

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO” - UNESP
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**ENTRE AS DIMENSÕES DE SEGURANÇA E DE
RISCO NA INTERAÇÃO MÉDICO – ENFERMAGEM
– PAIS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

FERNANDA SOTRATE DA SILVA

**Botucatu
2010**

FERNANDA SOTRATE DA SILVA

**ENTRE AS DIMENSÕES DE SEGURANÇA E DE
RISCO NA INTERAÇÃO MÉDICO – ENFERMAGEM -
PAIS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

**Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem - Faculdade de Medicina
de Botucatu – UNESP, como requisito
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.**

**Profa Dra Silvia Cristina Mangini
Bocchi**
(Orientadora)

**Botucatu
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Silva, Fernanda Sotrate da.

Entre as dimensões de segurança e de risco na interação médico –
enfermagem – pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal /
Fernanda Sotrate da Silva. – Botucatu, 2010

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu,
Universidade Estadual Paulista, 2010.

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Assunto CAPES: 40400000

1. Unidade de Tratamento Intensivo. 2. Enfermagem neonatal. 3.
Enfermagem de tratamento intensivo. 4. Pais. 5. Família.

Palavras-chave: Comunicação; Equipe de enfermagem; Médicos; Pais;
Relação profissional – Família; Unidade de terapia Intensiva Neonatal.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Marco Antonio (in memoriam) e Regina Célia, por me darem oportunidade e incentivo aos estudos, por todo amor e compreensão... por compartilhar comigo todos os momentos da minha vida. Obrigada por fazerem parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À DEUS por permitir que este sonho se tornasse realidade.

À minha orientadora, Profa Sílvia Cristina Mangini Bocchi, pela competência, respeito, compreensão, paciência, confiança ao conduzir este processo. Obrigada por todo aprendizado e dedicação.

À Profa Cristina M. G. L. Parada pela atenção, compreensão, apoio, carinho e contribuição em todos os momentos.

À Profa Wilza Carla Spíri pela contribuição e sugestões no Exame de Qualificação.

Aos meus irmãos, Renata e Maurício, pelo carinho e apoio nesta caminhada, e ao meu sobrinho Enzo por alegrar nossas vidas.

Às pessoas que compartilharam todos os momentos deste processo, me ajudando direta e indiretamente, pelo companheirismo e amizade, em especial, Fernando e Fernanda, e também agradeço aos amigos de trabalho.

Aos meus familiares que sempre me deram força valorizando meu potencial.

À Equipe Médica e de Enfermagem da Seção Técnica de UTI Neonatal e Berçário pelo acolhimento, apoio, aprendizado e companheirismo. Aos pais e familiares que tornaram possível esta investigação.

Aos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem, em especial, Aline e Eloisa, que contribuíram para realização deste sonho.

A todas as pessoas que, direta e indiretamente, contribuíram para a execução desta dissertação.

Epígrafe

*“Apenas quando somos instruídos pela realidade é que
podemos mudá-la.”*

Bertolt Brecht

Silva F S da. Entre as dimensões de segurança e de risco na interação médico – enfermagem - pais na UTI Neonatal [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2010.

Resumo

O estudo teve como objetivos: compreender a experiência interacional equipe médica - equipe de enfermagem – pais, perante a informação do estado clínico do RN de alto risco, bem como elaborar um modelo teórico representativo das interfaces das vivências. Trata-se de uma pesquisa qualitativa orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados, denominada internacionalmente por *Grounded Theory* como referencial metodológico e como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. A saturação teórica se configurou com a análise de 29 entrevistas, assim distribuídas nos grupos amostrais: nove membros da equipe médica (cinco médicos contratados, quatro médicos residentes), 10 membros da equipe de enfermagem (cinco enfermeiros, cinco técnicos e auxiliares de enfermagem) e 10 pais. Os dados foram coletados por meio de entrevista não-diretiva, gravadas e transcritas na íntegra. Da análise dessas experiências, emergiram três categorias centrais, respectivamente, a saber: almejando aliviar a sobrecarga física e emocional gerada pelo papel de informante dos pais na UTIN; vendo-se entre o fogo cruzado médicos – pais: enfermagem assumindo o papel de pacificador como informante na UTIN; entre a solidariedade e a hostilidade com as equipes: a necessidade de segurança com a assistência do RN como componente interveniente. Da interface desses três modelos teóricos desvelou o quarto, intitulado: entre as dimensões de segurança e de risco na interação médico – enfermagem - pais na UTIN: a compreensão do contexto clínico - assistencial pelos pais como componente interveniente. Segundo o referencial teórico, a definição da situação feita pelo ator é central para como a ação humana ocorrerá. Para tanto, a síntese dos modelos teóricos mostra que os atores reconhecem duas dimensões interacionais na experiência médico – enfermagem – pais, mediante a informação do estado clínico do RN na UTIN: a de segurança e a de risco. Sinaliza componentes que configuram os processos empreendidos, sendo: o interveniente (compreensão do contexto clínico-assistencial pelos pais) e os dependentes (preparo do médico, acerca do relacionamento interpessoal terapêutico oferecido por órgãos formadores e da disponibilidade de apoio psicológico proporcionado pela instituição às equipes; carga de trabalho impostas às equipes;

competência técnica – científica dos membros da equipe de enfermagem em compartilhar o papel de informante). Para tanto, acreditamos que uma das maiores contribuições deste trabalho possa ser o modelo teórico, resultado da interface das experiências médico – enfermagem – pais, demonstrando a necessidade de se investir na formação do médico, no âmbito da comunicação e, principalmente, do relacionamento interpessoal terapêutico, bem como da Instituição melhorar as condições de trabalho, revendo a carga de trabalho imposta, principalmente, ao médico residente e à enfermagem, assim como oferecendo apoio psicológico não só aos profissionais, mas também aos pais. Talvez assim, poder-se-ia reduzir o sofrimento dos pais e a suscetibilidade das equipes à violência ética, moral e física, ao arremetê-los de um contexto que gera sobrecarga para um mais seguro, com condições de trabalho mais promissoras para a vivência da reciprocidade médico – enfermagem - pais. Por outro lado, a equipe de enfermagem precisa rever o papel pacificador de informante que vem assumindo nesse processo, denotando efeito reverso à intencionalidade inicial de arremeter a experiência à dimensão interacional de segurança.

Descritores: Relação Profissional - Família; Pais; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Equipe de Enfermagem; Médicos; Comunicação.

Silva F S da. Between the safety and risk dimensions in the physician-nurse-parent interaction in the neonatal ICU [master's thesis]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Univ Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2010.

Abstract

This study aimed at understanding the interactional experiences occurring between the medical team, nursing team and parents in face of information concerning the clinical conditions of high-risk newborns (RN) as well as at designing a representative theoretical model of the interfaces of such experiences. It is a qualitative study oriented by the Grounded Theory as a methodological framework and by Symbolic Interactionism as its theoretical framework. Theoretical saturation was configured with the analysis of 29 interviews distributed in the sample groups, as follows: nine members of the medical team (five contracted physicians and four resident physicians), 10 members of the nursing team (five nurses and five nursing technicians and nursing auxiliaries) and 10 parents. The data were collected by means of non-directive interviews which were audio-taped and fully transcribed. From the analysis of such experiences, three core categories emerged, namely: aiming at relieving the physical and emotional overload generated by the parent informer role at the neonatal ICU; finding oneself between the physician-parent crossfire: the nursing staff taking the pacifying role as informers at the neonatal ICU; between solidarity and hostility towards the professional teams: the need for safety with RN care as an intervenient component. From the interface of these three theoretical models, the fourth model was unveiled, which was entitled: between the safety and risk dimensions in the physician-nurse-parent interaction in the neonatal ICU - the parents' comprehension of the clinical-care scenario as an intervenient component. According to the theoretical framework, the definition of a situation given by players is key to how human action will occur. With this regard, the synthesis of the theoretical models shows that the players recognize two interactional dimensions in the physician-nurse-parent experience in face of information concerning RNs' clinical conditions in the neonatal ICU: the safety and the risk dimensions. It indicates the components that configure the processes undertaken, namely: the intervenient component (parents' comprehension of the clinical-care scenario) and the independent components (physicians' preparation concerning the therapeutic interpersonal relationship provided by educational organizations and the availability of

psychological support provided by the institution to the professional teams; work overload imposed to the teams; the nursing team members' technical and scientific competence to share the informer's role). Hence, we believe that one of the major contributions from this study may be the theoretical model resulting from the experiences between physicians, nurses and parents, which shows the need to invest on physicians' education as concerns communication and, in particular, therapeutic interpersonal relationships, as well as the need for institutions to improve work conditions by reviewing the workloads imposed especially to resident physicians and nursing-staff members and by providing psychological support not only to professionals, but also to parents. In this way, the parents' suffering and the teams' susceptibility to ethical, moral and physical violence may be reduced by moving them from a scenario that generates work overload to a safer situation with more promising work conditions for experiencing the physician-nurse-parent reciprocity experience. On the other hand, the nursing team needs to review the pacifying informer role that its members have taken in this process, which shows a reverse effect to the initial intention of placing the experience into the safety interactional dimension.

