento ao paciente, é de fundamental importância para seu processo de conhecimento e compreensão dos cuidados realizados à criança que se encontra hospitalizada, devendo ser comunicado a este familiar, todas as intervenções a serem feitas, seus objetivos e finalidades (COLLET, 2004).

A participação dos pais nesse contexto, muitas vezes, pode causar danos emocionais, principalmente para a mãe, que em algumas ocasiões se sente incapaz por não ter conseguido ter uma gestação e parto sem intercorrências. É importante que o profissional de saúde esteja preparado para amenizar o dano emocional causado na mãe por se sentir culpada e nos demais familiares por verem o RN dentro da UTINP e UCIN. Os profissionais de saúde lidam com certa naturalidade o fato de ver um bebê inserido nesse ambiente, porém a família não enfrenta da mesma forma, sendo fundamental que a equipe atue de maneira adequada nesse contexto, entendendo e respeitando o sofrimento desses familiares (COELHO et al., 2018).

A permanência dos pais ou do responsável de forma mais direta no ambiente hospitalar, fortalece o vínculo com os profissionais de saúde, sendo a família um objeto do cuidado também. Nesse sentido, os familiares precisam atuar de forma participativa e efetiva na assistência ao paciente internado (SOARES, 2016). Nessa perspectiva, a relação humana é considerada um elemento importante no cuidado em saúde e no processo de comunicação entre os profissionais e a família. Representa uma ferramenta essencial durante toda a hospitalização, levando-se em consideração a permanência dos familiares, em período integral, durante essa etapa (BALBINO, 2015).

Para se incrementar a tecnologia no cuidado ao RN de risco torna-se crucial repensar a maneira como ocorrem as relações entre os RN, profissionais e família, sendo fundamental a adequada interação entre eles. A relação, apoio, ensinamentos e incentivo dos familiares é essencial, ensejando os mesmos a participarem do processo de recuperação de seus filhos. Faz-se necessária a abordagem de assuntos referentes ao cuidado após o período de internação, uma vez que a criança ainda pode precisar de monitoração por alguns dias (COELHO et al., 2018).

O processo comunicacional está diretamente relacionado ao cuidado humanizado em saúde e é preconizado como estratégia na Política Nacional de Humanização (PNH), implantado no contexto brasileiro (BRASIL, 2004). Muitas barreiras podem dificultar a comunicação e gerar significados relevantes tanto para o profissional de saúde quanto para o usuário, pois a eficácia da comunicação depende da flexibilidade para utilizar a técnica adequada em cada circunstância (SILVA, 2012).

O processo comunicacional, no cenário hospitalar, se estabelece desde o acolhimento familiar com a admissão do RN/criança ou adolescente no serviço, até às informações passadas sobre a evolução diária e as orientações no momento da alta hospitalar. Embora utilize-se de uma abordagem do cuidado centrado na família, constata-se que isto é incipiente nas instituições hospitalares no Brasil, nas quais o enfoque ainda é direcionado no cuidado à doença (MANDETTA, 2015).

O processo de comunicação precisa promover entrosamento entre familiares e equipe de saúde responsável pela assistência. Quando há falhas, os profissionais abrangem somente as competências de sua linha de trabalho, limitando todo o desenvolvimento comunicacional, prejudicando o vínculo com os pais e impossibilitando sua inserção no processo de cuidado do filho internado (SILVA et al., 2016).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Toda comunicação é constituída de duas partes: o conteúdo que abrange a informação que se quer transmitir e o sentimento de quem transmite a mensagem. No relacionamento interpessoal, para que a comunicação seja efetiva, é preciso estar atento e controlar voluntariamente a comunicação não-verbal, visto que ela tem, como finalidades, complementar, contradizer ou substituir a comunicação verbal e demonstrar os sentimentos (SILVA, 2012).

Assim, a comunicação é algo intrínseco ao ser humano, base das relações (ALMEIDA, GARCIA; 2015) e pode ser dividida em duas dimensões, a verbal e a não verbal. Na comunicação verbal utilizam-se palavras que podem expressar um pensamento, validar algo e clarificar a mensagem. Já a comunicação não verbal qualifica a verbal, inclui gestos que acompanham o discurso, engloba o tom de voz, o olhar, as expressões faciais e confere emoção à fala (SILVA, 2015).

Silva (2015) destaca que cada processo de comunicação exige uma técnica adequada ao seu conteúdo, mas não existe um modelo a ser seguido em todas as situações. Sugere-se que seja feita uma adequação para cada contexto.

Nesse sentido, pertinente destacar a importância do cuidado e atenção aos familiares/responsáveis por RN e lactentes, como algo crucial e de extrema importância, no sentido de perceber o outro nos seus gestos e falas, em seus conceitos e limitações. Isto significa que precisa haver conversa e informações pertinentes ao que o indivíduo quer e deseja saber, partilhando esforços e responsabilidades (PUGGINA, 2014).

O processo comunicacional representa a possibilidade de produzir entendimento por meio do diálogo, dos elementos de fala cotidianos que acontecem nas relações face a face. Tal competência é estratégica para a produção do cuidado em saúde e também para a gestão comprometidos com a humanização. Isto viabiliza aos diferentes atores desse cenário a possibilidade de se reconhecerem e se implicarem na interação dialógica (DESLANDES; MITRE, 2012)

Existem três técnicas para tornar a comunicação mais eficaz, sendo elas, a expressão, clarificação e validação. A primeira refere-se a ouvir reflexivamente o outro, usar terapêuticamente o silêncio, verbalizar aceitação e interesse, fazer perguntas, dentre outros. A clarificação diz respeito a elucidar ideias por meio de comparações que ajudem o sujeito a se expressar, devolver perguntas feitas. A

validação reafirma a mensagem que o outro desejou transmitir, utilizando-se a repetição do que foi dito e a sumarização do conteúdo da mensagem (SILVA, 2012).

A comunicação pode ser entendida como um processo no qual ocorrem compreensão e compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas, sendo que o conteúdo dessas mensagens, bem como o modo como elas são transmitidas exercem influência no comportamento presente e futuro das pessoas envolvidas, influenciando na assistência prestada em saúde (BARBOSA, 2016).

O processo comunicacional contempla: o emissor e o receptor. O emissor transmite a mensagem, por meio de um canal, de maneira verbal expressa por diálogos ou palavras ditas e escritas ou não verbal, quando apresenta gestos, pausa nas falas, expressões transmitidas pela face e membros, entonação da voz no discurso, postura corporal e distância entre os sujeitos envolvidos no processo. O receptor é caracterizado pelo sujeito que recebe a mensagem transmitida e, conseqüentemente, gera uma resposta com base na informação captada. Partindo-se do princípio que sempre ocorre interação ou troca de mensagens, o emissor é receptor e o receptor é emissor (SILVA, 2015).

Considerando-se o contexto da assistência à saúde, salienta-se que a informação deve ser clara, objetiva e incluir esclarecimentos sobre o diagnóstico/prognóstico/tratamento do paciente e sobre os equipamentos, sondas, cateteres e drenos nele colocados. Daí a importância do conhecimento dos sinais não verbais para identificação das dúvidas, medos, ansiedades, que podem surgir nesse momento, o que pode facilitar a comunicação entre os atores envolvidos no processo de cuidar (PUGGINA, 2016).

Nessa perspectiva, o ato comunicativo é destacado como compartilhamento e ajuda entre profissional de saúde, familiares e usuário assistido, de forma a estabelecer um processo de apoio ao indivíduo e à sua família (CORILANO-MARINUS et al., 2014). Isto pode contribuir sobremaneira para que a experiência da internação seja menos sofrida, uma vez que o apoio adequado e a troca de informações representam elementos cruciais para que usuários e familiares se sintam mais seguros e acolhidos.

A comunicação efetiva desenvolvida pela equipe de saúde e a família torna-se imprescindível para a compreensão dos familiares quanto ao processo de adoecimento e tratamento. Realizada de forma concisa, empática e clara, possibilita o estreitamento de vínculo entre equipe e familiares (GABARRA; CREPALDI, 2017).

Assim, a comunicação adequada é fundamental no cotidiano do enfermeiro e dos profissionais de saúde em geral, pois evita ruídos e mal-entendidos entre equipe e familiares durante o processo terapêutico (SILVA, 2015).

O componente comunicacional é um instrumento básico para o cuidado humanizado e deve estar presente em todas as ações realizadas junto ao paciente, seja para orientar, informar, apoiar ou confortar. É por meio da comunicação que as pessoas podem expressar o que são, relacionar-se, satisfazer suas necessidades, o que justifica sua importância no cuidado em saúde (PUGGINA et al., 2016).

O sentimento de angústia, a falta de conhecimento, o medo de estar em um ambiente diferente vivenciado pela família, é um fator que gera necessidade de melhorias na comunicação interpessoal entre os profissionais diretamente envolvidos na assistência a RN e lactentes, inseridos em um contexto de UTINP e de UCIN, devido à possibilidade de perda e separação além do tempo variável de internação (PUGGINA et al., 2016). A fim de minimizar esses sentimentos, que permeiam os responsáveis por esses pacientes, faz-se necessário identificar a percepção desses familiares quanto ao processo de comunicação vivenciado com os profissionais de saúde durante o período de internação de seus RN e lactentes com até 6 meses de vida, na UTINP e na UCIN.

4 JUSTIFICATIVA

O ambiente de UTINP e UCIN é muito diferente de tudo que os pacientes e familiares vivenciam fora do contexto hospitalar. E ainda, a internação de RN e lactentes com até seis meses de vida pode representar, para a família, uma falta de controle sobre a situação e o que ocorre com os pacientes.

Rotina diferente da habitual e procedimentos talvez nunca vistos anteriormente, geram nos familiares medo, receio, incertezas, angústia e tristeza. Neste sentido, é fundamental que a internação hospitalar seja permeada por um processo comunicacional que possibilite a construção de relações de confiança entre familiares e equipe, com vistas ao cuidado humanizado, ao acolhimento, e a troca de saberes com a família.

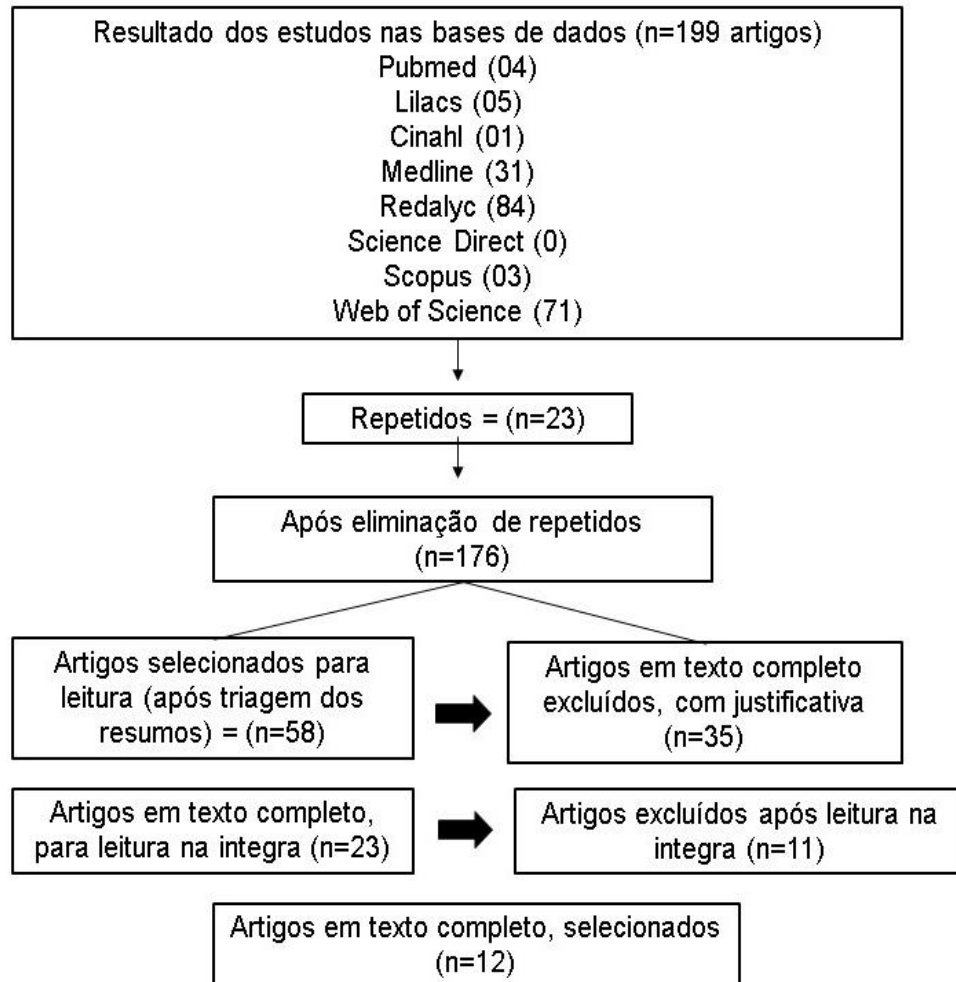
Nessa perspectiva, a comunicação entre os profissionais de saúde e familiares de RN e lactentes com até seis meses de vida, internados em UTINP e UCIN, representa uma potente tecnologia que pode contribuir para assistência de maior qualidade, suprimindo as expectativas e demandas do público-alvo. Porém, quando essa comunicação não é bem construída e pautada na troca, escuta qualificada e respeito, pode comprometer o cuidado em saúde e tornar o momento da hospitalização mais sofrido para os familiares.

Para apreender e identificar a produção científica na temática investigada, realizou-se revisão integrativa nas bases de dados Medline, Pubmed, Lilacs, Cinahl, Scopus, Web of Science e Science Direct. O período de busca foi delimitado para os últimos dez anos, de janeiro de 2009 a janeiro de 2019, com os seguintes critérios de inclusão: artigos com resumos disponíveis publicados nos idiomas português, inglês e espanhol indexados nas bases de dados e que abordassem a comunicação entre equipe de saúde e familiares em unidades de alta e média densidade tecnológica. Foram utilizados os descritores “Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”; “Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal”; “Comunicação em Saúde”; “Família OR Pais” e “Lactente OR Recém-Nascido”.

Por meio da revisão integrativa realizada, a análise da literatura científica indicou uma produção incipiente com foco no contexto do presente estudo. As pesquisas encontradas sobre comunicação são direcionadas, de maneira limitada, para o público que utiliza o sistema de saúde, principalmente às famílias de crianças internadas em contexto de UTINP e UCIN.

A figura 1, representa detalhadamente o processo para a realização da busca.

Figura 1 – Etapas realizadas para a revisão de literatura, nos últimos 10 anos (janeiro 2009 a janeiro 2019).