Descriptors: Professional Relationship - Family; Parents; Neonatal Intensive Care Units; Nursing Team; Physicians; Communication.

Silva F S da. Entre las dimensiones de seguridad y de riesgo en la interacción médico – enfermería - padres en la UTI Neonatal [disertación]. Botucatu: Facultad de Medicina de Botucatu, Universidad del Estado de São Paulo “Júlio de Mesquita Filho”; 2010.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivos: comprender la experiencia interactiva equipo médico - equipo de enfermería – padres, ante la información del estado clínico del RN de alto riesgo, así como elaborar un modelo teórico representativo de las interfaces de las vivencias. Se trata de una investigación cualitativa orientada por la Teoría Fundamentada en los Datos, denominada internacionalmente por *Grounded Theory* como referencial metodológico y como referencial teórico el Interaccionismo Simbólico. La saturación teórica se configuró con el análisis de 29 entrevistas, así distribuidas en los grupos de muestra: nueve miembros del equipo médico (cinco médicos contratados, cuatro médicos residentes), 10 miembros del equipo de enfermería (cinco enfermeros, cinco técnicos y auxiliares de enfermería) y 10 padres. Los datos fueron compilados por medio de entrevistas no directivas, grabadas y transcritas en la íntegra. Del análisis de esas experiencias emergieron tres categorías centrales, respectivamente, a saber: pretendiendo aliviar la sobrecarga física y emocional generada por el papel de informante de los padres en la UTIN; viéndose entre el fuego cruzado médicos – padres: enfermería asumiendo el papel de pacificador como informante en la UTIN; entre la solidaridad y la hostilidad con los equipos: la necesidad de seguridad con la asistencia del RN como componente interviniente. De la interfaz de esos tres modelos teóricos surgió el cuarto, titulado: entre las dimensiones de seguridad y de riesgo en la interacción médico – enfermería - padres en la UTIN: la comprensión del contexto clínico-asistencial por los padres como componente interviniente. Según el referencial teórico, la definición de la situación hecha por el actor es central para como la acción humana ocurrirá. Para tanto, la síntesis de los modelos teóricos muestra que los actores reconocen dos dimensiones interactivas en la experiencia médico – enfermería – padres, mediante la información del estado clínico del RN en la UTIN: la de seguridad y la de riesgo. Señala componentes que configuran los procesos emprendidos, que son: el interviniente (comprensión del contexto clínico-asistencial por los padres) y los dependientes (preparación del médico acerca de la relación interpersonal terapéutica ofrecida por órganos formadores y de la disponibilidad de apoyo psicológico

proporcionado por la institución a los equipos; carga de trabajo impuesta a los equipos; competencia técnica – científica de los miembros del equipo de enfermería en compartir el papel de informante). Para tanto, creemos que una de las mayores contribuciones de este trabajo puede ser el modelo teórico, resultado de la interfaz de las experiencias médico – enfermería – padres, demostrando la necesidad de invertir en la formación del médico, en el ámbito de la comunicación y, principalmente, de la relación interpersonal terapéutica, así como de la Institución mejorar las condiciones de trabajo, reviendo la carga de trabajo impuesta, sobre todo, al médico residente y a la enfermería, así como ofreciendo apoyo psicológico no solo a los profesionales, sino también a los padres. Tal vez así se pueda reducir el sufrimiento de los padres y la susceptibilidad de los equipos a la violencia ética, moral y física, al transferirlos de un contexto que genera sobrecarga a uno más seguro, con condiciones de trabajo más promisorias para la vivencia de la reciprocidad médico – enfermería - padres. Por otro lado, el equipo de enfermería necesita rever el papel pacificador de informante que viene asumiendo en ese proceso, denotando efecto reverso a la intención inicial de transferir la experiencia a la dimensión interactiva de seguridad.

Descriptores: Relación Profesional - Familia; Padres; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Equipo de Enfermería; Médicos; Comunicación.

Lista de Diagramas

Diagrama 1. Fenômeno M1. Reconhecendo a sobrecarga de trabalho como um dos componentes que rompem a interação médica – enfermagem - pais: categorias	23
Diagrama 2. Fenômeno M2. Propondo estratégias para enfrentar a sobrecarga física e emocional: temas.....	25
Diagrama 3. Tema M2.1. Médicos elegendo o enfermeiro como o membro da equipe de enfermagem mais bem preparado para compartilhar o papel de informante dos pais: categorias.....	26
Diagrama 4. Categoria M2.1.1. Técnicos e auxiliares de enfermagem não constituindo competências emocional e técnico-científica para dar informações aos pais: subcategorias.....	27
Diagrama 5. Categoria M2.1.2. Julgando os enfermeiros preparados emocionalmente e técnico-cientificamente para dar informações aos pais: subcategorias	28
Diagrama 6. Tema M2.3. Propondo a implementação de um instrumento de comunicação escrita e melhorias na estrutura física para atendimento dos pais: categorias.....	31
Diagrama 7. Categoria Central: Almejando aliviar a sobrecarga física e emocional gerada pelo papel de informante dos pais na UTIN.....	33
Diagrama 8. Fenômeno E1. Vínculo médicos-pais facilitando a compreensão dos pais do contexto clínico-assistencial do RN: categorias.....	34
Diagrama 9. Fenômeno E2. Pais não compreendendo o contexto clínico-assistencial quando não se estabelece a interação médico – enfermagem - pais: temas	36
Diagrama 10. Tema E2.1. Médico impondo barreiras na comunicação com os pais, mediante o despreparo de enfrentar o sofrimento dos pais: categorias.....	37
Diagrama 11. Categoria E2.1.2. Médico dificultando o acesso dos pais a informações do estado clínico do RN para se preservar de sofrimento psíquico: categorias	38
Diagrama 12. Tema E2.2. Médico dificultando os pais de obterem informações com a Enfermagem, quando não estabelece uma comunicação eficiente com a mesma, acerca do estado clínico do RN: categorias.....	41
Diagrama 13. Categoria E2.1. Pais recorrendo à Enfermagem por informações do bebê: subcategorias.....	42
Diagrama 14. Categoria E2.2.2. Pais tendo dificuldade de acessar informações clínicas do RN ao recorrer à enfermagem, porque os médicos não compartilham o papel com a mesma: subcategorias.....	44
Diagrama 15. Tema E2.3. Necessitando implementar instrumento de comunicação escrita, reuniões com os pais e melhorias na estrutura física para atendimento dos mesmos: categorias.....	46
Diagrama 16. Categoria Central E: Vendo-se entre o fogo cruzado médicos-pais: enfermagem assumindo o papel pacificador como informante na UTIN....	48
Diagrama 17. Fenômeno P1: Amparando-se na espiritualidade e no conforto oferecido pela equipes para enfrentar a experiência de ter um bebê na UTIN: categorias.....	49
Diagrama 18. Fenômeno P2: Satisfazendo suas necessidades de segurança em face da compreensão da assistência oferecida pelas equipes: categorias.....	51

Diagrama 19. Categoria P2.1. Sentindo-se satisfeitos com as informações: subcategorias.....	52
Diagrama 20. Fenômeno P3: Sentindo-se inseguros com a não compreensão das informações oferecidas pelas equipes acerca do estado clínico do RN: categorias.....	54
Diagrama 21. Categoria P3.1. Pais sentindo-se inseguros com a falta de informações médicas: subcategorias.....	54
Diagrama 22. Categoria P3.2. Equipe de enfermagem não conseguindo esclarecer informações aos pais: subcategorias.....	57
Diagrama 23. Fenômeno P4. Tornando-se susceptível a manifestações comportamentais agressivas: categorias.....	58
Diagrama 24. Categoria Central: Entre a solidariedade e a hostilidade com as equipes: a necessidade de segurança com a assistência do RN como componente interveniente.....	61
Diagrama 25. Categoria Central MEP: Entre as dimensões de segurança e de risco na interação médico – enfermagem – pais na UTIN: a compreensão do contexto clínico assistencial pelos pais como componentes intervenientes.....	64

Lista de Quadros

Quadro 1. Categoria M1.1. Médico reconhecendo equipes de enfermagem e médica sobrecarregada: códigos.....	91
Quadro 2. Categoria M1.2. Médico não presenciando a interação enfermagem - pais.....	92
Quadro 3. Categoria M1.3. Dificultando a interação entre equipes e pais: códigos.....	92
Quadro 4. Categoria M1.4. Enfermagem não compartilhando com o médico a atribuição de informante do estado clínico do RN: códigos.....	93
Quadro 5. Categoria M2.1.1. Técnicos e auxiliares de enfermagem não constituindo competências emocional e técnico-científica para dar informações aos pais: códigos.....	94
Quadro 6. Subcategoria M2.1.1.1. Tendo que ter conhecimento técnico – científico para oferecer informações: códigos.....	94
Quadro 7. Subcategoria M2.1.1.2. Técnicos e auxiliares envolvendo-se emocionalmente com os pais: códigos.....	95
Quadro 8. Subcategoria M2.1.2.1. Percebendo o despreparo dos pais para receber informações do RN: códigos.....	95
Quadro 9. Subcategoria M2.1.2.2. Equipe médica não se considerando preparada para dar informações aos pais.....	96
Quadro 10. Subcategoria M2.1.2.3. Equipe de enfermagem tendo facilidade para desenvolver vínculo com os pais: códigos.....	96
Quadro 11. Subcategoria M2.1.2.4. Considerando o enfermeiro preparado para oferecer informações: códigos.....	97
Quadro 12. Tema 2.2 Sugerindo um serviço de apoio psicológico aos profissionais: códigos.....	98
Quadro 13. Categoria M2.2.1. Sugerindo a implementação de um instrumento de comunicação escrita.....	98
Quadro 14. Categoria M2.2.2. Sinalizando a necessidade de melhorias na estrutura física para acolher os pais durante a informação.....	98
Quadro 15. Categoria E.1.1. Melhorando a qualidade das informações com o estabelecimento do vínculo médicos-pais: códigos.....	98
Quadro 16. Categoria E.1.2. Médico oferecendo informações por telefone aos pais: códigos.....	99
Quadro 17. Categoria E2.1.2. Formação médica não capacitando e depreciando o processo de comunicação médicos-pais: códigos.....	99
Quadro 18. Categoria E2.1.2. Médico dificultando o acesso dos pais às informações do estado clínico do RN, para se preservar de sofrimento psíquico: códigos.....	100
Quadro 19. Subcategoria E2.1.2.1. Médico não se mostrando disponível para atender aos pais: códigos.....	100
Quadro 20. Subcategoria E2.1.2.2. Médicos acobertando informações dos pais, mediante as dificuldades de interação com as reações emocionais dos mesmos, em face de prognósticos ruins: códigos.....	102
Quadro 21. Subcategoria E2.1.2.3. Médico não se disponibilizando a oferecer informações, acerca do RN, mediante impedimentos de horário e de transporte dos pais à Instituição: códigos.....	103
Quadro 22. Subcategoria E2.2.1.1. Enfermagem considerando o processo comunicativo médicos-pais não efetivo: códigos.....	104

Quadro 23. Subcategoria E.2.2.1.2. Pais recorrendo à enfermagem perante recusa da equipe médica em dar informação por telefone: códigos.....	104
Quadro 24. Subcategoria E.2.2.1.2.3. Pais buscando esclarecimento junto à Enfermagem, mediante informações médicas não claras: códigos.....	104
Quadro 25. Subcategoria E.2.2.1.4. Pais levando um choque com o estado do bebê no horário da visita: códigos.....	105
Quadro 26. Subcategoria E.2.2.1.5. Enfermagem achando que deveria ter médico disponível para dar informação: códigos.....	105
Quadro 27. Subcategoria E.2.2.1. Médico resistindo em compartilhar o papel de informante com a enfermagem ao indispor de comunicação eficiente com a mesma: códigos.....	105
Quadro 28. Subcategoria E.2.2.2. Enfermagem assumindo um papel de informante superficial dos pais, em face do sofrimento dos mesmos por falta de informações do estado clínico do RN: códigos.....	106
Quadro 29. Categoria E.2.3.1. Enfermagem percebendo que boletim informativo e grupo de pais melhorariam informações: códigos.....	106
Quadro 30. Categoria E.2.3.2. Enfermagem achando que lugar privativo para dar informações ajudaria a melhorar: códigos.....	106
Quadro 31. Categoria P1.1. Chocando-se com a situação e com as informações médicas realistas: códigos.....	106
Quadro 32. Categoria P1.2. Sentindo-se aflitos com o choque: códigos.....	107
Quadro 33. Categoria P1.3. Desanimando-se diante da informação médica: códigos.....	107
Quadro 34. Categoria P1.4. Recebendo conforto e apoio da equipes: códigos.....	107
Quadro 35. Categoria P1.5. Apoiando-se na espiritualidade para enfrentar a situação: códigos.....	108
Quadro 36. Categoria P2.1. Sentindo-se satisfeitos com as informações: códigos.....	108
Quadro 37. Subcategoria P2.1.1. Pais recebendo informações de médicos plantonistas: códigos.....	109
Quadro 38. Subcategoria P2.1.2. Pais obtendo informações do médico pelo telefone: códigos.....	109
Quadro 39. Subcategoria P2.1.3. Não tendo reclamações da equipe de enfermagem: códigos.....	109
Quadro 40. Categoria P2.2. Pais sentindo-se seguros com o tratamento do RN: códigos.....	109
Quadro 41. Subcategoria P3.1.1. Médicos deixando de oferecer informações espontaneamente: códigos.....	110
Quadro 42. Subcategoria P3.1.2. Sentindo-se desconsiderados pelos médicos no processo de hospitalização: códigos.....	110
Quadro 43. Subcategoria P3.1.3. Não se sentindo seguros com o tratamento oferecido ao RN pela equipe médica: códigos.....	111
Quadro 44. Subcategoria P3.1.4. Não compreendendo as informações oferecidas pelos médicos: códigos.....	111
Quadro 45. Subcategoria P3.2.1. Recorrendo ao auxílio da enfermagem para obter informações acerca do estado clínico do RN: códigos.....	112
Quadro 46. Subcategoria P3.2.2. Enfermagem oferecendo informações superficiais aos pais: códigos.....	112
Quadro 47. Categoria P4.1. Tornando-se agressivos mediante insegurança: códigos.....	113

Quadro 48 Categoria P4. Dirigindo-se à equipe com hostilidade para garantir atenção ao bebê: códigos.....	113
Quadro 49. Categoria P4.3. Fazendo comparações entre equipes do berçário e UTIN: códigos.....	113
Quadro 50. Categoria P4.4. Passando a questionar a assistência oferecida pelas equipes: códigos.....	114
Quadro 51. Categoria P4.5. Tentando transgredir-se com as rotinas da UTIN: códigos.....	115