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Diante das lacunas na literatura científica a respeito da temática específica do presente estudo, salienta-se que o conhecimento das percepções sobre a comunicação com os profissionais de saúde, na ótica de familiares de RN e lactentes com até seis meses de vida, pode contribuir sobremaneira para repensar o fazer em saúde, com identificação de fragilidades, superação dos desafios e promoção de assistência com maior qualidade e, sobretudo, mais humanizada e justa, pautada nos princípios de troca, reciprocidade e respeito entre equipe de saúde e familiares.

Assim entende-se como crucial investigar como ocorre a referida comunicação com vistas a disparar, com base em resultados reais, discussões e reflexões sobre os significados, fragilidades, avanços e estratégias a serem implementadas nesse processo complexo e dinâmico da comunicação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, especificamente familiares de RN e lactentes com até seis meses de vida internados em UTINP e UCIN. Isso poderá estimular os atores envolvidos na assistência a transformarem cenários na lógica da humanização.

O presente estudo contribuirá, por meio do desvelamento da comunicação entre equipe de saúde e familiares de RN e lactentes com até seis meses de vida, na perspectiva da família, para repensar a prática em saúde no que tange a tecnologia da comunicação para um cuidado equânime e digno. Poderá colaborar também, acolher os familiares conforme suas demandas e necessidades, bem como contribuir para elaboração de estratégias factíveis, com vistas a melhorias na assistência e cuidado a esse público-alvo.

5 OBJETIVOS

Geral

Analisar as percepções dos familiares de recém-nascidos e lactentes com até seis meses de vida, internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, sobre a comunicação com os profissionais de saúde.

Específicos

- a) Caracterizar os familiares de recém-nascidos e lactentes com até seis meses de vida internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, segundo dados sociodemográficos e profissionais;
- b) Descrever aspectos positivos e negativos na comunicação entre familiares e profissionais, na ótica da população do estudo;
- c) Descrever estratégias sugeridas para melhoria da comunicação entre familiares e profissionais, segundo a população do estudo.
- d) Descrever o significado da comunicação para familiares de recém-nascidos e lactentes com até seis meses de vida, internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, estabelecida com os profissionais de saúde, na perspectiva dos próprios familiares;

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo descreve os fenômenos, experiências ou características de um determinado grupo, estabelecendo-se uma ligação entre as variáveis em análise no trabalho realizado, cabendo ao pesquisador interpretar, analisar e registrar os fatos (CRESWELL, 2014).

Pertinente esclarecer que estudos descritivos investigam características de indivíduos, comunidades, objetos ou qualquer outra unidade sob estudo, devendo-se levar em consideração três fatores cruciais: tempo, fonte de dados e amplitude de foco (CAMPOS et al., 2019).

A pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar a realidade. Lida com valores, atitudes, percepções, significados, crenças e motivos que embasam a interpretação profunda dos fenômenos e das relações e que não teriam razão em ser quantificados como variáveis (MINAYO, 2014). Assim, a abordagem qualitativa considera a existência de uma correlação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, que não pode ser expressa em números. Ela visa compreender fenômenos inseridos em contextos naturais, na tentativa de interpretar os significados e percepções dos participantes que vivenciam o problema em estudo (BASTOS; SANTOS, 2013).

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC – UFTM), o qual foi certificado como Hospital de Ensino, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.704 de 17/08/2004, disponibilizando campo de estágio para cursos técnicos, em especial os de saúde, de graduação, além de atender às demandas de formação profissional, residências médica, multiprofissional e pós-graduação (*lato sensu* e *stricto sensu*). Em janeiro de 2013, a UFTM e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) assinaram o contrato para a gestão do HC-UFTM.

Em 19 de agosto de 1967 aconteceu a incorporação da Santa Casa de Misericórdia de Uberaba pela então Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro

(FMTM). A medida atendia ao Decreto n.º 60.837, de 8 de junho de 1967. Cinco anos depois, tinha início a construção do Hospital Escola da FMTM, inaugurado em agosto de 1982. Ampliado e modernizado, o hospital passou a ser chamado de HC, a partir da transformação da FMTM em Universidade, em 2005 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2019).

O HC-UFTM oferece atendimento a 27 municípios que compõem a Região Ampliada de Saúde do Triângulo Sul. Essa macrorregião é composta pelas seguintes cidades: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Delta, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Santa Juliana, São Francisco de Sales, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

Atualmente, possui 302 leitos, dos quais 20 são de UTINP, 11 de UCIN, 10 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e 10 de UTI Coronariana. Contempla 14 salas de cirurgia e 32 leitos de Pronto Socorro (PS). Além dos leitos hospitalares, o hospital possui anexo a seu serviço, o Ambulatório Maria da Glória, o Ambulatório de Especialidades, o Ambulatório de Pediatria, o Centro de Reabilitação e a Central de Quimioterapia, totalizando 180 consultórios (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2019).

6.3 CENÁRIO DA PESQUISA

O presente estudo foi desenvolvido na UTINP e na UCIN do HC-UFTM, no município de Uberaba-MG.

A UTINP do HC-UFTM surgiu no ano de 1995 e é responsável pela internação de RN, crianças e adolescentes com idade de até 13 anos 11 meses e 29 dias, com quadros de alto grau de complexidade. Atualmente, a referida unidade atende a um público misto, sendo neonatal e pediátrico. É composta por 20 leitos de internação, dos quais dois são de isolamento. Possui uma equipe multiprofissional especializada composta por 60 técnicos de enfermagem, 16 enfermeiros, 15 médicos pediatras e neonatologistas plantonistas e diaristas, 10 fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social e uma técnica do acolhimento familiar, totalizando 106 profissionais, em todos os turnos.

Nessa unidade também são desenvolvidos programas de residência, incluindo sete residentes médicos, dois de enfermagem e três da residência multiprofissional sendo um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta e um nutricionista, o que totaliza 12 residentes envolvidos na assistência aos RN, crianças e adolescentes internados na UTINP.

A UCIN, também conhecida pela antiga nomenclatura de Berçário, teve início de suas atividades no tempo de transição da Santa Casa de Misericórdia para Hospital Escola da FMTM, como um setor anexo ao serviço de Maternidade. O setor é responsável pela internação de RN de média e alta complexidade, que apresente necessidade de cuidados específicos e acompanhamento críticos. Atualmente, é composta por 11 leitos de internação, sendo estes divididos em três enfermarias, as quais atendem às estruturas mínimas necessárias para a assistência ao RN.

O quadro de funcionários é composto por 20 técnicos de enfermagem, oito enfermeiros, oito médicos especialistas em pediatria e neonatologia, duas fonoaudiólogas, uma técnica do acolhimento familiar, uma fisioterapeuta, totalizando 40 profissionais, em todos os turnos. A referida UCIN desenvolve programas de residência médica, de enfermagem e multiprofissional, contabilizando três profissionais, um em cada residência, sendo que a rotatividade dos residentes, no setor, é feita conforme os cronogramas que regem seus programas; além disso, recebe dois alunos dos cursos de graduação em Enfermagem e Fisioterapia em estágio supervisionado.

O Serviço de Acolhimento Familiar de ambas é parte integrante das ações preconizadas no Grupo de Trabalho em Humanização do HC-UFTM, que conta com profissionais integrantes dos setores em questão realizando o acolhimento dos familiares desde o momento da internação até a alta hospitalar.

6.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo os familiares de RN e lactentes com até seis meses de vida, que se encontravam internados na UTINP e na UCIN, do HC-UFTM.

Os critérios de inclusão foram: familiares com idade maior ou igual a 18 anos de RN e lactentes com até seis meses de vida internados na UTINP e UCIN que realizassem, pelo menos, três visitas por semana ao RN e/ou lactente internado; essa frequência de visita deveria ser confirmada pelo Controle de Visitantes,

disponível com as profissionais responsáveis pelo Acolhimento Familiar das Unidades.

Foram considerados critérios de exclusão familiares com idade inferior a 18 anos de RN e/ou lactentes com até seis meses de vida internados na UTINP e UCIN, que não fossem encontrados após três tentativas para agendamento do grupo focal; familiares que não se sentissem em condições emocionais adequadas para participar; e os que tivessem seus RN e/ou lactentes admitidos na UTINP e UCIN após o início da realização dos encontros dos grupos focais.

6.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A técnica utilizada para coleta de dados nessa investigação foi o grupo focal. Ele é adotado como uma ferramenta que favorece a interação e a comunicação grupal, permitindo que se explorem as representações sociais em seus conteúdos e movimentos constitutivos (NÓBREGA; ANDRADE; MELO, 2016).

O grupo focal pode ser caracterizado como um instrumento capaz de promover a construção de percepções, personalidades, atitudes e conceitos sociais numa abordagem coletiva. Nesta técnica, o objetivo principal é a compreensão das concepções dos entrevistados por meio da participação de cada indivíduo com o meio social, ou seja, o grupo (SANTOS, 2016).

Essa técnica não é exclusiva de investigações em Representações Sociais. Historicamente, ela surge para responder às demandas de trabalhos distintos. Em torno da década de 1940 os grupos focais foram criados, sendo utilizados por Paul Lazarsfeld, Robert Merton e colegas em Columbia, Estados Unidos, para investigar as reações às propagandas e transmissões de rádio durante a Segunda Guerra Mundial. Denominadas como entrevistas focais e aliadas aos métodos quantitativos, nesses trabalhos, havia pouca diferenciação entre as entrevistas individuais e grupais, embora já se reconhecesse seu potencial na produção de dados (BARBOUR, 2008).

Após a guerra, os grupos focais tornaram-se importantes instrumentos de pesquisa voltados ao marketing, à emissão de mensagens, à opinião pública e à resolução de problemas organizacionais (NÓBREGA, 2016). Porém, com o avanço do século XX, eles não se restringiram a esses campos, visto que os grupos focais

foram utilizados em trabalhos de desenvolvimento comunitário e abordagens participativas, além de serviços de saúde e pesquisas em ciências sociais (BARBOUR, 2008).

O grupo focal é relevante em pesquisas que investigam a constituição das representações sociais e a interação do grupo é considerado um elemento produtor de dados e *insights* que possivelmente não seriam possíveis captá-los em situações fora de grupo (KIND, 2004; KITZINGER, 1994). Crucial destacar que o processo grupal transcende a mera soma de opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais. Chama-se atenção para sua adequação e viabilidade para utilização em pesquisas de caráter qualitativo (NÓBREGA; MELO, 2016).

Assim, o grupo focal pode ser definido como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio da interação do grupo, em um tópico determinado pelo investigador, evidenciando que não há como desvincular da técnica seu olhar para o grupo. Entretanto, o grupo não é apenas a soma de pessoas reunidas, mas sim, um conjunto que comunica, interage e expõe consensos e dissensos a respeito do assunto. Tudo isso mediado pelo pesquisador que assume uma participação ativa na produção dos dados (NÓBREGA et al., 2016).

Preconiza-se que o referido grupo seja constituído por um conjunto de pessoas reunidas com o objetivo de discutir determinada temática proposta pelo pesquisador. Ressalta-se que o objeto de pesquisa e a realização dessa atividade devem seguir critérios que permeiam características comuns vivenciadas pelos indivíduos, ou seja, deve haver uma ligação dos participantes quanto ao fenômeno investigado (GATTI, 2005).

Diante do exposto, o objetivo do grupo focal não é realizar uma entrevista em grupo e, sim, criar condições pertinentes para que ele se situe frente ao exposto, de forma que os participantes analisem, critiquem, infiram e explicitem seus pontos de vista diante da temática apresentada (GATTI, 2005). O referido grupo é considerado um recurso que leva à compreensão do processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos (BARBOUR, 2008).

Fundamental destacar que é preciso ir além do mero entendimento de entrevista em grupo e chamar atenção para aspectos fundantes que emergem durante o emprego da técnica e que só são possíveis de virem à tona devido à qualidade de discussão grupal (NÓBREGA et al., 2016).

Diante disso, ressalta-se que grupos focais se ancoram na comunicação, e esse método permite aos participantes que falem espontaneamente sobre um determinado tópico. Possibilitam que a pesquisa seja desenvolvida com métodos dinâmicos, baseados na comunicação, linguagem e pensamento. Além disso, abrem espaço para pesquisas a respeito da formação e da transformação de representações sociais (NÓBREGA et al., 2016).

Assim, o grupo focal é uma técnica de levantamento de dados muito rica para capturar formas de linguagem, expressões e tipos de comentários de determinado segmento (GATTI, 2005).

Juntas as ideias permitem a esse grupo a coleta de informações relevantes sobre um determinado tema, possibilitando a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também de o porquê eles pensam de determinada forma, além de possibilitar a observação da interação entre seus componentes e os diferentes graus de consensos existentes (KINALSKI et al., 2017; NÓBREGA et al., 2016).

E os critérios para a seleção dos sujeitos sejam determinados pelo objetivo do estudo, caracterizando-se como uma amostra intencional (GATTI, 2005). Sugere-se que o número de participantes esteja situado em um intervalo entre quatro e dez participantes, considerando que o tamanho e o tempo do grupo focal são questões importantes a serem consideradas. A depender do nível de envolvimento e do interesse de cada componente com o assunto abordado, isso pode conduzir a maior participação. Diante disso, a composição do grupo com mais de dez participantes pode gerar dificuldades para o moderador na condução (GONDIM, 2003; BACKES et al., 2011).

No grupo focal, o moderador é um facilitador do processo de discussão e sua ênfase repousa nos processos psicossociais emergentes, sendo a unidade de análise é o próprio grupo (NÓBREGA; MELO, 2016). Realiza o esclarecimento sobre a dinâmica das discussões, os aspectos éticos vinculados ao estudo e ao processo interativo. Ele é responsável pelo estímulo ao debate, elabora a síntese dos encontros anteriores quando ocorre mais de um e encerra o grupo por meio de acertos e combinações para os próximos encontros (RESSEL, 2008).

Cabe destacar que o moderador deve procurar cobrir a máxima variedade de tópicos relevantes sobre o assunto e promover uma discussão produtiva, limitar suas intervenções e permitir que a discussão flua, só intervindo para introduzir novas

questões e para facilitar o processo em curso (GONDIM, 2003; BACKES et al., 2011).

Igualmente é necessário estar atento para não deixar que o grupo comece a falar sobre um assunto importante muito tarde para ser explorado e evitar que as interpelações findem antes da hora (GATTI, 2005).

Quanto ao observador, lhe cabe registrar a dinâmica grupal, auxiliar na condução das discussões, colaborar com o coordenador no controle do tempo, monitorar o equipamento de gravação e realizar as observações relacionadas às falas dos participantes do grupo, facilitando assim a transcrição dos dados (GONDIM, 2003; BACKES et al., 2011).