SUMÁRIO

Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Resumen.....	xi
Lista de Diagramas.....	xiii
Lista de Quadros.....	xv
Capítulo 1. Introduzindo o estudo.....	1
1.1. Apresentação.....	2
1.2. Introdução.....	2
1.2.1. A Comunicação.....	6
1.2.2. Humanização.....	8
1.2.3. Processo de trabalho.....	9
1.3. Propondo os objetivos e a justificativa da pesquisa.....	10
Capítulo 2. Apresentando a trajetória metodológica.....	11
2.1. Optando pela metodologia qualitativa.....	12
2.2. Descrevendo os fundamentos teóricos dos referenciais.....	13
2.2.1. Interacionismo Simbólico: referencial teórico.....	13
2.2.2. <i>Grounded Theory</i> : referencial metodológico.....	15
2.3. Atores participantes e o local da pesquisa.....	16
2.4. Estratégias para coleta de dados e análise dos dados.....	17
Capítulo 3. Apresentando os resultados.....	20
3.1. Experiência interacional equipe médica - equipe de enfermagem - pais, mediante a informação do estado clínico do RN de alto risco, segundo a visão da equipe médica.....	22
3.2. Experiência interacional equipe médica - equipe de enfermagem - pais, mediante a informação do estado clínico do RN de alto risco, segundo a visão da enfermagem.....	34
3.3. Experiência interacional equipe médica- equipe de enfermagem - pais, mediante a informação do estado clínico do RN de alto risco, segundo a visão dos pais.....	49
3.4. Síntese dos modelos: a interface das experiências equipe médica – equipe de enfermagem – pais.....	62
Capítulo 4. Discutindo a interface dos modelos.....	65
Capítulo 5. Tecendo as considerações finais.....	74
Referências.....	76
Anexos.....	86



CAPÍTULO 1

Introduzindo o Estudo

1.1. Apresentação

Minha trajetória profissional se inicia com uma experiência como Enfermeira Assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, após um longo ano de aprimoramento em Saúde do Adulto, na mesma instituição.

No início, tinha muito medo e receio de cuidar de um ser tão pequeno e tão especial, pela falta de habilidade e prática numa área que tivemos tão pouco contato na faculdade. A curiosidade, e também, a vontade de descobrir como tudo era feito, fez-me ter a percepção de que muitas precisariam de mais empenhos para funcionar.

Especializei-me em Obstetrícia, pois tinha afinidade pela saúde da mulher, e também porque percebia que tinha uma relação grande com o meu trabalho. Aprendi todo processo fisiológico que aquelas mulheres, que entravam na UTIN para visitar seus bebês, sofriam durante a gestação e também alguns sentimentos que foram percebidos em estágios, e contribuíram para minha formação.

Este estudo emerge das minhas inquietações acerca das informações dadas às famílias de recém-nascidos (RNs) críticos internados na UTIN, ao observar que toda equipe poderia se comunicar melhor para obter-se maior humanização. Com isso, pretende-se contribuir com uma assistência mais humanizada, coerente com preceitos ditados pelos programas direcionados à saúde.

1.2. Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser considerada um subsistema aberto, com características específicas, e que faz parte de um conjunto de outros subsistemas que conformam o sistema maior, denominado de Instituição Hospitalar ⁽¹⁾.

Considera-se a metáfora que melhor define a dinâmica relacional em uma UTI é “a ponte entre a vida e a morte”, que sustenta o contexto comunicacional da mesma, deixando a UTI de ser apenas um local, em termos espaciais, para se transformar em um contexto “gerador de significados”, em que a tensão, angústia e estresse estão sempre presentes como uma mensagem subliminar, afetando diretamente o processo de comunicação que ali acontece ⁽¹⁾.

No sistema hospitalar, a UTIN, é o local destinado ao atendimento de RNs de alto risco, estes são entendidos como aqueles que tenham maiores chances de morrer durante ou logo após o parto, ou que apresentem um problema congênito ou perinatal que necessite de uma intervenção imediata por uma equipe preparada para sustentar a complexidade das atividades desenvolvidas, bem como minimizar angústias e apreensões de familiares e/ou pessoas próximas ⁽²⁻⁵⁾.

A UTIN é um ambiente caracterizado por uma constante expectativa de situações de emergência, com pacientes sujeitos a mudanças súbitas no estado clínico, atividades constantes, luzes, ruídos e aparelhagem estranha, sendo estes os fatores que tornam o ambiente estressante para os que convivem e trabalham nestas unidades ⁽⁵⁾.

O nascimento é um evento de celebração da vida, previsto para ser um momento de emoção e comemoração pela chegada do “nenê esperado”. Nesse contexto, o nascimento de um bebê prematuro ou mesmo de termo, porém com necessidade de internação em UTI ⁽⁶⁾, caracteriza um momento de crise para a família. Diante do risco de morte da criança, os pais desencadeiam uma série de sentimentos de culpa, ansiedade, preocupação e confusão. Soma-se a isto o fato da mãe não desenvolver o contato e amamentação precocemente ⁽⁷⁾.

Além de, o ambiente ser estranho e assustador, têm o bebê real que é diferente do imaginado, idealizado e o sentimento de culpa pelos problemas do filho atuam como fatores inibidores do contato espontâneo entre pais e bebês ⁽⁸⁾.

Em vista disso, a situação de crise vivida pelos familiares pode ser observada pela desorganização das relações interpessoais devido à distância física do paciente, problemas financeiros e ao medo da perda da pessoa amada ⁽⁹⁾.

No decorrer dessa vivência observa-se que muitos questionamentos emergem por parte da família, questões referente a possíveis seqüelas, estado geral e possibilidade de morte permeiam esse processo. Os modos diferentes que a família responde a essa vivência demandam que as equipes estejam atentas ao mostrarem-se sensíveis às necessidades da família nesse momento, buscando caminhos efetivos para atendê-la ⁽⁹⁾.

Apesar de toda essa tecnologia e mão de obra especializada, notamos que, para a equipe de saúde, em meio a tantos cuidados necessários para a sobrevivência do RN, manter um diálogo efetivo com os pais e mães, tão importante para a redução da ansiedade e estresse gerados pela internação do bebê na UTIN, ainda é um grande desafio ⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, no contexto dos serviços de saúde, acreditamos que o acolhimento, a interação e principalmente a comunicação intra e extra-equipe são de fundamental

importância para que não ocorram distorções e nem falha no processo de atendimento, bem como sirvam para minimizar o sofrimento familiar ^(5,8).

Comunicação é a capacidade de trocar idéias, transmitir mensagens, sentimentos, por meio de gestos, sinais, verbalizações, propiciando trocas e compreensão entre indivíduos que compartilham uma mesma situação ^(11,12). É o elemento básico da interação humana que permite às pessoas estabelecer, manter e aumentar os contatos com os outros ⁽¹³⁾.

Ainda, definida por alguns autores, como: *“a troca de significados entre e o meio de indivíduos através de um sistema compartilhado de símbolos (verbal e não-verbal) que possui o mesmo sentido tanto para o emissor, quanto para o receptor da mensagem”* ⁽⁵⁾.

A comunicação é um aspecto importante ao atendimento de pacientes críticos e as equipes podem estabelecer um melhor cuidado se tiverem um bom contato e por meio de uma boa comunicação com a família ⁽¹⁴⁾.

Esta pode ocorrer de três formas: verbal, não-verbal e paraverbal ou paralinguagem ⁽⁵⁾.

Em estudos que abordam a respeito das famílias (visitantes) de UTIs, afirmam que a comunicação (informação), consiste em um dos principais meios capazes de gerar ou minimizar a angústia e estresse nos familiares ^(5,15). Outro fator importante e, constatado em vivência profissional, é que o visitante pode e deve ser considerado como um importante aliado na recuperação da saúde do paciente ^(5,12).

A experiência emocional e estressante da mãe, bem como, dimensão socioeconômica e cultural da família, pode resultar na diminuição da qualidade e fidelidade no entendimento dos cuidados dispensados e das orientações recebidas ⁽¹²⁾.

Para que exista um bom processo de comunicação, a equipe deve se preocupar com o grau de compreensão que a família tem sobre as informações recebidas ⁽¹¹⁾.

As principais dificuldades que surgem nessa área decorrem muitas vezes de informações excessivamente técnicas ou, em algumas situações, de ausência dessa informação ⁽¹¹⁾. Além disso, existe sempre o medo da família de receber uma notícia ruim. Melhor do que falar muito é ouvir, para que possa informar a partir das necessidades de cada família ^(8,11).

O profissional deve ter preparo na área da comunicação, pois há necessidade de clareza na transmissão da informação e interpretação das mensagens ⁽¹⁶⁾.

No cotidiano hospitalar, observamos que a comunicação do profissional médico, assim como dos outros profissionais com os familiares dos pacientes, não é valorizada, e quando ela ocorre, quase sempre é escassa, breve e não-sistematizada, não atendendo as necessidades e as expectativas dessa família ^(5,8).

Alguns autores esclarecem que a comunicação entre médico e paciente, assim como entre médico e família, não teve muitos progressos desde que se iniciou a discussão sobre a comunicação de diagnóstico aos pacientes e familiares, sendo que há a necessidade de mudanças, em nível emocional, por parte destes profissionais. O “medo” da morte, por parte da equipe de saúde, faz com que seus integrantes se voltem para as questões orgânicas e deixem de lado os aspectos emocionais, pois, senão, teriam que se deparar com suas próprias questões emocionais ⁽¹⁷⁾.

A dificuldade de comunicação da equipe com a família também se relaciona com o fato de que, para o médico, a morte do paciente simboliza o fracasso profissional ⁽¹⁷⁾. Assim, à medida que a criança vai apresentando piora no estado de saúde, há uma crescente dificuldade de estabelecer a comunicação com a família.

Tendo em vista a complexidade e a abrangência da comunicação nos processos de atendimento à saúde, as informações veiculadas nesse meio devem objetivar a maior otimização possível. Para tanto, a participação de todos os envolvidos, com o propósito de melhor atender o paciente, consiste em condição *sine qua non* ⁽⁵⁾.

Considerando falhas na prática do processo de informação intra e extra-equipe reconheceu-se à falta de humanização dos profissionais que atuam em UTINs.

Em face do contexto, perguntamos: — Qual é a experiência interacional equipe médica-equipe de enfermagem - pais segundo a visão dos atores?

Antecedendo a delimitação dos objetivos desta pesquisa, buscamos nos aprofundar acerca dos seguintes temas: comunicação, humanização e processo de trabalho.

1.2.1. A Comunicação

A origem da palavra *comunicar* está no latim *comunicare*, que tem por significado *por em comum*. Ela pressupõe o entendimento das partes envolvidas, e sabe-se que não existe entendimento se não houver, anteriormente, a compreensão ⁽¹⁸⁾.

A comunicação é um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem

influência no comportamento das pessoas nela envolvidas, a curto, médio e longo prazo. Esta mudança pode ocorrer no ambiente em que a comunicação é efetuada ou quando as pessoas se encontram isoladas, distantes umas das outras ou do contexto. Isto permite afirmar que as pessoas se encontram constantemente envolvidas por um campo interacional ⁽¹⁹⁾.

Ela é um processo de natureza complexa e multidisciplinar, que se constitui em numerosos aglomerados de comportamentos que afetam, cotidianamente, nossas comunicações com os outros que podem ser influenciados até pelas comunicações de pessoas distantes e desconhecidas ⁽²⁰⁾.

A comunicação faz com que as pessoas se relacionem, compartilhando experiências, ideias e sentimentos e, ao se relacionarem, influenciam-se, modificando a realidade em que estão inseridas ⁽²¹⁾.

Cada momento da comunicação é único e não se repete ⁽²²⁾. Pode ocorrer de forma verbal, não-verbal e paraverbal.

A verbal refere-se à linguagem escrita ou falada, aos sons e palavras que usamos para nos comunicar. A não-verbal ocorre na relação pessoa-pessoa, em que as informações são obtidas por meio de gestos, posturas, expressão facial, escuta, orientações do corpo; cabendo ao receptor perceber os sentimentos e dificuldades de verbalização de dúvida do emissor ⁽⁸⁾. A paraverbal é expressa, por exemplo, pelo tom de voz, ritmo com que são pronunciadas as palavras, choro, pausa, entre outros. Ainda temos a divisão por níveis: intrapessoal, interpessoal, grupal e de massa ⁽²²⁾.

A comunicação interpessoal, entendida como comunicação verbal e não-verbal, propicia modos de compreender o outro e de se fazer compreendido por ele ⁽¹⁸⁾.

As relações interpessoais são sempre marcadas por interferências ou reações voluntárias e/ou involuntárias, intencionais ou não e compreendem o processo de interação humana em que uma pessoa não fica indiferente na presença de outra ⁽²³⁾.

Em uma situação interacional, todo comportamento tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação, além disso, toda a comunicação reflete um compromisso, pois transmite uma informação e impõe um comportamento ⁽²⁴⁾.

A comunicação terapêutica é a habilidade do profissional em ajudar a pessoa a enfrentar tensão temporária, a conviver com outras pessoas, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios da autorealização ⁽²²⁾.

Sua finalidade é possibilitar ao profissional de saúde e ao paciente delinearem as necessidades a serem atendidas, para ajudar a pessoa que está sendo cuidada sentir-se um ser humano digno e com autonomia para solucionar seus problemas, visando a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde física e mental, como também encontrar novos padrões de comportamento diante de uma situação inesperada ^(18, 22, 25).

Na relação entre o profissional e o paciente, há a necessidade de credibilidade e sensibilidade para o estabelecimento de uma comunicação terapêutica. Esta exige alguns elementos básicos por parte do profissional, como empatia e envolvimento com o paciente, além do sentimento de confiança entre ambas as partes ⁽²⁶⁾.

Embora a comunicação efetiva seja fundamental para o exercício da prática profissional, foi observada a existência de aspectos que interferem negativamente na interação entre profissionais de saúde e familiares. A sobrecarga de trabalho ou a falta de tempo, a supremacia dada a rotina de trabalho em relação à interação com o familiar, a falta de treinamento, a exclusão da família no processo de cuidar do paciente, constituem os aspectos negativos relacionados. Outro aspecto que interfere negativamente na interação entre profissional e família são as situações com alta demanda emocional, como a piora das condições clínicas do paciente ⁽¹⁸⁾.

É também por meio da comunicação que o ser humano pode satisfazer suas necessidades de inclusão, controle e afeição, sendo que a inclusão refere-se a aceitação pelo outro, o controle ocorre quando se experimenta a sensação de ser responsável e capaz de se adaptar ao meio, a afeição diz respeito a necessidade de expressar e receber amor ⁽¹⁴⁾.

Uma boa interação profissional e uma definição clara de papéis facilitam a comunicação entre profissionais de saúde.

Portanto, a comunicação é competente quando é um processo interpessoal, que atinge o objetivo dos comunicadores, pressupõe conhecimentos básicos de comunicação, há consciência do verbal e do não-verbal nas interações, atua com clareza e objetividade, além de promover o autoconhecimento ⁽²⁷⁾.

1.2.2. Humanização

A humanização tem se constituído em uma temática central na atualidade, configurando um dos elementos que podem permitir o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente e a sua família. Isso porque, ao

longo dos tempos, a formação de profissionais e a organização dos serviços de saúde têm privilegiado e priorizado, sobretudo em virtude do paradigma cartesiano, o conhecimento parcelar e especializado, a supremacia do poder médico, a valorização da técnica e da destreza manual e a visão do ser humano como máquina⁽²⁸⁾.

Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos humanos na intervenção em saúde. É dar condição humana, é civilizar^(29,30).