A escolha pelo grupo focal para a investigação no presente estudo ocorreu devido ao fato de que, com essa técnica, o pesquisador tem a possibilidade de obter informações fundamentadas nas vivências de cada indivíduo, por meio dos roteiros, entrevistas semiestruturadas ou abertas, favorecendo a obtenção de informações condizentes à realidade vivida pelos participantes.

Lidar com temáticas delicadas e densas, como a tratada pesquisa, o fato de os participantes estarem juntos de pessoas que vivenciam o mesmo contexto poderia servir como potente elemento para o encorajamento deles, permitindo vir à tona, no coletivo, significados, percepções, desejos, dores e expectativas, sendo que os participantes poderiam contar com o suporte e acolhimento do outro.

A estratégia utilizada de grupo focal permitiu aos familiares de RN e/ou lactentes com até seis meses de vida, um ambiente com menos formalidades no qual puderam sentir-se mais confortáveis em expressar suas opiniões, diminuindo o sentimento de intimidação como o que pode ocorrer ao se realizar entrevistas individuais. Esse tipo de método facilita a exposição dos fatos em torno do fenômeno (BARBOUR, 2009).

Inclusive, destaca-se que como a coleta de dados ocorreu dentro de um hospital, em decorrência do acesso facilitado para os participantes, a estratégia do grupo focal possibilitaria também que os familiares ficassem mais à vontade, em ambiente já usufruído por eles.

Isso é convergente com o preconizado pela literatura ao evidenciar que o grupo focal possibilita às pessoas envolvidas expor, explorar e clarear sua visão no coletivo, o que seria menos acessível em um método de entrevista individual, frente a frente (POPE; MAYS, 2009).

Para coleta de dados, foram realizadas inúmeras tentativas para o recrutamento dos familiares desses RN e lactentes internados na UTINP e UCIN, conforme descrito nos critérios do estudo. Fez-se contato pessoalmente com os familiares, em diversos horários, por vários dias sendo que, houveram tentativas nas quais não foram encontrados familiares que se encaixavam nos critérios da pesquisa ou a idade do bebê não era compatível com o preconizado no estudo, impossibilitando a formação do grupo.

Após isso, decorridas cinco tentativas, o que demandou 2 meses de busca por familiares para organização e desenvolvimento do grupo focal, por meio do apoio do serviço de Acolhimento Familiar, identificou-se que em outubro/2019 o número de sujeitos que se encaixavam nos critérios de inclusão no estudo.

Diante disso, procedeu-se ao convite dos familiares mediante a entrega de um impresso contendo breve apresentação do estudo, seus objetivos e opções de horários e datas compatíveis para a sua participação na coleta de dados. Após o recolhimento dos impressos, realizou-se contato por via telefônica com cada familiar para agendamento da data e horário para o encontro do grupo focal.

Foi realizado um encontro do grupo focal, com a presença de cinco mães de RN e lactentes, internados na UTINP e UCIN, a moderadora e duas observadoras. Esse encontro foi suficiente para a investigação, uma vez que as discussões que emergiram atenderam e responderam aos objetivos do estudo. O número de participantes reunidos neste estudo foi o suficiente para atingir de forma satisfatória o objetivo investigado, possibilitando reflexões e problematizações.

O referido encontro foi desenvolvido nas dependências da instituição, na Sala de Convivência e Descanso das Mães/Acompanhantes dos pacientes da UCIN, no mês de outubro de 2019, com duração de 1h15 minutos no total. Assim, os dados foram coletados em um ambiente acolhedor, confortável, com privacidade, iluminação e temperatura adequada, no qual os assentos foram organizados em forma circular para que os participantes, moderadora e as duas observadoras fizessem parte de um mesmo campo de visão.

Inicialmente, foi realizada uma nova explicação sobre a pesquisa e realizou-se a leitura, juntamente com as participantes, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE D), reforçando a autorização para gravação do áudio para posterior transcrição integral dos dados.

Informado que cada participante escolheria um nome fictício para ser identificada, os quais foram escritos em crachás durante a pesquisa, sendo Maria, Mariana, Jô, Luna e Ana.

Para realização do grupo foram utilizados dois gravadores digitais de áudio de celular, do modelo *iPhone 6S*, posicionados estrategicamente e sob conhecimento dos participantes, de modo a captarem as falas com o máximo de qualidade possível, para registro das discussões. Além da gravação, realizou-se diário de campo com a finalidade de documentar as expressões, gestos, emoções que emergiram, dispensando o uso de gravação em vídeo, a fim de evitar a inibição dos participantes durante o encontro.

O diário de campo é um instrumento que permite o registro detalhado do conteúdo das observações no campo de pesquisa, envolvendo a descrição do ambiente, as reflexões e perspectivas do pesquisador, incluindo suas observações pessoais e descobertas durante a fase de coleta de dados (CARVALHO et al., 2019). As anotações registradas, embora não tenham seguido um roteiro delimitado, foram fundamentais e utilizadas na análise dos dados.

A moderadora, nesse estudo, cumpriu sua atribuição ao facilitar a dinâmica grupal, inclusive detectando situações nas quais foi necessário incentivar rodízio dos papéis entre os participantes para potencializar a objetividade da tarefa em meio à subjetividade inerente a cada participante do grupo. Isso contribuiu para sustentação da produção do grupo em torno da temática e discussão propostas.

As duas observadoras, uma terapeuta ocupacional (doutora e pesquisadora em grupo focal) e uma enfermeira (mestranda), tornaram-se parte do funcionamento do grupo, realizando mais do que observação e escuta. Fizeram acompanhamento e registro das expressões dos participantes (verbais e não verbais – dimensão implícita da tarefa) e auxiliaram na condução do encontro, no controle do tempo e no equipamento de gravação dos áudios.

Durante o encontro do grupo focal, foram conduzidas discussões e reflexões orientadas pela temática proposta, fundamentadas nas questões norteadoras definidas no roteiro (APÊNDICE B), o qual foi anteriormente submetido à validação aparente e de conteúdo por três peritos na temática e/ou na metodologia de pesquisa. Os peritos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do grupo focal foram gravados em meio digital e transcritos posteriormente, na íntegra. As informações foram analisadas por meio da análise de conteúdo, na modalidade temática (MINAYO, 2014).

Foi utilizado o *software Atlas ti 8.0*, após a transcrição dos dados, afim de auxiliar na construção das categorias temáticas que emergiram nos depoimentos, por meio dos recortes das falas transcritas.

A técnica de análise de conteúdo busca realizar descobertas por meio do conteúdo manifesto, seja o que foi escrito, falado, mapeado, desenhado ou simbolicamente explicitado, tornando o ponto de partida para identificar o conteúdo manifesto. Esta análise diz respeito às técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, utilizando-se procedimentos especializados e científicos (MINAYO, 2014).

Assim, a análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações que propõe analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material busca-se classificá-lo em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA, 2015).

As informações obtidas em formato de áudio nas entrevistas do estudo foram transcritas na íntegra para o computador, pela própria pesquisadora. Os dados foram inseridos no Atlas *ti* versão 8. O processo de análise foi alicerçado na análise de conteúdo, modalidade temática (MINAYO, 2014) associada aos recursos do *software* e orientado pelo referencial teórico escolhido. A análise temática contemplou as etapas da pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação. A análise temática fundamenta-se na obtenção dos núcleos de sentido que integram o material coletado respondendo-se ao objetivo do estudo e seguiu as três etapas preconizadas (MINAYO, 2014).

Na pré-análise realizou-se a leitura exaustiva do material coletado, para então, ser possível uma apreensão de todas as particularidades apresentadas nos depoimentos. A partir disso, foram elaborados pressupostos que nortearam as interpretações para classificá-las. Essa leitura requisitou do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo gravado e transcrito, o qual possibilitou manter a ligação entre os pressupostos e as teorias relacionadas ao tema (MINAYO, 2014).

A exploração do material consistiu na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a classificação e agregação das informações em categorias temáticas. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas (MINAYO, 2014). Por meio deste processo indutivo ou inferencial, procurou-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também se buscou o significado ou mensagem por meio ou junto da mensagem emitida (FOSSÁ, 2003).

Na etapa final de análise, que consiste no tratamento, inferência e interpretação dos resultados, realizou-se a interpretação do conteúdo, por meio de uma síntese e houve diálogo entre os achados encontrados e os objetivos da pesquisa. Realizou-se inferência e interpretação do material correlacionando-o com a teoria e realidade do campo (MINAYO, 2014).

Os registros realizados em diário de campo pelas observadoras, foram anotados e utilizados para análise do material transcrito contribuindo para a compreensão do não dito, mas expresso com gestos, expressões, sorrisos, choro, angústia e alegria.

Durante a transcrição dos áudios, para garantir o anonimato e a ética, os nomes dos profissionais citados durante o encontro foram substituídos pela pesquisadora por siglas das quais, onde lê-se: Dra X: refere-se ao profissional médico; TA D: refere-se à profissional Técnica do Acolhimento Familiar; TE Y: refere-se à profissional Técnica de Enfermagem. Os nomes identificados nos resultados são fictícios, escolhidos pelas próprias participantes, conforme explicado anteriormente.

No presente estudo não se pretendia realizar a análise separada por setores, uma vez que o fenômeno estudado poderia ser vivenciado em ambos dois internam RN e lactentes com até seis meses de vida, já que diferindo apenas a densidade tecnológica exigida para o cuidado. Diante disso, a análise foi realizada como um todo, contemplando os familiares dos dois setores sem diferenciação.

6.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O trabalho foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL,

2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFTM (CEP HC-UFTM), via Plataforma Brasil, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 06465218.3.0000.8667.

Inicialmente foi enviado um ofício (APÊNDICE E) para conhecimento e autorização do chefe de Unidade, responsável pelos setores que foram campo do estudo. De posse da autorização e ciência, foi encaminhado o memorando ao Grupo de Ensino e Pesquisa (GEP) da UFTM, conforme fluxograma do CEP HC-UFTM, informando os objetivos e finalidades da pesquisa e solicitando autorização para sua realização, na UTINP e UCIN, do referido hospital. Após autorização da GEP, o projeto foi submetido ao CEP, do HC-UFTM, via Plataforma Brasil. Somente após sua aprovação, foi iniciado o estudo.

Posteriormente, foi entregue uma cópia do projeto sumarizado e do parecer de aprovação do CEP à UTINP e UCIN, por meio de seus responsáveis e uma cópia para cada responsável pelo Acolhimento Familiar, representadas por duas profissionais de saúde lotadas em cada Unidade.

Foi utilizado o TCLE com as participantes da pesquisa (APÊNDICE D), explicando individualmente, de maneira clara e acessível, os objetivos e finalidades do estudo, conforme já expresso anteriormente. Após tais esclarecimentos, foram colhidas as assinaturas de ciência nos termos. Cabe elucidar que, todas as informações coletadas ficarão sob cuidados do pesquisador responsável, sendo armazenadas por um período de cinco anos, sendo descartadas após esse prazo.

7 RESULTADOS

Serão apresentados, inicialmente, os resultados referentes à caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos familiares participantes do estudo e, logo em seguida, as três categorias temáticas que emergiram por meio dos relatos, no grupo focal: ***O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho; Comunicação de notícias difíceis para a família, pelos profissionais; Percepção familiar sobre o ambiente de internação: Mãe de UTI é esperança nos números.***

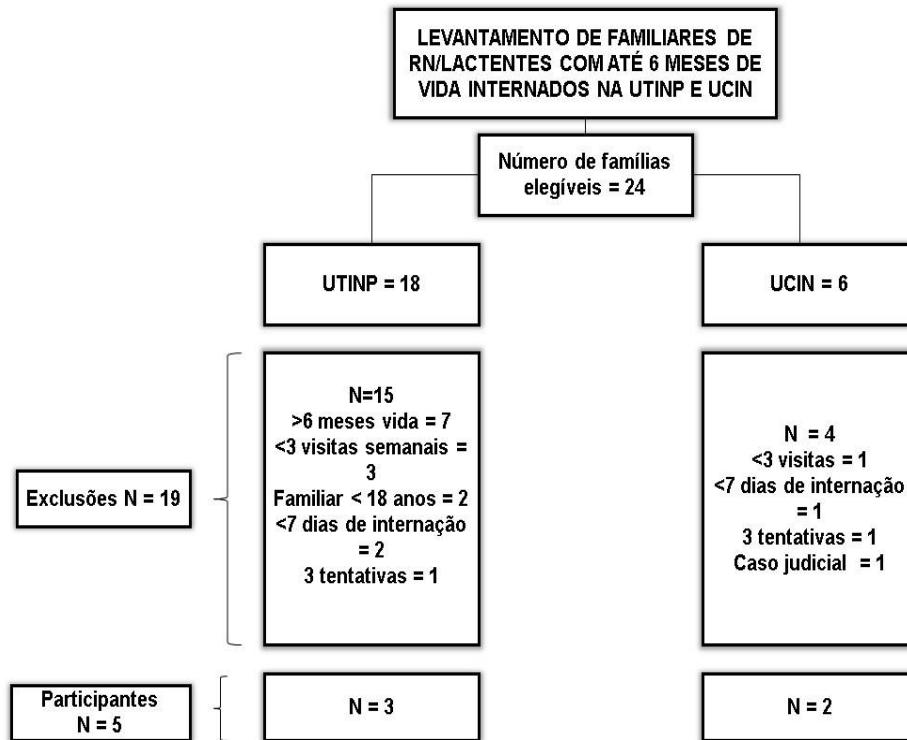
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Do total de 31 leitos elegíveis, correspondendo a 20 da UTINP e 11 da UCIN, referentes ao total de 31 familiares de RN ou lactentes com até seis meses de vida, identificados no registro de Acolhimento Familiar dos dois setores, à época da coleta dos dados, houve a participação, neste estudo, de cinco mães (16,13%), das quais três eram da UTINP, e duas eram da UCIN, que atenderam aos critérios de inclusão, conforme a figura 2.

No período de 2 meses, dos 31 leitos (20 da UTINP e 11 da UCIN), 24 estavam ocupados (18 da UTINP e 6 da UCIN), sendo a amostra elegível para este estudo esses 24 familiares. Destes, na UTINP, 15 familiares foram excluídos pois não atendiam aos critérios de inclusão, dos quais sete pacientes possuíam idade acima de seis meses; três familiares apresentavam frequência de visitas abaixo de três vezes por semana; dois familiares tinham idade menor de 18 anos; dois RN/lactentes tinham tempo de internação menor que sete dias; um familiar sem horário fixo para visita, sendo realizada três tentativas, sem sucesso.