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalhos favoráveis ao bom exercício técnico e à satisfação dos profissionais de saúde e usuários^(31,32).

Entende-se, desta maneira, que quanto mais especializado for o serviço de saúde, mais presentes estarão às condições que sustentam o paradigma cartesiano. Sendo assim, as UTIs podem representar um espaço que, por sua concentração de tecnologia de ponta, caracteriza-se pela manutenção do saber científico especializado e fragmentado, em que pacientes e familiares acabam destituídos de sua humanidade⁽³³⁾.

Em virtude desta realidade, há um movimento profissional e governamental pelo resgate e valorização da humanização no cuidado em saúde, especialmente a partir de 2001.

Tendo em vista este contexto, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), visando, dentre outras questões, humanizar a assistência hospitalar pública prestada aos pacientes, assim como aprimorar as relações existentes entre usuários e profissionais, entre os profissionais, e entre o hospital e a comunidade, com vistas a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados^(34,35).

Com o intuito de unificar as políticas, em 2003, o PNHAH, juntamente com outros programas de humanização já existentes, acabou transformando-se no Programa Nacional de Humanização (PNH) – o Humaniza-SUS (Brasil, 2003) – o qual passou a abranger, também, os cenários da Saúde Pública (instituições primárias de atenção) na busca por melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde⁽³⁶⁾.

Já a *humanização do cuidado neonatal* preconiza várias ações propostas pelo Ministério da Saúde, baseando-se nas adaptações brasileiras ao Método Canguru para RNs de baixo peso⁽³⁸⁾. Estas são voltadas para o respeito às individualidades, à garantia de tecnologia que permita a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família,

com ênfase no cuidado voltado para o desenvolvimento e psiquismo, buscando facilitar o vínculo mãe-bebê durante a sua permanência no hospital e após a alta ^(37,38).

Acredita-se que o principal objetivo da humanização em unidades de alta complexidade como as UTIs seja o de manter a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, sendo importante dar voz aos profissionais para compreender como eles se percebem em meio a esta política e prática em saúde.

1.2.3. Processo de trabalho

O trabalho é o meio pelo qual o homem se relaciona com o homem, utilizando a natureza para construir sua história e transformá-la, estabelecendo mediações para ambos se modificarem. Porém, o homem se apodera da natureza e a utiliza para sua própria vida ⁽³⁹⁾.

No capitalismo, o processo de trabalho possui um duplo sentido, o abstrato (valorização e acumulação) e o concreto (processo técnico, o modo de produzir). Assim, como elementos essenciais têm-se o objeto, os instrumentos ou meios de trabalho, a finalidade ou o próprio trabalho e o produto final ⁽⁴⁰⁾.

O objeto de trabalho em saúde tem muitas dimensões, como a biológica, psicológica, social e cultural, possibilitando a construção ampliada à atenção integral, suprimindo as necessidades em saúde nas variadas intervenções profissionais ⁽⁴⁰⁾.

O trabalho da enfermagem é parte integrante do processo de trabalho em saúde, tanto no modelo de assistência individual como coletiva, por sua vez são partes complementares de um mesmo trabalho ⁽⁴¹⁾.

Presume-se que, no trabalho coletivo, as diferentes profissões compartilhem o objeto de trabalho, tendo como finalidade, a ação terapêutica de saúde, entretanto, na maioria das vezes, nem sempre se caracteriza como um trabalho em equipe.

Na UTIN, em algumas situações, tem como característica, o parcelamento das ações, com base na divisão social e técnica, com oposição entre concepção e execução, conforme descrito na literatura ^(42,43).

Entendemos que o trabalho em equipe multiprofissional não é somente um agrupamento de profissionais de áreas distintas, atuando coletivamente. Há de se ter articulação entre os profissionais, conexões entre saberes e intervenções distintas. O

trabalho em equipe “é configurado como a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum ao conjunto de profissionais” ⁽⁴⁴⁾.

Apesar de as discussões acerca do trabalho em equipe ser tão comuns nos ambientes de trabalho, na área da saúde, muitos profissionais ainda têm dificuldades de compreendê-lo e executá-lo na prática, já que realizam ações parceladas e, muitas vezes, desarticuladas, mesmo sabendo que, só por meio da articulação das ações e interação entre os membros da equipe, é que caminha-se para um trabalho que consiga atender às necessidades multidimensionais dos indivíduos de quem cuidamos ⁽⁴⁴⁾.

1.3. Propondo os objetivos e a justificativa da pesquisa

Em busca de respostas à pergunta do estudo, delineamos os objetivos:

- Compreender a experiência interacional equipe médica - equipe de enfermagem - pais no momento da informação do estado clínico do RN de alto risco à família;
- Propor uma síntese dos modelos teóricos representativo das experiências vividas.

Isso implica entender como definem as situações, considerando suas suposições, valores e crenças. Esta compreensão permitirá entender as percepções, assim como ações perante as situações vividas, que poderão nortear intervenções adequadas e efetivas.



CAPÍTULO 2

Apresentando a Trajetória Metodológica

2.1. Optando pela metodologia qualitativa

A opção pela metodologia qualitativa para este trabalho emergiu a partir da inquietação em compreender como era dada a informação do estado clínico do recém-nascido de alto risco aos pais e como se dava a interação entre equipe médica - equipe de enfermagem - pais

A metodologia qualitativa é recomendada quando se tem pouco conhecimento sobre um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito. Ademais, este tipo de pesquisa, geralmente, é conduzido no ambiente natural, a fim de que o contexto, no qual o fenômeno ocorre, seja considerado como parte do mesmo⁽⁴⁵⁾.

As abordagens qualitativas são indutivas, isto significa que hipóteses e teorias emergem durante o procedimento de coleta e análise dos dados, onde o pesquisador examina os dados buscando descrições, padrões e relações hipotizadas do fenômeno, então retorna ao campo para obter mais dados e testar a hipótese. Dessa forma, a teoria vai sendo construída passo a passo, ajustando-se ao contexto da pesquisa e sendo relevante somente para este período de tempo^(45,46).

Para desenvolver a investigação qualitativa, o pesquisador passa por três fases denominadas de: exploração, decisão e descoberta.

A fase de exploração envolve a seleção e definição do problema, a escolha do local onde será feito o estudo e o estabelecimento de contatos para a entrada no campo. Nessa etapa inicial, também se encontram as primeiras observações com a finalidade de conhecer melhor o fenômeno e selecionar os aspectos a serem investigados. Esses primeiros questionamentos orientarão na coleta de dados e na formulação de hipóteses que poderão ser modificadas, à medida que mais dados sejam coletados.

A segunda fase envolve a busca sistemática dos dados selecionados, como os mais importantes para compreender e interpretar o fenômeno estudado. Os tipos de dados coletados podem mudar durante a investigação, pois as informações colhidas e as teorias emergentes devem ser usadas para dirigir a coleta de dados.

A terceira fase consiste na exploração da realidade, ou seja, na “tentativa de encontrar os princípios subjacentes ao fenômeno estudado e de situar as várias descobertas num contexto mais amplo”. Complementam, ainda, que os fatores não se revelam gratuita e diretamente aos olhos do pesquisador, não são passados a ele, e que nem o mesmo os enfrenta desarmados de todos os princípios e pressuposições, ou seja, desprovido de sua

visão de mundo. Interrogando os dados, baseado no conhecimento que tem do assunto, vai se construindo o conhecimento sobre o fato pesquisado. Nessa fase, o pesquisador desenvolve teorias num processo indutivo de todo o estudo ⁽⁴⁷⁾.

Para este estudo, empregamos como referencial teórico e metodológico o Interacionismo Simbólico e a *Grounded Theory*, em português, Teoria Fundamentada nos Dados.