Na UCIN, quatro foram excluídos, dos quais: um familiar não foi localizado encontrado após três tentativas; um RN/lactente com internação menor que sete dias; um familiar apresentava frequência de visitas abaixo de três vezes por semana, e um RN que estava internado encontrava-se como caso judicial, estando sob tutela do Juizado de Menores e sendo assim, não havia contato familiar. Portanto, participaram do estudo cinco familiares (três da UTINP e dois da UCIN).

Figura 2 – Fluxograma dos familiares participantes do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Cabe ressaltar que, à medida que foram realizadas as tentativas de convite aos familiares para participarem do estudo, houveram situações identificadas pelo serviço de Acolhimento Familiar, como não regulares e atípicas, pois geralmente o número de mães/familiares na faixa etária que foi delimitada na investigação é maior do que a encontrada à época da coleta de dados. Assim, não foi possível contar com um número maior de familiares que se encaixavam nos critérios de inclusão e, em alguns momentos, não foi possível atingir um número mínimo adequado para a formação do grupo focal.

O tempo de duração das visitas também foi algo marcante pois, geralmente, os familiares que acompanham os bebês permanecem o dia todo no hospital, mas nessa fase, chamou a atenção o fato de que os mesmos não estavam permanecendo durante todo o tempo disponibilizado para acompanharem seus filhos, o que dificultou a abordagem a familiares.

A Tabela 1 evidencia a caracterização dos familiares participantes desta pesquisa em relação à idade, ao sexo, ao estado civil e à escolaridade, à época da coleta dos dados.

Tabela 1 - Caracterização dos familiares, responsáveis pelos RN e lactentes com até seis meses de vida, internados na UTIN e UCIN, segundo idade, sexo, estado civil, escolaridade. Uberaba-MG, 2019.

VARIÁVEIS	N=5	%
Idade (anos)		
19 20	1	20,0
21 22	1	20,0
23 24	0	0,0
25 26	2	40,0
27 28	0	0,0
29 30	1	20,0
Sexo		
Feminino	5	100,0
Masculino	0	0,0
Estado Civil		
Solteiro	1	20,0
Casado	1	20,0
União Estável	1	20,0
Amasiado	2	40,0
Divorciado	0	0,0
Viúvo	0	0,0
Escolaridade		
Sem escolaridade	0	0,0
Ensino Fundamental	1	20,0
Ensino Médio Completo	4	80,0
Ensino Técnico	0	0,0
Ensino Superior Completo	0	0,0
Ensino Superior Incompleto	0	0,0

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Constatou-se que todas as participantes foram do sexo feminino e mães dos RN/lactentes internados, na faixa etária de 19 a 29 anos, sendo que quatro possuíam ensino médio completo (80%) e, a maior parte, com estado civil relatado como amasiadas (40%).

7.1.1 O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho

A categoria temática, **O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho**, reúne discursos, referentes ao cuidado e à maneira como ele é realizado pela equipe, evidenciando também a importância da comunicação verbal e não verbal nesse processo de assistência. Nessa perspectiva, participantes relataram sobre a dedicação e entrega do profissional durante a realização do cuidado, como exemplificado nas falas de Jô e Luna:

“É um amor que ela [refere-se à profissional] tem, aquilo lá, ela nasceu pra fazer isso. Ela assim... passa um amor, eu sinto segura quando é ela que tá cuidando do meu filho [olhos marejados de lágrimas, mas sem choro].” (Jô)

“Por isso que só gosto dela [refere-se à profissional] pra mexer no meu filho. Ela me passa uma energia boa.” (Luna)

Constatou-se que existem profissionais nas equipes que garantem/asseguram uma adequada aproximação com os pais dos bebês, mantendo-os inteirados sobre o estado de saúde de seus filhos, o que contribui e auxilia a passarem pelo processo de internação. Isto pode ser ilustrado nos relatos que seguem:

“A gente se comunica bem (...) Na verdade, ela [refere-se a profissional do acolhimento familiar] até é quase uma amiga pra gente aqui. Ela que corre atrás das coisas.” (Luna)

“Ah... praticamente a médica do meu menino, eu acho ela até bem competente (...) acho que ela... toda vez que ela me vê, vem me falar sobre como é que tá a situação dele, como é que tá o estado dele e, também as enfermeiras.” (Ana)

Outro aspecto que emergiu, na categoria temática **O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho**, diz respeito à importância da comunicação entre equipe e familiar, no momento de realização de procedimentos e cuidados com o RN/lactente, pelos profissionais, foi destacado como algo significativo e marcante, na perspectiva das mães do estudo. Devido à falta de conhecimento delas na área da saúde, foram evidenciados relatos que revelam a importância da explicação das ações a serem realizadas com seus filhos, o que amenizaria o sentimento de medo, como destacado na fala de Luna:

“Não mãe... só que é normal tá assim mas, não machuca! (...) Tá assim mas, não dói! (...) Tá assim, tá caindo mas é normal! (...) Toda vez que ela [refere-se à profissional] vai mexer nele, ela me dá

um boletim de tudo que tá acontecendo. Tudo que ela tá fazendo, ela me fala “Olha mãe, isso aqui é isso, isso aqui é aquilo, o que eu vou aplicar é isso e serve para aquilo e vai acontecer isso.” [A profissional fornece informações mesmo sem ser solicitada] (Luna)

As mães participantes da pesquisa revelaram a importância de ter um profissional que forneça apoio e conforto a elas durante todo o período de internação de seus filhos, desde o primeiro momento. Esse suporte, conforto técnico e emocional amenizam de certa forma, o tempo que permanecem em âmbito hospitalar aguardando a recuperação e tratamento de seus RN/lactentes internados, como exemplificado nas falas que seguem:

“Ela [refere-se à profissional] até pergunta dos pontos da gente [referindo-se às suturas realizadas após a cesárea].” (Maria) [a participante evidencia que o profissional se preocupa até com as condições de saúde da mãe, o que revela um cuidado que vai além da criança] (Maria)

“É... às vezes ela vai até lá... ela no meu caso foi no meu quarto” [referindo-se à profissional iniciar o acolhimento quando a mãe ainda está no setor de Obstetrícia, recuperando-se no pós-parto. As profissionais do Acolhimento Familiar realizam esse primeiro contato antes da primeira visita dos familiares até a UTIN ou UCIN] (Ana)

“A TA D é uma pessoa que passa uma energia tão boa para gente... é uma pessoa tão tranquila sempre sorrindo. Nossa com aquele dente lá... Aquele tanto de dente, ela até parece um anjo no meio daquilo tudo. Gente... ela não faz parte daquilo ali não, daquele mundo ali sabe?!” (Luna)

“Ela é maravilhosa [refere-se à profissional do acolhimento familiar]! Ela resolve os problemas de todo mundo”. (Luna)

Na categoria temática **O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho**, constatou-se que as participantes percebem a comunicação verbal como algo de extrema importância durante a internação de seus filhos. Emergiram relatos muito significativos que demonstraram o quanto é essencial o adequado processo comunicacional da equipe com os familiares, inclusive quando essa comunicação extrapola as questões específicas da assistência ao RN/lactente e diz respeito à saúde da mãe.

A comunicação foi entendida também na perspectiva não verbal, ao relatarem, por exemplo, o acolhimento, a atenção e o sorriso de profissionais como

elementos que promovem uma interação significativa com os familiares, o que pode gerar sensação de conforto, acolhimento e valorização do familiar.

As participantes disseram ainda que têm um profissional específico como ponto de apoio e referência durante esse período em que seus filhos se encontram internados. Chama atenção também o significado da comunicação expresso na sinceridade do profissional por meio do fornecimento de informações completas, porém com delicadeza e leveza:

“Se eu vejo alguma coisa que não tá legal nele, se eu vejo que ele tá fazendo alguma coisa meio estranha, eu pergunto pra elas e elas me respondem... assim... totalmente educada, assim, nunca me esconderam nada, sempre que eu perguntei elas me esclareceram qualquer dúvida então, eu acho, que tá adequada a comunicação delas com a gente.” (Luna)

Aí seriam a pediatra [Dra. X] e a enfermeira eu não sei se ela é enfermeira ou se ela é técnica que é a [TE Y (Técnica de Enfermagem)]. Que eu teria, é as duas! Se tivesse só as duas para cuidar do meu filho eu queria!” (Jô)

Por um lado, como mencionado anteriormente, as participantes destacaram aspectos positivos a respeito da comunicação entre equipe e familiares. Porém, também foram apresentados discursos envolvendo a indiferença e frieza do profissional no cuidado ao RN/lactente, desconsideração do profissional com as informações transmitidas pela família, e divergência dos esclarecimentos prestados pelos profissionais aos familiares, o que é ilustrado por meio dos depoimentos a seguir:

“Aí meu filho foi fazer uma transfusão de sangue e eu olhando o bracinho dele e a enfermeira tinha colocado o negócio lá. Aí eu falei assim: ‘ele perdeu essa veia, porque não tá certo não, porque o braço dele tá inchando, tá vermelho’. Falei ‘esse negócio tá certo não.’ Aí a enfermeira disse: ‘Não! Tá certo sim’. Aí eu fui falei assim: ‘Pode olhar, porque não tá certo não, porque não tá’. Aí ela foi olhar e, realmente ele tinha perdido, perdido a veia, porque aí o bracinho dele ficou assim, todo roxo. Então assim, eu olho tudo, cada detalhe”. (Jô) [profissional não considera as informações fornecidas pela família].

“(...) ninguém tinha me avisado nada então, eu acho, que a gente teria, eu acho, que teria que ter um pouco mais de consideração com a gente que é mãe e ligar porque é filho gente.... Pode ligar qualquer hora da noite (...) Do que você chegar aqui no outro dia e

ficar assustada.... Porque igual... chegou e o meu [filho] tinha pegado uma infecção. Antes ele estava na primeira salinha, quase na hora de sair e aí eu fiquei meio assustada! ” (Mariana) [o RN necessitou de retornar à enfermaria com suporte para tratamento de uma determinada infecção e isso não foi comunicado com ela. Quando a mãe chegou para a visita é que foi comunicada que o filho estava com infecção. Sentiu-se indignada por não ter sido comunicada antes daquele momento a respeito da piora do estado de saúde do filho].

“Às vezes, pega essa médica que eu gosto muito dela, que consegue explicar, tem um outro médico também que parece que foi fazer um estágio em outro lugar, residência, sei lá, em algum outro lugar, ele quando ia explicar, ele pegava um pedaço de papel e desenhava [esboçou um sorriso nesse momento]! Agora, você entendeu? Porque ele tem a paciência de ensinar, porque eu não entendo gente, eu mexo com cabelo... [gesticulou usando as mãos e se dirigindo a todas do grupo], se cê falou comigo qualquer coisa de cabelo, eu vou entender. Mas de Medicina, se eu soubesse alguma coisa, eu mesma taria tratando do meu filho [os olhos marejados de lágrimas e voz balançada durante o discurso, porém, não chorou]”. (Jô)

“Eu acho que é muito médico pra uma criança só. Tá... eu sei que tem um monte de bebê lá [UCIN]. Eu acho que, tipo, vem dois, vem três médicos... aí vem um fala uma coisa, vem outro e fala outra coisa.... Então, você nunca, tipo, eu, nunca sei certinho o que que ele tem, entendeu?! Sempre um vem e fala uma coisa, vem outro e fala outra coisa. ” (Mariana)

De acordo com os depoimentos que emergiram na categoria temática **O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho**, para as participantes, um processo comunicacional malsucedido, devido à incompreensão e falta de valorização, pelo profissional, das informações fornecidas pelos familiares, pode desencadear sentimento de revolta e indignação nos familiares, como demonstrado nos depoimentos:

“Eu tive vontade de dar um murro na cara dela! [Riso sem graça, indignada]. Mas, eu falo que (...) depois do meu filho, me tornei uma pessoa muito diferente, muito calma, muito tranquila, porque eu se fosse antes dele, aquela enfermeira tinha apanhado, ela tinha apanhado ali mesmo. ” [apresentou esse sentimento devido ao fato que o bebê estava sendo medicado e a mãe avisou ao profissional de enfermagem que seu filho havia perdido o acesso venoso mas, a profissional em questão, não considerou/valorizou o aviso da mãe

que, só depois de alguns minutos, resolveu olhar e constatou a perda do acesso venoso] (Jô)

“Eu cheguei lá esses dias, falei pra enfermeira assim, pra olhar a temperatura dele porque, ele tá com febre. Aí ela foi e falou assim ‘Não! É porque ele tá na incubadora’. Ele ainda não tinha saído da incubadora. ‘Aí como ele tá na incubadora aqui é mais quentinho mesmo’. Aí eu disse, falei para ela ‘Não, ele está com febre!’ Aí realmente, ele estava com febre e aí foi ver ele já tinha inclusive pego uma infecção.” (Jô)

Evidenciou-se o profissional que não considera as informações fornecidas pelos familiares e, também, o familiar revoltado pela atitude de descaso e desvalorização. Durante o grupo focal, foi também abordada, pelos familiares, a falta de adaptação do vocabulário, durante a comunicação verbal, durante o repasse das informações/orientações pela equipe para a família.

As participantes revelaram que os profissionais utilizam um vocabulário rico em expressões e termos técnicos, o que dificulta a compreensão das informações e gera dúvidas e incertezas nos familiares, aumentando o sofrimento. Isso pode ser evidenciado nas falas a seguir:

“Então eu acho que é o jeito de falar que é o ponto chave da comunicação entre a equipe de saúde e a gente.” [refere-se ao modo de falar do profissional para informar o estado de saúde dos RN/lactentes em situação de internação. O uso de termos técnicos foram apontados como um dificultador no entendimento e, devido à falta de paciência dos profissionais, como relatado pelas mães, elas se sentem com receio em pedir uma nova explicação, não ficando claro o que foi informado a elas] (Luna)

“(...) olha mãe... eu tenho péssimas notícias! Ela falou tudo de forma muito técnica e, foi embora. Eu fui perguntar uma coisa pra ela e, ela virou as costas e pronto. Isso era num domingo, 2 horas da tarde. Eu fiquei até na segunda-feira, 10 horas da manhã, chorando, desesperada, porque eu não sabia o que tava acontecendo com meu filho.” (Jô) [a mãe relatou episódio em que foi pedir informações a um determinado profissional médico de plantão, no setor que seu filho estava internado e, o mesmo passou informações com linguagem de difícil entendimento para o casal de pais e, ao querer sanar uma determinada dúvida, segundo a mãe, o profissional se retirou e não procurou informar de forma mais clara sobre o estado de saúde do RN].

A comunicação às vezes é boa, com alguns médicos. Porque é igual as meninas falaram... tem alguns que não tem paciência. Então te explica ali, de qualquer jeito, como se fez o serviço e pode ir embora.

E não é assim! [referindo-se a certas ocasiões em que ao ser comunicada sobre o estado de seu filho internado, o profissional médico não lhe transmitiu a notícia de forma que ela sentisse abertura para esclarecer quaisquer dúvidas e o que foi comunicado, de certa forma foi explicado de maneira rápida fazendo com que a mesma, não entendesse de forma satisfatória o estado do seu RN/lactente] (Mariana)

A falta de sensibilidade, por parte da equipe de saúde, em informar notícias, envolvendo a evolução do estado clínico de seus filhos internados, foi também relatada pelas participantes, o que causou certo desconforto e revolta. Inclusive também foi apontado como negativa a questão de o profissional não dar atenção aos familiares em determinados momentos, como durante o plantão, como evidenciado nas falas a seguir:

“Dá vontade de dar um couro nela, isso sim que, eu sinto. Pode falar? Dá vontade de dar (...) um couro nela.” [A mãe em questão, mostrou-se revoltada com uma profissional médica que não lhe atendeu de maneira cordial ao informar sobre a evolução ruim do seu filho internado]. (...). *É uma sem educação, uma vaca* [refere-se à profissional]. *Desculpa nem sei se pode tá falando isso.*” (Maria)

“Aí, eu perguntei assim pra ela [referindo a uma conversa com uma profissional médica residente no setor que seu bebê está internado], *se residente não poderia ensinar os chefes a conversar.*” (Jô)

“O quê que ela tava fazendo de tão importante que o menino tava lá chorando, tava com dor e, ela não foi lá olhar, entendeu?! Então assim, na verdade, eu tô falando de tão importante porque, eu tava lá dentro e, eu vi que ela não tava fazendo nada, então por isso que eu tô falando que ela não tava fazendo nada de tão importante... lógico que eu sei que ela não olha só um né?! Ela não olha uma criança só, ela olha mais mas, no momento ela estava à toa, então assim de ponto negativo, eu acho que precisaria de mais atenção eu acho que tem um pouquinho de falta de atenção também entendeu em relação aos funcionários.” (Jô).

Outro aspecto indicado pelas participantes na categoria temática **O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho**, como algo que dificulta a comunicação entre familiares e equipe de saúde é a comunicação por via telefônica. As principais percepções das mães sobre a comunicação com a equipe, por via telefônica, foram expostas como dificultadoras, contemplando problemas relacionados com o horário da ligação e disponibilidade do profissional, sendo a queixa mais frequente nos discursos.

Quando os familiares conseguiam contato telefônico com determinado profissional, na maioria das vezes, segundo os depoimentos que emergiram, eram lembrados que estavam ligando fora do horário permitido.

Outro aspecto que emergiu, na referida categoria temática, diz respeito à demora para serem atendidos e as inúmeras tentativas necessárias para receberem informações dos seus filhos, o que foi indicado pelas participantes como um elemento que prejudica a comunicação entre equipe e familiares. Isso pode ser ilustrado por meios dos relatos:

“Meu filho, quando tava com infecção eu liguei e falei que eu queria saber do meu filho. Aí eles virarem falar assim para mim ‘ó mãe deixa eu te falar um negócio: eu vou te passar a notícia, mas não é hora de você estar ligando’. (...) Eu nunca mais liguei. Fico sabendo notícia dele só aqui [quando vai visitar]. ” (Maria)

“(...) cê liga e, nunca tem ninguém para te atender. Vocês já tentaram ligar no sábado duas horas da tarde? Que é o horário que eles falam. ” (Jô)

“(...) a médica disse a mesma coisa. Ela virou e falou assim: olha eu vou te passar, mas para sua informação, o horário de informação é das 3:30 às 4:30. Aí eu falei: Beleza! ”[relatando a fala com tom de voz e semblante indignado]. (Mariana)

“Quando você liga você tem que ficar uma hora esperando o médico te atender, por conta, esperando ver se alguém vai te atender para te passar alguma informação. ” (Mariana)

“Uma hora e meia para conseguir falar no telefone com o médico e se eu ligar fora do horário, porque 3:30 já não é o horário que pode ligar mais. É só só até 3 horas. Aí ainda me falaram assim, no telefone, mas é só até 3 horas. Aí eu falei: tá! Mas eu tô ligando desde às 2 horas! Então, alguém vai ter que me atender, que eu falei porque, eu já tinha voltado a trabalhar. Aí agora resolvi que não vou mais e aí eu fico mais por aqui mesmo porque não dava para ficar lá desse jeito ficar lá e aqui ao mesmo tempo. ” (Jô)

Apesar de terem sido descritas situações negativas na comunicação via telefônica entre profissionais e familiares, como exposto anteriormente, houve também relatos positivos quanto aos profissionais que informaram sobre a evolução e notícias sobre o estado clínico dos filhos internados, mostrando-se solícitos e mantendo uma boa comunicação com os familiares. Isso foi demonstrado nas falas a seguir:

“E, às vezes, o enfermeiro que atendeu, te atende com a maior boa vontade do mundo e, às vezes, é o médico que atende e aí vai te trata mal.” (Mariana)

“Então, assim eu nunca liguei no fim de semana. Eu só liguei uma vez, porque no restante das vezes, eu vim pessoalmente e, foi uma experiência boa tanto que, foi a [TA D] que me atendeu. Eu já liguei, direto na pediatria porque, lá teve uma vez que elas foram, eu nem precisei ligar. Aí a Dra X mesmo que me ligou, para falar “ó a gente vai voltar e vai começar com isso isso isso”. Às vezes, eu nem tinha ligado e, ela é porque quando foi fazer um procedimento. Eu, eu achei muito atencioso da parte dela me ligar para falar.” (Luna)

Constatou-se, por meio da categoria temática **O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho** que as mães participantes do estudo têm percepções que tanto a dimensão verbal quanto a não verbal influem na relação que mantêm com os profissionais que cuidam de seus filhos na UTINP e UCIN e contemplam percepções positivas e negativas.

Para as mães, a informação espontânea de notícias do RN/lactente pelo profissional; o interesse do profissional com o estado de saúde da mãe; comunicação verbal do profissional com delicadeza e a comunicação não verbal por meio de sorrisos, são dimensões percebidas como facilitadoras para a comunicação entre as mães e os profissionais de saúde. Por outro lado, a linguagem técnica e o uso de termos, médicos; informação de notícias de forma ríspida, repreensiva e com certo descaso, por parte do profissional; divergência de informações fornecidas pela equipe e desconsideração profissional quanto às informações ofertadas pelas mães representam dificultadores para o processo comunicacional entre eles.

7.1.2 Comunicação de notícias difíceis para a família pelos profissionais

A categoria temática **Comunicação de notícias difíceis para a família pelos profissionais**, contempla depoimentos a respeito da falta de sensibilidade e comunicação muito técnica do profissional para informar notícias difíceis, aos familiares de RN/lactentes. A comunicação inadequada, é percebida como aquela na qual os profissionais informam notícias difíceis dos filhos às mães de forma ríspida ou indiferente, podendo desencadear desespero, incompreensão e sofrimento familiar, o que pode ser exemplificado nas falas:

“Você já tá passando por uma situação difícil. Você tá passando... você recebe a notícia que seu filho, às vezes, que igual no meu caso, não tem muito tempo [tempo de vida]. E aí, você recebe essa notícia assim ó [nesse momento, Jô gesticula e representa como foi que o profissional médico lhe informou o diagnóstico do filho e com os olhos marejados de lágrimas e tom de voz forte, nervoso e balançado]: ‘Olha mãe, infelizmente o seu filho, tem realmente, o que a gente tava suspeitando e, ele não tem muito tempo! Mas a gente vai fazer o pode pra ele ficar confortável.’ [frieza na comunicação, falta de sensibilidade do profissional para informar uma notícia muito triste] (Jô)

“O modo como conversar. Porque é tudo muito agressivo! Então eu acho que não precisa ser assim. Você não precisa ter uma notícia ruim de uma forma agressiva” [segundo relatado por essa mãe, determinados profissionais não comunicam notícias ruins de maneira adequada, com empatia e paciência e, sim, de forma abrupta, direta, sem conseguir articular um diálogo mais humanizado] (Jô)

A linguagem técnica utilizada para explicar e informar notícia ruim do RN/lactente quanto ao estado clínico, aos familiares, representa um fator que chamou atenção nos discursos. A linguagem médica deve ser adaptada de acordo com o grau de discernimento dos familiares para que, não fiquem sem compreender as informações repassadas sobre seus filhos. Isso pode ser ilustrado por meio dos relatos que seguem:

“Porque ela não deixou eu perguntar nada pra ela. Até no outro dia, pra eu chegar na médica e, conversar com ela, pra ela me explicar que, não, ele só tava com uma infecção, as plaquetas dele tava baixa mas, que dava pra tratar. Mas do jeito que ela falou pra mim, meu filho tava morrendo naquele momento”. (Jô)

“Como é que fala desse jeito com uma mãe que já tá passando por isso? Ele não tem coração! [breve pausa antes de continuar seu discurso e os olhos estavam marejados de lágrimas e tom de voz passando indignação]. Ele deveria ser um pouco mais delicado. É uma notícia ruim? É! Mas é uma notícia ruim! Infelizmente, deveria, não tem uma forma carinhosa de falar isso, mas, eu acho que pelo menos um pouquinho mais de educação, ele deveria ter”. (Jô)

Quanto à humanização na saúde, o acolhimento às famílias é algo primordial para uma assistência bem-sucedida. Se de um lado os familiares reconheceram e revelaram pontos negativos e que são passíveis de melhoria, também foram abordados pontos positivos na informação de notícias ruins/difíceis para a família.

Nesse sentido, a passagem de notícias ruins, pelos profissionais, foi um aspecto abordado pelas mães participantes do estudo, as quais expuseram situações que passaram durante a hospitalização de seus filhos na UTINP e UCIN, em que profissionais das equipes souberam realizar essa comunicação de forma adequada e satisfatória, utilizando de estratégias bastante didáticas e delicadas para possibilitar melhor compreensão da família sobre o estado de saúde de seus filhos internados.

“Ela sabe falar mesmo sendo uma notícia ruim. Mesmo sendo uma notícia ruim, ela sabe falar com jeitinho.” (Luna)

“Meu filho teve um regresso. Ele voltou a ser intubado. Só que o jeito que a médica disse pra mim, ela me deu a segurança de que é um passo pra trás, mas que vão ter outros pra frente!” (Luna)

“Não assim, te apavorar, assim, falou que é uma notícia ruim? É uma notícia ruim! Mas vão ter boas também (...). Eu acho ela uma excelente profissional e, ela assim, ela não ilude a gente.” (Luna)

“Ela nunca me deu a ilusão de tempo. Ela fala que é assim: “Que aqui é cada dia de uma vez!” (Luna)

“Porque notícia ruim eu quero saber com jeitinho! Não quero que chega e joga assim na minha cara” (Jô)

A categoria temática **Comunicação de notícias difíceis para a família pelos profissionais** evidenciou que quando o profissional informa notícias difíceis sobre o estado de RN/lactentes para as mães de forma ríspida, rápida e sem abertura de espaço para diálogos a fim de esclarecer alguma dúvida, de forma mais satisfatória, isso gera mais sofrimento, angústia e até pavor nos familiares.

Por outro lado, também revelaram que quando o profissional informa notícias ruins do RN/lactente com delicadeza, quando ele não omite informações e não gera ilusão na mãe quanto ao real estado do seu filho, isso é percebido na perspectiva positiva para a comunicação entre equipe e familiares.

7.1.3 Percepção familiar sobre o ambiente de internação: Mãe de UTI é esperança nos números

Na categoria temática **Percepção familiar sobre o ambiente de internação: Mãe de UTI é esperança nos números** foram relatadas as percepções dos

familiares com relação ao ambiente de internação dos seus filhos. Um ambiente de alta e média densidade tecnológica, como a UTINP e UCIN, contém muitos aparelhos, sendo que a emissão de ruídos e sons, a iluminação do setor, a temperatura e os dispositivos médicos utilizados para atendimento aos RN/lactentes internados, geram uma percepção diferenciada para os familiares.

Em relação à vivência dos familiares no ambiente da UTINP e UCIN, observou-se que as mães relataram o sentimento de desespero com relação aos acessórios e dispositivos utilizados, em ambos os setores, os quais em sua maioria emitem sons e ruídos dos quais:

“A palavra que eu tive também na minha cabeça: desespero.” [referindo-se ao fato de quando os monitores e bombas de infusão emitem sons de alerta e nenhum profissional verifica o que está ocorrendo, podendo ser algo simples como alguma interferência no gotejamento de dieta ou o oxímetro de pulso ter saído do bebê] (Luna)

“A pior coisa é aquelas máquinas. Eu sei que serve para monitorar, para monitoramento 100% da criança, mas assim, você fica com coração na mão. Qualquer barulho estranho, você já fica, você apavora ... qualquer apito, qualquer queda de saturação, que dá para ver lá no aparelho o número vai caindo. Aí... Nossa, eu falo para todo mundo que mãe de UTI é esperança nos números”. (Luna)

“Eu fico ali olhando... observando se alguém vai ali fazer alguma coisa e.... como não faz, eu fico assim [expressão facial de medo e apreensão], não falo nada porque ela deve saber o que tá fazendo, mas eu fico com o coração trancado. Fico esperando alguém ir lá e resolver.” (Luna)

“Eu não tenho nem outra para falar é desespero. É isso que eu sinto.” [referindo-se ao fato de quando os monitores e bombas de infusão emitem sons de alerta e, nenhum profissional verifica o que está ocorrendo, podendo ser algo simples como alguma interferência no gotejamento de dieta ou o oxímetro de pulso ter saído do bebê, mas, devido serem leigas no assunto, apresentam desespero quando isso ocorre e nenhum profissional desliga o som emitido] (Jô)

“O pior é quando começa a apitar e, ninguém vai lá ver, é porque tipo assim, para enfermeira aquilo lá é normal. O negócio tá lá, apitando e, ela olha ela, sabe se tá acontecendo alguma coisa ou não. Aí ela vai e fala para a gente assim: “Não! Tá normal!” Mas a gente que tá ali, a gente não sabe que é normal. Então começa a apitar... quando começa a apitar, a gente acha que tá acontecendo alguma coisa, ainda mais que fica apitando daquele tanto aí, a gente

vai pensa: “Vai lá olhar o que que tá acontecendo a gente a gente fala”. (Jô)

“Não é um barulho, são vários barulhos”. [os sons/ruídos emitidos pelos equipamentos de monitorização dentro das Unidades desencadeiam não só nos RNs e equipe da assistência, mas também nos familiares certo]. (Jô)

“É... pra gente não é nada normal. ” [referindo aos ruídos, a equipe de enfermagem sempre responder com intuito de acalmá-las que o ruído emitido é normal] (Luna/Jô/Maria: nesse momento as três participantes concordaram e falaram juntas)

Por meio dos depoimentos que emergiram no grupo focal, evidenciou-se que a categoria temática ***Percepção familiar sobre o ambiente de internação: Mãe de UTI é esperança nos números***, traz à tona que, para as mães, o ambiente de internação no qual seus filhos estão hospitalizados representa um espaço estressante, assustador e desencadeia desespero. Os ruídos emitidos pelos equipamentos de monitorização, os dispositivos médicos utilizados para realizar o tratamento dos RN/lactentes, despertam um sentimento de preocupação entre as participantes. Os familiares destacaram que sentem necessidade de serem informadas, esclarecidas e comunicadas sobre o que está ocorrendo quando algum equipamento emite um ruído.