2.2. Descrevendo os fundamentos teóricos dos referenciais

2.2.1. Interacionismo Simbólico: referencial teórico

O Interacionismo Simbólico é uma das formas de se interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que elas dão às coisas e como esses relatos se relacionam com as experiências ⁽⁴⁸⁾. Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da Psicologia:

- O interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo ⁽⁴⁹⁾.
- O ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciando não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação ⁽⁴⁹⁾.
- Interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo que os definimos a situação que estamos vivenciando, embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação ⁽⁴⁹⁾.
- O interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve a escolher consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção ⁽⁴⁹⁾.

Os conceitos do Interacionismo Simbólico são: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social ⁽⁴⁹⁾.

Símbolo

É o conceito central, pois, sem os símbolos não podemos interagir uns com os outros. Eles pertencem a uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa ⁽⁴⁹⁾.

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados por meio da interação dos seus usuários; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combinem os sons ou os gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros ⁽⁴⁹⁾.

Self

No Interacionismo Simbólico o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social é definido e redefinido na interação. Surge, na infância, inicialmente por meio da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente na medida em que a criança vivencia novas experiências interagindo com os outros ⁽⁴⁹⁾.

Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida ⁽⁴⁹⁾.

Mente

Mente é a ação. Ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da

mente; a ação é resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos ⁽⁴⁹⁾.

É a interação simbólica do organismo humano com seu *self*.

Assumir o papel do outro

Este conceito está intimamente relacionado aos anteriores, porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. “É por meio da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas” ⁽⁴⁹⁾.

Ação humana

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação.

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e esta por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá ⁽⁴⁹⁾.

Interação social

Conforme apresentamos, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem das interações e são parte delas.

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro ⁽⁴⁹⁾.

2.2.2. *Grounded Theory*: referencial metodológico

Segundo os idealizadores da *Grounded Theory*, essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente ⁽⁵⁰⁾.

Para eles, a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceitualização para descrever e explicar ⁽⁵⁰⁾.

Eles apresentam um método de análise comparativa constante, onde o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que as categorias começam a emergir dos dados ⁽⁵⁰⁾.

Este é um processo descrito como amostragem teórica e o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Neste sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, uma vez que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são mais encontrados ⁽⁵⁰⁾.

Uma dúvida que sempre surge é por quanto tempo o pesquisador deve continuar a coleta de dados. A regra geral quando se está construindo a teoria é obter a saturação de cada categoria. Isto significa até (a) nenhum dado novo ou relevante emergir em relação a uma categoria, (b) a categoria estar bem desenvolvida em termo de suas propriedades e dimensões, demonstrando variação e (c) as relações entre categorias estarem bem esclarecidas e validadas ⁽⁵⁰⁾.

2.3 - Atores participantes e o local da pesquisa

A saturação teórica foi obtida a partir da análise de vinte e nove entrevistas com membros da equipe médica, equipe de enfermagem e pais, sendo: cinco médicos contratados e quatro residentes, num total de nove membros da equipe médica; cinco enfermeiros e cinco técnicos e auxiliares de enfermagem, num total de dez membros da equipe de enfermagem e dez pais (mãe e pai). As equipes, tanto médica quanto de enfermagem, são membros integrantes de uma UTI Neonatal de um Hospital Universitário do interior do estado de São Paulo; e os pais, são os cuidadores mais próximos do bebê, que acompanham todas as informações. Para tanto, tivemos três grupos amostrais de entrevistas: equipe médica, equipe de enfermagem e os pais.

O cenário hospitalar em que os atores desta pesquisa vivenciam sua experiência pertence a um dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo que

engloba 68 municípios; funciona com 415 leitos, contando com uma maternidade que atende as gestantes de risco e para tanto com uma UTIN com 15 leitos operacionais e 15 leitos de UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e UCE (Unidade de Cuidados Especiais).

A UTIN conta com uma equipe de enfermagem de 25 técnicos e auxiliares de enfermagem e 10 enfermeiros, distribuídos nos turnos da manhã e tarde, fazendo seis horas diárias e uma dobra de plantão, perfazendo uma carga horária de 40 horas semanais; e uma equipe médica que conta com docentes, médicos contratados e residentes (em especial, os do terceiro ano que serão especialistas em Neonatologia).

2.4 - Estratégias para coleta de dados e análise dos dados

A coleta de dados foi desenvolvida após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ⁽⁵¹⁾, em *Ofício n°271/08*, e autorização dos entrevistados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS 1, 2, 3 e 4).

Os dados foram obtidos por meio de gravações de entrevista, no período de novembro de 2008 a junho de 2009, conforme disponibilidade dos membros envolvidos e utilizou a sala de reuniões da UTIN para abordagem dos depoimentos.

A entrevista é do *tipo não diretiva*, salvaguardando a privacidade e o sigilo do entrevistado, bem como de suas informações e teve como questões norteadoras:

- Grupo dos pais: — Como tem sido a sua experiência com a equipe médica e de enfermagem, perante a informação do estado clínico do recém-nascido (RN)?
- Grupo da equipe médica: — Como tem sido a experiência interacional com os pais e a equipe de enfermagem perante, a informação do estado clínico do recém-nascido (RN) de alto risco aos pais?

- Grupo da equipe de enfermagem: — Como tem sido a experiência interacional com a família e equipe médica, perante a informação do estado clínico do recém-nascido (RN) de alto risco aos pais?

As questões norteadoras apenas direcionaram os pontos do estudo a serem explorados; novas questões foram acrescentadas com o intuito de esclarecer e fundamentar a experiência.

A análise dos dados está sendo realizada de acordo com o método da *Grounded Theory* (*Teoria Fundamentada em Dados*), tendo como orientação as estratégias básicas para a formação de categorias ⁽⁵²⁾.

Categorias são abstrações do fenômeno observado nos dados e formam a principal unidade de análise da *Grounded Theory* ⁽⁵²⁾. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo, como consequência da análise.

Os primeiros passos para análise dos dados constam das transcrições das entrevistas gravadas, seguida da codificação dos mesmos. Os procedimentos de codificação são apresentados em três etapas e se complementam: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva ⁽⁵³⁾.

A codificação aberta é a parte da análise que se refere, especificamente, a nominar e categorizar os fenômenos por meio do exame minucioso dos dados, linha por linha, parágrafo por parágrafo ⁽⁵³⁾. A comparação dos códigos entre si deu origem às categorias, as quais foram integradas por meio da codificação axial ⁽⁵³⁾. A partir da identificação das categorias é possível realizar a codificação seletiva que dará origem ao fenômeno ou categoria central.

De uma forma mais simplificada as fases da análise dos dados são: descobrindo categorias, ligando categorias, desenvolvimento de memorandos e identificação do processo ⁽⁵²⁾.

- **Descobrendo categorias:** O passo inicial, uma vez transcritas as entrevistas, consistiu em quebrar os dados em pequenos pedaços, onde cada um deles representou um incidente específico ou fato. Para isso os dados foram analisados linha por linha, e parágrafo por parágrafo, buscando incidentes e fatos. Cada incidente foi codificado como um conceito ou abstração do dado

- **Ligando categorias:** Uma vez identificadas às categorias, efetuou-se efetuada nova comparação, desta vez entre categorias, o que determinou uma melhor estruturação do conceito. Deste modo, ocorreu um processo de redução das categorias, onde pela comparação identificou-se a idéia que melhor explicava o fenômeno daquele grupo de categorias permitindo assim a identificação das categorias e seus componentes (ou subcategorias).

- **Desenvolvimento de memorandos:** O processo de construção da teoria implicou no registro do processo analítico desde o seu início, de modo que se percebesse o desenvolvimento do conceito, quase que passo a passo. Neste sentido, após a codificação inicial das primeiras entrevistas, todas as idéias que surgiram em função da leitura e das próprias observações foram registradas.

- **Identificação do processo:** Uma vez identificadas às categorias e seus componentes, passamos a ordená-las de maneira a identificar uma que fosse central, ou melhor, aquela categoria à qual todas se relacionavam. Para chegar a ela, foram elaborados esquemas (diagramas) e aplicados aos dados (novo retorno aos dados, de modo a verificar qual deles parecia melhor expressar o processo interacional das equipes médica e de enfermagem com os pais, em face de a informação do estado clínico do recém-nascido de alto risco).