A comunicação precisa ser realizada na perspectiva da humanização, sendo detalhada, adaptada ao nível de entendimento dos familiares para que a experiência da vivência em um setor de média e alta densidade tecnológica, seja enfrentada de forma menos traumática possível.

8 DISCUSSÃO

Foram analisados o significado da comunicação, os aspectos positivos e negativos, e as estratégias para melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e familiares de RN/lactentes com até seis meses de vida, internados em UTINP e UCIN. Por meio das três categorias temáticas que emergiram dos depoimentos no grupo focal foi possível apreender que os achados dizem respeito à assistência prestada tanto ao RN/lactente quanto ao familiar permeada pelo processo comunicacional; à maneira como a informação de notícias é repassada pelos profissionais para as mães; e o que significa e permeia aquele ambiente da internação, na perspectiva das mães participantes do estudo.

Embora as categorias temáticas estejam organizadas de maneira separada, elas se entrelaçam, se misturam e penetram uma na outra, apresentando conexões e distanciamentos. Tal interligação contribui para a apreensão do fenômeno, na percepção das mães que vivenciam a hospitalização de seus filhos, RN/lactentes com até seis meses de vida.

Quanto à caracterização dos participantes da pesquisa, cabe salientar o número reduzido de familiares que atendiam aos critérios de inclusão à época da coleta de dados, sendo considerado, inclusive, um período atípico.

Importante salientar que o número de participantes (cinco familiares) atende ao que é descrito na literatura como satisfatório para a composição de um grupo focal, sendo recomendável que o grupo seja constituído por cinco a oito pessoas, sendo aceito também que o número seja de oito até 15 pessoas, lembrando que isso é variável e, a dimensão do grupo vai depender, também, dos objetivos da pesquisa (KINALSKI, 2017).

Pertinente ressaltar que quando se deseja ter uma pluralidade de pontos de vista, é prudente optar por um grupo maior, ao contrário de quando se almeja profundidade da temática, em que se recomenda optar pelo grupo menor (DALL'AGNOL et al., 2012; KINALSKI, 2017).

Os resultados que descrevem o perfil sociodemográfico dos familiares de RN/lactentes com até 6 meses de vida, indicam que todas as participantes são do sexo feminino e mães dos bebês internados, o que demonstra concordância com estudos que evidenciam a presença da figura materna no acompanhamento e

cuidados ao filho internado, sendo a representante da família no processo de hospitalização (AZEVEDO; HEMESATH, 2019; INNECCO; BRITO, 2019).

O perfil educacional das participantes demonstrou que predomina o ensino médio completo. Nesse sentido, importante elucidar que o baixo nível de escolaridade, dos familiares acompanhantes, pode dificultar o processo de comunicação a respeito do tratamento, evolução do paciente e tomadas de decisão. Representa um fator que causa dificuldade na assimilação das informações (LANÇONI et al., 2017). Crucial que os profissionais conheçam o nível de escolaridade dos familiares para adequar a linguagem e facilitar a compreensão, visto que, são essas pessoas que serão informadas sobre o estado de saúde, evolução clínica e condução do tratamento a que esses RN/lactentes serão submetidos.

A categoria ***O cuidado e a comunicação dos profissionais na assistência ao meu filho*** destaca referências positivas a respeito da importância da comunicação verbal e não verbal na assistência ao RN/lactente e também, às mães. Nos casos de hospitalização infantil, o ambiente hospitalar é percebido de maneira hostil, e a família vivencia períodos de insegurança em relação ao quadro clínico da criança, devido à possibilidade de agravamentos da condição clínica com risco de morte, o que pode gerar mais sofrimento e angústia nos familiares (AZEVEDO; LANÇONI; CREPALDI, 2017).

A comunicação realizada de forma efetiva e humanizada pode contribuir para amenizar as incertezas e dúvidas dos familiares, assim como revelado em estudo onde destacou-se a importância dos profissionais de saúde utilizarem uma abordagem centrada nas necessidades de cada família, para que contribua aos benefícios em estabelecer relações interpessoais, e que seja possível identificar os comportamentos para a interação entre as pessoas envolvidas visando uma comunicação positiva (AZEVEDO et al., 2017).

Os resultados evidenciam que as mães reconhecem que tanto a comunicação verbal quanto a não verbal são cruciais na interação com os profissionais que cuidam de seus filhos. A comunicação verbal, deve ser conduzida com sensatez e delicadeza, contribuindo para diminuir incertezas e sofrimento nos familiares. Para as participantes do estudo, isso é um fator que tem significado facilitador na comunicação entre elas e a equipe de saúde da UTINP e UCIN. Porém, estudo demonstrou que os profissionais de saúde encontram dificuldades em perceber

sinais não verbais de modo consciente. A excessiva atenção dada à comunicação verbal faz com que os profissionais não se atentem para a importância da linguagem não verbal, e não lhe atribuem o devido valor nos relacionamentos, pessoais ou profissionais (PONTES et al.; 2014).

Diante do exposto, revela-se de extrema importância que o conhecimento da comunicação não verbal seja ampliado, fortalecido e que sejam abordadas estratégias de ensino, na formação profissional, para a sua implementação no cuidado, visto que se observam, na prática, fragilidades no processo comunicativo. Desvelar, entender e valorizar a dimensão não verbal na comunicação é estratégico para que as ações tomadas pela equipe de saúde sejam coerentes, compreensíveis e eficazes, pois é preciso detectar qual mensagem os pacientes e seus familiares querem transmitir, para que se possa interagir adequadamente com eles (ARAÚJO; SILVA; PUGGINA, 2007; PONTES et al., 2014).

Depoimentos que emergiram no presente estudo evidenciam que se utilizada adequadamente, o componente não verbal da comunicação influencia positivamente na interação de profissionais e familiares de RN/lactentes hospitalizados. Identificou-se que quando os profissionais se expressam por meio de sorrisos, gestos e toque, isso foi percebido pelas participantes como algo que favorece a comunicação entre elas e a equipe, e também significa um aconchego para um coração angustiado diante do problema de saúde de um filho. Com isso, ocorre o fortalecimento do processo comunicacional e interacional equipe e familiares, contribuindo para a assistência ao RN/lactente na UTINP e UCIN.

Para as mães quando a comunicação do profissional ocorre por meio de informações realizadas com educação, sutileza e com acolhimento, isso significa sinceridade com delicadeza, respeito, cuidado e zelo. Isso contribui para gerar vínculo e confiança entre mães e profissionais, o que também acalenta a dor e angústia que elas estão vivenciando. Isso favorece a comunicação entre mães de RN/lactentes com profissionais de saúde da UTINP e UCIN.

Tais achados são convergentes com a utilização da tecnologia leve (MERHY, 2009) enquanto potente elemento no cuidado que pode aproximar profissionais e usuários de serviços de saúde, na perspectiva de superação da distância técnica que pode existir entre eles.

Para promover resultados ideais na assistência, tanto para o RN/lactente como para a mãe, a equipe de saúde além de promover cuidados voltados para o

desenvolvimento da criança, também deve ajudar a mãe a passar de um sentimento de maternidade incerta para o sentimento de 'mãe real' do seu filho. O acolhimento dos pais possui importância significativa para que as experiências que venham a ocorrer durante esse período sejam bem aceitas e o sofrimento, minimizado (BISPO et al., 2019).

Constata-se que a presença da família em unidades de cuidado de alta e média densidade tecnológica, contribui para estabelecer o elo entre a equipe de saúde e os familiares, envolvendo-os no cuidado, facilitando o processo de comunicação e auxiliando no tratamento e recuperação mais rápida da criança, uma vez que a família é capaz de perceber com mais facilidade as demandas que seus filhos apresentam. A proteção, a segurança e o apoio transmitidos dos pais para os filhos hospitalizados reforçam a importância da permanência da família nas referidas unidades (PONTES et al., 2014).

As relações interpessoais entre familiares de crianças hospitalizadas e equipe de saúde apresentam diferenças, a depender de situações específicas e do profissional de saúde. Os profissionais podem ser menos propensos a se envolverem quando identificam que a família apresenta dificuldades de estabelecer contato. O envolvimento ocorre quando a criança e sua família são consideradas colaborativas, o que possibilita identificar as questões emocionais e psicossociais (MELTZER et al., 2009).

Identificou-se, no presente estudo, que os familiares relataram momentos de insegurança e vulnerabilidade emocional devido à falta de conhecimento e de entendimento quanto ao quadro de saúde e evolução de seus filhos. Para as participantes, é crucial e faz toda a diferença contar com um profissional, que utiliza adequadamente as dimensões verbal e não verbal da comunicação na assistência aos seus filhos internados. Isso significa que quando o profissional realiza a assistência pautando-se na comunicação efetiva e humanizada, informando e esclarecendo tudo a respeito da saúde do RN/lactente, independente da notícia ser boa ou ruim, isso representa para os familiares segurança, respeito, amparo e confiança. Sentem-se valorizados e ouvidos.

De forma convergente com os resultados, constata-se que é fundamental a equipe de saúde realizar uma comunicação clara e estabelecer uma relação de confiança e colaboração mútua com o familiar. Isso pode contribuir para que as melhores intervenções sejam realizadas, além da escolha terapêutica mais

satisfatória. Em momentos onde os familiares desejarem interferir no recurso comunicativo, mostrando-se indisponíveis para receber as informações, deve-se ser respeitado, conforme a sua opinião, nesse caso, o processo de diálogo e, a relação interpessoal deve ser repassada para alguém que o acompanha (NEVES et al, 2017).

A proximidade efetiva entre profissionais e familiares, quanto à interação do estado de saúde de seus filhos contribui para que a experiência de hospitalização seja enfrentada de forma mais amena e também menos sofrida. A percepção de que podem contar com apoio e suporte adequados para suprir suas necessidades e, conseqüentemente, de seus filhos internados, facilita aos familiares enfrentarem o período de internação. De acordo com a PNH, humanizar significa inicialmente valorizar os sujeitos envolvidos (criança, família, equipe de saúde), e por meio do acolhimento enfatizar a escuta atenta, desenvolver a capacidade de empatia, oferecer apoio, identificar as queixas, e estabelecer vínculos (BRASIL, 2004). Logo, para que se tenha um processo comunicacional favorável, preza-se pela qualidade das relações atribuídas à maneira pela qual o profissional estabelece o contato com o familiar, assim, a integração entre equipe e acompanhante da criança hospitalizada possibilitando o desenvolvimento do diálogo (AZEVEDO et al., 2017).

Chamou atenção depoimentos que emergiram no grupo focal, que revelaram que os familiares percebem que alguns profissionais se interessam pela saúde delas, o que vai além da assistência específica ao RN/lactente. Isso em importante significado para elas, pois recebem amparo técnico e emocional, o que favorece melhoria do relacionamento e vínculo entre elas e equipe. O significado, para as mães, quando a assistência profissional transcende o cuidado ao bebê, é que elas também se sentem enxergadas, valorizadas, importantes naquele processo tão sofrido da internação.

Esses aspectos apresentam estreita ligação com princípios da PNH, na qual o acolhimento é destacado como importante recurso voltado ao desenvolvimento de ações no âmbito da saúde como a recuperação, proteção e prevenção em saúde (BRASIL, 2013).

A vivência proveniente de uma situação inesperada, como a internação de um filho recém-nascido, em uma unidade de alta e média densidade tecnológica, como são a UTINP e UCIN, gera ansiedade devido à inserção no ambiente hospitalar, o que inclui preocupações referentes aos efeitos de procedimentos invasivos e riscos

de morte da criança (AZEVEDO, 2018). Isso é percebido pelas mães participantes como algo que favorece muito a comunicação entre elas e os profissionais de saúde que cuidam de seus filhos internados. Esses achados são coerentes com outro estudo que evidencia o momento no qual, o cuidado é oferecido pelos profissionais do setor, aos familiares/ acompanhantes, o possibilita o desenvolvimento de uma relação de acolhimento entre a equipe e família, o que viabiliza a minimização do sofrimento psicológico (AZEVEDO; LANÇONI; CREPALDI, 2017).

As tecnologias leves, produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. Pertinente destacar a necessidade de se imprimir mudanças no processo de trabalho tomando, como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras tecnologias. Nesse sentido, entende-se que as mudanças serão potencializadas se for incorporado, no processo de trabalho, as tecnologias leves, no encontro entre trabalhadores e usuários (MERHY et al., 1997).

O encontro entre profissionais e familiares precisa representar potente possibilidade para reconstrução de saberes e trocas, para além de aspectos puramente técnicos e procedimentais. Precisa haver resgate e fortalecimento da dignidade, autonomia e cumplicidade entre esses atores.

No grupo focal emergiu a falta de adequação da linguagem profissional para explicações e esclarecimentos aos familiares, imperando ainda a comunicação com termos técnicos. Para as mães, isso dificulta o processo comunicacional entre elas e a equipe de saúde. Isso torna o período da hospitalização ainda mais sofrido e com mais incertezas, receios e dúvidas.

As participantes revelaram ainda, de forma bastante contundente e incisiva, com tristeza, dor e mágoa, que a falta de jeito, de tato e de sensibilidade, do profissional, para comunicar notícias, às vezes, até graves/ruins sobre seus filhos internados. Em contrapartida, houve, eventualmente algumas mães que procuravam explicar de forma simples e utilizando alguns instrumentos facilitadores da comunicação, como o desenho, tornando-se um facilitador na detenção de informações (FIGUEIREDO et al., 2010). A utilização de metodologias que facilitam a compreensão das informações fornecidas é de grande relevância, principalmente quando a acompanhante tem nível de escolaridade reduzido, ou quando os pacientes são crianças (AZEVEDO, 2018)

Diante desses resultados, oportuno ressaltar a importância de os profissionais de saúde utilizarem uma abordagem centrada nas necessidades de cada família, o que pode contribuir sobremaneira para a construção de relações interpessoais adequadas entre profissionais de saúde e usuários, favorecendo também na identificação de comportamentos que colaborem para a interação entre as pessoas envolvidas visando uma comunicação positiva (AZEVEDO; CREPALDI, 2018) e mais eficaz.

Na categoria ***Percepção familiar sobre o ambiente de internação: Mãe de UTI é esperança nos números***, os resultados revelaram que a tecnologia dura (MERHY, 2009) expressa por meio dos equipamentos, como aparelhos médico hospitalares, por exemplo, respiradores, monitores cardíacos, incubadoras, entre outros que perpassam a assistência nos dois setores do estudo, e geram nas mães, insegurança, medo, incertezas e angústias por não conhecerem aqueles dispositivos e o motivo dos alarmes e alertas que despertam. Elas se assustam, desesperam e aguardam o esclarecimento e amparo de algum profissional, o que nem sempre ocorre.

Evidencia-se então ausência de uma comunicação do profissional para o familiar que seja coerente com as suas reais demandas e carência. Acredita-se que se houvessem explicações claras, no tempo certo e com a delicadeza necessária, esses sentimentos negativos e, algumas vezes, devastadores, seriam minimizados e o contexto seria melhor compreendido pelas mães.

As fragilidades envolvidas e reveladas pelas mães no processo comunicacional que estabelecem com os profissionais levam a algumas reflexões. Sabe-se que o processo comunicacional precisa contemplar o entendimento e apreensão das informações por meio de diálogo e atitudes acolhedoras e respeitadas, pautadas também no conhecimento científico.

Aqui cabe destacar novamente a importância das tecnologias em saúde (MERHY, 2009) como elementos que precisam ser utilizados na medida certa e com a habilidade requerida. Existe a necessidade de que as tecnologias se entrelacem, se complementem para que o profissional consiga realizar o trabalho em contexto tão complexo e denso como a UTINP e UCIN.

Ao relatarem experiências, que na percepção das mães, não foram satisfatórias, cabe um olhar sensível e aguçado, a respeito de determinadas situações. As situações envolvem diversos aspectos incluindo o uso da linguagem

técnica, que dificulta a compreensão das mães e gera mais angústia e dor. Destacam também fragilidades no processo de comunicação de notícias difíceis ou ruins, pelo profissional. Para os familiares, algumas informações são transmitidas de forma inapropriada, de um jeito qualquer, sem tato, sem o olhar e as palavras acolhedoras. Para as mães, elas até querem saber a verdade sobre a saúde de seus filhos internados, seja ela boa ou ruim, mas não querem que isso seja informado de qualquer jeito.

Nos depoimentos, uma das mães destacou-se que mesmo que haja gravidade quanto à situação de saúde do filho, ela quer ser comunicada com uma outra abordagem. Na verdade, o que elas esperam são atitudes de aproximação, acolhimento, escuta e humanização dos profissionais, o que requer maior preparo deles.

Nesse sentido, comunicar uma notícia ruim, torna-se algo difícil, apesar de, muitas vezes, ser corriqueiro para os profissionais de saúde. Isto porque muitos profissionais, com intuito de manter a esperança de um familiar, escondem seu diagnóstico e prognóstico, adiam ou delegam essa comunicação a outros profissionais. De uma forma geral seria qualquer tipo de informação que acarrete em uma alteração negativa na vida dos envolvidos (SANTOS et al., 2016).

Diante dos depoimentos das mães no grupo focal quanto aos dificultadores para o processo de comunicação de notícias ruins, torna-se crucial repensar a formação, preparo e capacitação da equipe de saúde, na lógica de abordagens mais adequadas e humanizadas para realizar comunicação mais eficaz junto aos familiares de RN/lactentes internados.

Evidencia-se que o cotidiano da UTINP e UCIN, em foco no estudo, é complexo, dinâmico e também dialético. Para as mães, se de um lado existem profissionais que não se aproximam, conversam apenas tecnicamente e não expressam sensibilidade nem se solidarizam com a dor do outro. De outro lado, existem também profissionais que acolhem com o sorriso, comunicam-se por meio de gestos afetuosos, verbalizam com respeito e equidade, e se entregam cotidianamente e sem esmorecer no cuidado aos RN/lactentes e familiares. Para as mães, eles fazem a diferença!

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou analisar a percepção dos familiares de RN/lactentes com até seis meses de vida, internados em unidades de alta e média densidade tecnológica quanto à comunicação que estabelecem com a equipe de saúde. A UTINP e UCIN, aqui abordadas, dispõem de equipes especializadas para a prestação de assistência à saúde.

As participantes do estudo, todas mães de RN/lactentes internados, têm a percepção de que a comunicação com os profissionais de saúde, no cenário em foco, engloba as dimensões verbal e não verbal, e isso influencia no cuidado prestado.

Foram revelados significados e a prática da comunicação entre profissionais de saúde e familiares de RN/lactentes internados e constatou-se que existem fragilidades a serem superadas, mas também foram desvelados aspectos positivos e que contribuem para que comunicação entre eles seja adequada, resolutiva e humanizada.

Dentre os aspectos positivos para a comunicação, na ótica das mães do estudo, evidenciou-se que existem profissionais que são receptivos, acolhedores e proporcionam assistência não só ao RN/lactente, mas também aos familiares. Profissionais que se expressam não só com palavras, mas com o corpo por meio de uma linguagem não verbal que acolhe e conforta, como o sorriso e o olhar atento, delicado e solidário à dor do outro.

Por outro lado, as comunicações de notícias sobre os RN/lactentes internados, pessoalmente ou por via telefônica, às vezes, se mostram desagradáveis, ríspidas e nada reconfortantes, sendo percebida, pelo familiar, até no tom de voz do profissional. Nessa mesma perspectiva, o diálogo com alguns profissionais foi entendido, em determinadas situações, como insuficiente, inapropriado e até desumano. Para os familiares, é preciso melhorar e capacitar os profissionais para que realmente sejam cuidadores de RN/lactentes e, inclusive, dos familiares. Isso representou uma sugestão para melhoria do processo comunicacional no referido cenário.

Ressalta-se que a comunicação entre profissional e familiar de RN/lactente possui um papel fundamental e indispensável no cuidado. Para isso, sugere-se que o profissional dê informações técnicas verdadeiras, de forma clara, com linguagem simples, com afeto, disponibilidade de tempo e que respeite o desejo do sujeito em

aprofundá-las ou não, mantendo-se sempre disponível e receptivo para o acolhimento.

No decorrer do estudo identificou-se a escassez de publicações relacionadas à temática no cenário em foco. Diante dos artigos publicados, poucos são atuais e/ou não abrangem a comunicação na mesma perspectiva que foi proposta nesse trabalho.

Como limitações, destaca-se que a coleta de dados foi realizada em momento no qual a UTINP contava com poucos RN/lactentes na faixa etária estabelecida no estudo, o que diminuiu nossas oportunidades de aumentar o número de participantes. Houve também, em uma das datas marcadas e previamente acordadas para nos reunirmos, a ausência dos possíveis participantes. Apesar das dificuldades em convidar para participarem do estudo, tivemos o apoio das responsáveis pelo Acolhimento Familiar da UTINP e da UCIN, além da psicóloga responsável pelo atendimento às famílias das duas Unidades.

Acredita-se que a pesquisa poderá contribuir para melhor compreensão sobre essa tecnologia tão importante e, às vezes, pouco explorada e valorizada, que é a comunicação em saúde. Entendê-la sob o olhar de quem a vivencia é a possibilidade de trazer à tona e dar voz ao real e ao necessário, para que se faça uma assistência à saúde equânime, justa, respeitosa e com valores humanos. Crucial destacar a comunicação como elemento que transcende palavras e silêncios.

Repensar o cotidiano dos serviços de saúde extrapolando a necessidade puramente de procedimentos técnicos executados com exatidão podem sinalizar o resgate da dimensão humana no cuidado à saúde.

Como proposta de devolutiva, pretende-se retornar aos dois setores e realizar uma apresentação dos resultados da pesquisa para os profissionais, será distribuído material explicativo, será colocado um banner com a apresentação final da pesquisa. As participantes da pesquisa serão convidadas para comparecerem ao hospital para participarem da devolutiva realizada para elas, com linguagem que seja clara e coerente.

Sabe-se que a temática não foi esgotada e espera-se realizar outros estudos, na ótica também dos profissionais, a fim desvelar suas percepções, significados, facilidades e dificuldades, expectativas e estratégias no processo comunicacional.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. L. et al. A comunicação do estudante de enfermagem na escuta de pacientes em hospital psiquiátrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. e20160325, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0325.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019.

AZEVEDO, Elisa Cardoso; HEMESATH, Tatiana Prade; OLIVEIRA, Viviane Ziebell de. A internação de um filho em unidade de terapia intensiva pediátrica: narrativas maternas. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 172-194, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2020.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_da_dos_pesquisa_qualitativa.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2019

BALBINO, Flavia Simphronio et al. Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para a família em unidade neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 297-302, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200297&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150040>.

BARBOSA, Ingrid de Almeida et al. O processo de comunicação na Telenfermagem: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 765-772, ago. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400765&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690421j>.

BARBOUR, Rosaline. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BASTOS, Líliliana Cabral; SANTOS, William Soares (Ed.) A entrevista na pesquisa qualitativa: perspectivas em análise da interação. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2013. p. 37-46.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em 01 set. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Política Nacional de Humanização PNH. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para

os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 4 v.: I. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso em 01 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em 01 set. 2019.

BRASIL. Portaria n.º 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em 11 set. 2019.

BROERING, Camilla Volpato; CREPALDI, Maria Aparecida. Percepções e informações das mães sobre a cirurgia de seus filhos. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 3-11, abr. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922018000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jan 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i1/1434>

CAMPOS, M.J.A.et al. Factores que influyen en la duración de la lactancia materna en las estudiantes universitarias. **Revista Enfermería Actual** . Edición Semestral N.º. 37, Julio 2019 – Diciembre 2019. ISSN 1409-4568. Acesso em 15 jan. 2020.

COELHO, Aline de Souza et al. Nursing team and humanized assistance in neonatal UTI. **ReonFacema**, Maranhão, v. 4, n. 1, p. 873 – 877, jan – mar. 2018. Disponível em <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/viewFile/381/176>>. Acesso em 20 nov. 2019.

COLLET, Neusa; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 191-197, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000200007>.

CORILANO-MARINUS, Maria Wanderleya de Lavor et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902014000401356&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>.

CRESWELL, John W. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. 3. Ed. Porto Alegre: Penso; 2014.

DALL'AGNOL CM, MAGALHÃES AMM, MANO GCM, OLSCHOWSKY A, SILVA FP. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):186-90. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a24v33n1>> Acesso em 15 jan. 2020.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araújo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 641-649, 2012. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500015>.

FARIA, Marcos Horácio; SANTOS, André Max. Processo de trabalho em saúde - 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. 68p

FELLI VEAF, PEDUZZI M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo (SP): Guanabara Koogan; 2018.

GABARRA, L.M; CREPALDI, M.A. A comunicação médica - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 29, n. 65, nov. 2017. ISSN 1980-5942. Disponível em:
 <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20335>>. Acesso em: 01 set. 2019.

GATTI, BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 77 p. v. 10.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003. Disponível em: Acesso em: 15 dez. 2019.

KITZINGER J. The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants. *Sociol Health Illn.* 1994;16(1):103-20.

LIMA, AA; JESUS, DS; SILVA, TL. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280320, 2018. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>

SANTANA, ELEN FATIMA MARINHO; MADEIRA, LÉLIA MARIA. A mãe acompanhante na UTIN: desafios para equipe assistencial. *Rev. Enferm. Cent. O. Min.* V.3, n. 1, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.279>

MEHRY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO M.E.; SANTOS, C.M.; RODRÍGUEZ, R.A. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-50.

MERHY EE, Franco LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. Bahia: Editora UFS; 2009. p. 29-56.

MERHY EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas, contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. Interface (Botucatu) 2009; 4(6):109-116.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 27. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

OLDENBURG, Luiza et al. Frequência de distribuição de leite materno e fatores associados em pacientes de hospital público. **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], ago. 2018. ISSN 2236-5834. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/25303>>. Acesso em: 20 nov. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2236583425303>.

POERSCHKE, Silvia Maria Bohmer et al. Atuação da Enfermagem Frente aos Sentimentos dos Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 771-779, jan. 2020. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6829>>. Acesso em: 05 jan. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v11.6829>.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

PUGGINA, Ana Claudia et al. Diagnóstico de Enfermagem Comunicação verbal prejudicada na prática clínica: uma revisão integrativa. Revista Família, Ciclos de vida e Saúde no Contexto Social. v.4, n. 2, mai-ago. 2016. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1644>. Acesso em 01 set. 2019. doi: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1644>

PUGGINA, Ana Claudia et al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-283, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452014000200277&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2019.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140040>.

PUGGINA, Ana Claudia; SILVA, Maria Julia Paes. Comunicação com familiares e pacientes com desordens de consciência: diretrizes para enfermagem. **Revista Saúde**. V.7, n. 1-2, 2013. Disponível em:
<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/1381/1298>. Acesso em 01 set. 2019.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, dez. 2008. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 set. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>.

Santos WJ et al. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3441-3450, 2016. Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03441.pdf>. > Acesso em 05 de jan. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232014198.14172013

SANTOS, R.C.S. et al. O GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE COLETAS DE DADOS NA PESQUISA EM EDUCAÇÃO: ASPÉCTOS ÉTICOS E EPISTEMOLÓGICOS. V.9, N. 1. 2016. Disponível em
 <<https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/view/2395>>. Acesso em 05 jan. 2020.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. ANÁLISE DE CONTEÚDO: EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA TÉCNICA PARA ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS. **Qualitas Revista Eletrônica**, [S.l.], v. 16, n. 1, mai 2015. ISSN 1677-4280. Disponível em:
 <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>>. Acesso em: 01 set. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.V16i1.2113>.

SILVA, Maria Julia Paes. Comunicação de más notícias. **O Mundo da Saúde**, v.36, n. 1, p. 49-53, jan. 2012. Disponível em:
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/comunicacao_mas_noticias.pdf. Acesso em 01 set. 2019.

SILVA, Maria Julia Paes. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 9. ed. São Paulo: Editora Loyola; 2015.

SILVA, Thais Regina Gomes; MANZO, Bruna Figueiredo; FIORETI, Fernanda Cristina Custodia de Faria; SILVA, Paloma Morais. Cuidado centrado na família na perspectiva de enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Rene**, v 17, n. 5. [Internet] 2016. Disponível em [http:// dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500009](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500009). Acesso em 01 de out. 2019.

SOARES, Larissa Gramazio et al. UTI Pediátrica: o significado do cuidar na perspectiva da mãe. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8,

n. 4, p. 4965-4971, out. 2016. ISSN 2175-5361. Disponível em <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3953>. Acesso em 10 set. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4965-4971>

SOUSA, Fernanda Coura Pena de et al. A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES NEONATAIS NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1180016, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300314&. Acesso em 01 set. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. HOSPITAL DE CLÍNICAS UFTM. Nossa história. 2019. Disponível em: < <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufm/historia>>. Acesso em 10 set. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS FAMILIARES POR RN / LACTENTES COM ATÉ SEIS MESES DE VIDA INTERNADOS NA UTINP E UCIN



Participante n.º: _____ Data do encontro: _____

Parte A- Dados de Identificação

1. Data de nascimento do familiar: _____ Idade: _____ anos
2. Sexo do familiar: 1 () Feminino 2 () Masculino
3. Situação conjugal: 1 () solteiro 2 () casado
 3 () união estável 4 () amasiado
 5 () divorciado 6() separado 7() viúvo
4. Grau de parentesco com o RN/lactente com até seis meses de vida internado:
 1 () mãe 2 () pai
 3 () avó 4 () avô
 5 () outro: _____
5. Idade (em meses) do RN/lactente internado: _____ meses
6. Data de nascimento do RN/lactente: ____/____/____
7. Há quanto tempo o RN/lactente está internado? _____
8. Grau de escolaridade do familiar:
 1 () sem escolaridade 2 () ensino fundamental
 3 () ensino médio 4 () ensino técnico
 5 () ensino superior completo
 6 () ensino superior incompleto
9. Formação complementar:
 1 () especialização 2 () mestrado
 3 () doutorado 4 () pós-doutorado
10. Profissão/função: _____
11. Está trabalhando atualmente? () sim () não

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

Questões norteadoras para os grupos focais:

1) Contem-me como é a comunicação entre vocês e os profissionais da UTINP e/ou da UCIN?

- Como vocês percebem isso?
- Como as informações chegam até vocês?
- Há conversas diárias?
- Esclarecimentos?
- Isso é importante? Isso ajuda?

2) O que vocês acham que facilita a comunicação com os profissionais da UTINP e/ou da UCIN?

- O que ajuda nessa comunicação?
- O que é fácil nessa comunicação?
- O que vocês acham positivo?

3) Para vocês, o que dificulta a comunicação com os profissionais da UTINP e/ou da UCIN?

- O que dificulta nessa comunicação?
- O que é difícil nessa comunicação?
- O que vocês acham negativo?

4) Vocês têm sugestões para melhorar a comunicação com os profissionais da UTINP e/ou da UCIN?

Vocês gostariam de acrescentar mais alguma informação?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Validadores

TCLE (VALIDADORES) TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“UNIDADE DE MÉDIA E ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA: A COMUNICAÇÃO COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO”**, coordenado por mim Prof^a Dra Bethania Ferreira Goulart. O objetivo dessa pesquisa é “analisar a percepção dos familiares de recém-nascidos (RN) e/ou lactentes com até seis meses de vida internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTINP) e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), sobre a comunicação com os profissionais de saúde”. Gostaria de contar com sua participação, uma vez que além da relevância da pesquisa no que diz respeito ao conhecimento da percepção relacionada à comunicação com os profissionais de saúde, na ótica dos familiares/responsáveis por RN e/ou lactentes com até seis meses de vida internados na UTINP e UCIN, torna-se uma potencial estratégia para superação de dificuldades e para promoção de assistência com maior qualidade e, sobretudo mais humanizada e justa.

Considerando estes aspectos, o presente estudo poderá contribuir para o aprofundamento das discussões sobre comunicação entre profissionais de saúde e familiares/responsáveis de RN e/ou lactentes com até seis meses de vida internados na UTINP e UCIN, possibilitando a elaboração de estratégias, visando melhorias, com o objetivo de beneficiar a todos os envolvidos na assistência e cuidados a esses pacientes.

Os dados serão coletados primeiramente com um questionário sociodemográfico, para conhecimento do perfil de cada participante e, logo após, durante a realização do grupo, seguindo-se um roteiro norteador, toda a discussão será gravada, em áudio por gravadores digitais posicionados na sala onde será realizado o encontro, lembrando que, serão usados nomes fictícios para cada participante, preservando sua identidade.

Caso você aceite participar desta pesquisa, será necessário validar voluntariamente o instrumento de coleta de dados da pesquisa, para isso será disponibilizado via correio eletrônico o roteiro do grupo focal para sua apreciação, serão garantidos, privacidade e sigilo. Neste estudo não será feito nenhum procedimento que lhe traga desconforto ou risco a sua vida. Não há risco físico, o risco possível refere-se à perda da confidencialidade, para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: As entrevistas serão identificadas por número, garantindo-se o sigilo e anonimato dos sujeitos deste estudo.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se contribuir para conduzir reflexões sobre a dinâmica do trabalho em saúde, com ênfase nas tecnologias leves e valorização da comunicação entre equipe de profissionais e familiares.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo quanto a sua participação no estudo, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você (material biológico, questionários, imagens, gravações em vídeo) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa todas as informações coletadas estarão sob cuidados do pesquisador responsável, ficando armazenadas por um período de cinco anos, sendo descartadas após esse prazo do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Nome: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart

E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br

Telefone: (34) 3700-6461 / 99631-0106

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015-045– Uberaba MG

Nome: Débora de Oliveira Ferreira

E-mail: deboradeoliveiraferreira@hotmail.com

Telefone: (34)3700-6461 / (34)991165789

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015-045– Uberaba MG

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

<ASSINATURA, NOME, TELEFONE E CELULAR>

PESQUISADOR ASSISTENTE

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participantes

TCLE TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“UNIDADE DE MÉDIA E ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA: A COMUNICAÇÃO COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO”**, coordenado por mim Prof^a Dra Bethania Ferreira Goulart. O objetivo dessa pesquisa é “analisar a percepção dos familiares de recém-nascidos (RN) e/ou lactentes com até seis meses de vida internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTINP) e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), sobre a comunicação com os profissionais de saúde”. Gostaria de contar com sua participação, uma vez além da relevância da pesquisa no que diz respeito ao conhecimento da percepção relacionada à comunicação com os profissionais de saúde, na ótica dos familiares/responsáveis por RN e/ou lactentes com até seis meses de vida internados na UTINP e UCIN, torna-se uma potencial estratégia para superação de dificuldades e para promoção de assistência com maior qualidade e, sobretudo mais humanizada e justa.

Considerando estes aspectos, o presente estudo poderá contribuir para o aprofundamento das discussões sobre comunicação entre profissionais de saúde e familiares/responsáveis de RN e/ou lactentes com até seis meses de vida internados na UTINP e UCIN, possibilitando a elaboração de estratégias, visando melhorias, com o objetivo de beneficiar a todos os envolvidos na assistência e cuidados a esses pacientes.

Caso aceite participar dessa pesquisa será necessário < será necessário participar de um grupo focal, composto por familiares de RN e/ou lactentes com até seis meses de vida internados na UTINP. Após a leitura deste termo, em conjunto com os participantes, os mesmos irão responder a um questionário sócio demográfico e logo em seguida, participarão de dois encontros do grupo focal. O grupo será realizado em sala pré-agendada, silenciosa e sem interrupções, com tempo estimado de 1h e 30 minutos, conforme calendário de coleta de dados.

Os dados serão coletados primeiramente com um questionário sociodemográfico, para conhecimento do perfil de cada participante e, logo após, durante a realização do grupo, seguindo-se um roteiro norteador, toda a discussão será gravada, em áudio por gravadores digitais posicionados na sala onde será realizado o encontro, lembrando que, serão usados nomes fictícios para cada participante, preservando sua identidade.

Os riscos previstos de sua participação nessa pesquisa serão minimizados permitindo que o mesmo fique livre para responder às questões na ordem que julgar mais conveniente e no momento oportuno. Em caso de manutenção do desconforto, poderá interromper a sua participação em qualquer momento sem acarretar ônus ou prejuízo para minha vida pessoal/profissional. Para assegurar privacidade, o nome do entrevistado não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois será identificado com um número.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se contribuir para conduzir reflexões sobre a dinâmica do trabalho em saúde, com ênfase nas tecnologias leves e valorização da comunicação entre equipe de profissionais e familiares.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo quanto a sua participação no estudo, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você (material biológico, questionários, imagens, gravações em vídeo) serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa todas as informações coletadas estarão sob cuidados do pesquisador responsável, ficando armazenadas por um período de cinco anos, sendo descartadas após esse prazo do fim da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Nome: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart

E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br

Telefone: (34) 3700-6461 / 99631-0106

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015-045– Uberaba – MG

Nome: Débora de Oliveira Ferreira

E-mail: deboradeoliveiraferreira@hotmail.com

Telefone: (34)3700-6461 / (34)991165789

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015-045– Uberaba – MG

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE - PÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa **“UNIDADE DE MÉDIA E ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA: A COMUNICAÇÃO COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO”**, coordenado pela Prof^a Dra Bethania Ferreira Goulart. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará a assistência que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa **“UNIDADE DE MÉDIA E ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA: A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO”**, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ____/____/____

_____ / _____

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

<ASSINATURA, NOME, TELEFONE E CELULAR>
PESQUISADOR RESPONSÁVEL

<ASSINATURA, NOME, TELEFONE E CELULAR>
PESQUISADOR ASSISTENTE

APÊNDICE E – Termo de Ciência e Autorização – Setor/Unidade do HC UFTM

TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO-SETOR/UNIDADE DO HC-UFTM

Os responsáveis legais pelos Setores/Unidades do HC-UFTM abaixo assinados, estão cientes e autorizam a realização do projeto de pesquisa intitulado "UNIDADE DE MÉDIA E ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA: A COMUNICAÇÃO COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO", coordenado pela Profª Dra Bethania Ferreira Goulart no(s) referido(s) Setor(es)/Unidades do HC-UFTM. Esta pesquisa tem como objetivo geral "Analisar a percepção dos familiares de recém-nascidos e lactentes internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica, sobre a comunicação com os profissionais de saúde", cujo trabalho de campo no HC-UFTM será realizado durante 2 meses, após a aprovação pela GEP/HC-UFTM e por um CEP, no(s) período(s) (MANHÃ e TARDE).

Setor/Unidade	Responsável (Nome/email)	Período (Manhã, Tarde e/ou Noite)
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica	Dra Andreia Duarte de Resende	Manhã e tarde

O Pesquisador Responsável pela pesquisa assina, junto com os demais, este documento.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Setor ou Unidade / Telefone de contato

Nome: Débora de Oliveira Ferreira
Discente – Mestrado – Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde
E-mail: deboradeoliveiraferreira@hotmail.com
Telefone: (34)991165789

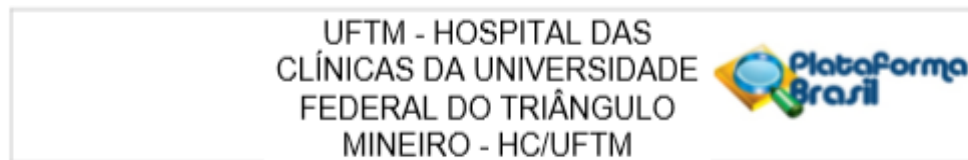
Nome: Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart
E-mail: bethaniagoulart@yahoo.com.br
Telefone: (34) 3700-6824 / 3700-6825 / 99631-0106

Bethania Goulart

Assinatura e Carimbo do Pesquisador Responsável pela Pesquisa / Telefone de contato

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: UNIDADE DE MÉDIA E ALTA DENSIDADE TECNOLÓGICA: A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA O CUIDADO

Pesquisador: Bethania Ferreira Goulart

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 06465218.3.0000.8867

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.503.277

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa, reflete a comunicação entre familiares de recém-nascidos e/ou lactentes até 6 meses de vida internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica e em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, com os profissionais de saúde. O estudo será de caráter descritivo, com abordagem qualitativa, sendo utilizado como procedimento de coleta de dados, a caracterização dos participantes, por meio de roteiro semiestruturado e para investigação da percepção sobre a comunicação, será utilizada a técnica de Grupo Focal, permitindo aos participantes, um ambiente com menos formalidades e com mais conforto para exporem suas opiniões.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTINP), caracteriza-se como uma unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que, com suporte e tratamento intensivos, tenham possibilidade de se recuperar. Este ambiente está associado aos mais elevados recursos humanos e tecnológicos, porém pode ser percebido pelos familiares, muitas vezes, como espaço agressivo e frio, bem como angustiante (PUGGINA, 2014). Com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, as instituições de saúde, inclusive setores de terapia intensiva neonatal e pediátrica e de cuidados intermediários, devem

**UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM**



Continuação do Parecer: 3.503.277

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Obs:

- O acompanhamento dos projetos na Plataforma Brasil é de inteira responsabilidade dos pesquisadores, não podendo ser alegado desconhecimento de pendências como justificativa para não cumprimento de prazos.
- A secretaria do CEP-HC/UFTM está à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre trâmites e funcionalidades da Plataforma Brasil, durante os dias de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 16:00 hrs. Telefone: 34 3318-5319. e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1394958_E1.pdf	10/07/2019 16:59:11		Aceito
Outros	Adendo_Julho_2019.pdf	10/07/2019 16:58:26	DEBORA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ADENDO_CEP_09072019.docx	09/07/2019 11:22:55	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_E_TCLE_Participantes_ADENDO_09072019.doc	09/07/2019 11:22:44	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE_VALIDADORES_ADENDO_09072019.doc	09/07/2019 11:22:36	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
Outros	APENDICE_B_ADENDO_09072019.docx	09/07/2019 11:22:20	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
Outros	APENDICE_A_09072019.docx	09/07/2019 11:18:10	Bethania Ferreira Goulart	Aceito

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

UF: MG

Telefone: /343318-5319

Município: UBERABA

CEP: 38.025-470

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br

UFTM - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO - HC/UFTM



Continuação do Parecer: 3.503.277

Outros	Check_list_II.pdf	18/03/2019 16:30:55	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
Outros	Check_list_I.pdf	18/03/2019 16:30:39	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
Outros	TERMO_CIENCIA_AUTORIZACAO_SE TOR.pdf	28/01/2019 10:47:16	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
Outros	Termo_Compromisso.pdf	07/01/2019 08:44:21	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
Outros	Resposta_ao_CEP.doc	27/12/2018 16:39:33	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
Outros	APENDICE_D.pdf	19/12/2018 11:26:17	Bethania Ferreira Goulart	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	19/12/2018 11:16:10	Bethania Ferreira Goulart	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 12 de Agosto de 2019

Assinado por:
GILBERTO DE ARAUJO PEREIRA
(Coordenador(a))