Vale ressaltar que existem duas maneiras de validar o modelo teórico descoberto: retorná-lo aos atores, para que esses possam opinar se o modelo representar a experiência dos mesmos ou o próprio pesquisador comparar o esquema com os dados ⁽⁵³⁾. Neste estudo utilizamos a segunda opção, no qual o modelo teórico descoberto demonstrou-se capaz de explicar a maioria das experiências coletadas.



CAPÍTULO 3

Apresentando os resultados

Neste capítulo apresentaremos as experiências de três grupos amostrais: equipe médica, equipe de enfermagem e dos pais, finalizando com a síntese dos modelos dessas vivências.

Os fenômenos serão apresentados, em forma de diagramas e quadros, descrevendo os conceitos que emergiram das experiências, segundo os componentes que compõe o processo: temas, categorias, subcategorias e elementos.

Ressaltamos que, os quadros estão contidos no Anexo 5, e para facilitar a localização de cada um deles, recomendamos a consulta da lista dos mesmos no início deste relatório.

Quanto aos códigos alfanuméricos, leia-se conforme exemplo abaixo:

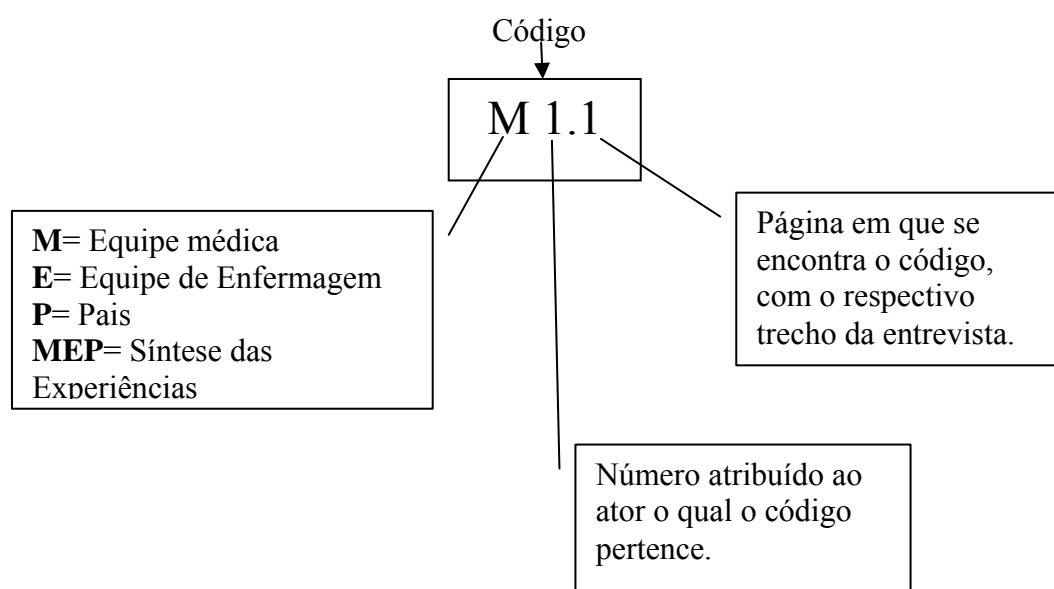


Figura 1: Exemplo dos códigos alfanuméricos.

3.1. EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE MÉDICA - EQUIPE DE ENFERMAGEM - PAIS, MEDIANTE A INFORMAÇÃO DO ESTADO CLÍNICO DO RN DE ALTO RISCO, SEGUNDO A VISÃO DA EQUIPE MÉDICA.

DESCOBRINDO OS FENÔMENOS

Seguindo os passos do Referencial Metodológico pudemos identificar nesta experiência dois fenômenos: reconhecendo a sobrecarga de trabalho como um dos componentes que rompem a interação médico – enfermagem - pais e propondo estratégias para enfrentar a sobrecarga física e emocional.

Fenômeno M1. Reconhecendo a sobrecarga de trabalho como um dos componentes que rompem a interação médico – enfermagem - pais.

Trata-se da sobrecarga de trabalho vivenciada tanto pela equipe médica quanto de enfermagem, como um dos componentes dificultadores da interação equipe médica-equipe de enfermagem - pais, levando a enfermagem a se distanciar desse processo, como forma de enfrentamento, não favorecendo um processo compartilhado, mas eleito como atribuição exclusiva do médico. Este fenômeno congrega quatro categorias: médico reconhecendo equipes de enfermagem e médica sobrecarregadas; médicos não presenciando a interação enfermagem - pais; dificultando a interação entre equipes e pais; enfermagem não compartilhando com o médico a atribuição de informante do estado clínico do RN (Diagrama 1).

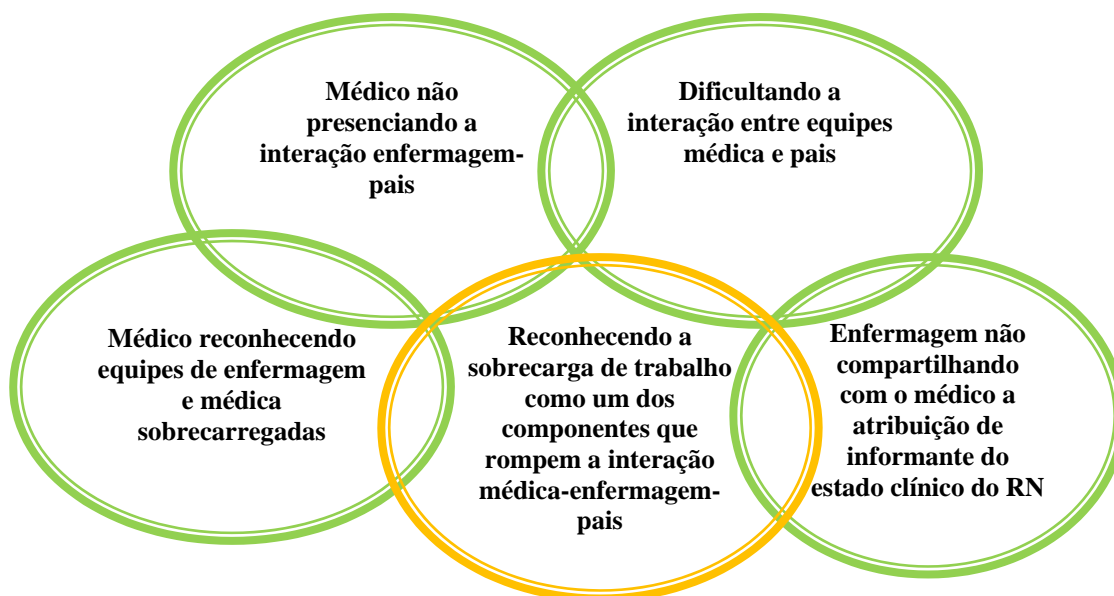


Diagrama 1. Fenômeno M1. Reconhecendo a sobrecarga de trabalho como um dos componentes que rompem a interação médica – enfermagem - pais: categorias.

Categoria M1.1. Médico reconhecendo equipes de enfermagem e médica sobrecarregadas.

Situação vivida por ambas às equipes, decorrente do déficit de pessoal nas áreas, para atender a demanda de serviço, gerando assim sobrecarga de trabalho. Estes fatos contribuem para a dificuldade de interação das mesmas, desde a internação do RN, da visita médica ao momento da informação dos pais (Quadro 1).

[...] Na verdade aqui a gente tem uma sobrecarga muito grande de pacientes, por pessoas que estão trabalhando na unidade. Não sobra tempo nem para a enfermeira chefe da unidade passar visita com o médico, muito menos aquela que está cuidando diretamente do bebê, então um pouco de informações são passadas para a equipe de enfermagem [...]. Elas estão vendo que o bebê está bem ou não está bem e vão tentando segurar a barra dessa família, mas muitas vezes sem saber o que está acontecendo [...] (M3).

Categoria M1.2. Médico não presenciando a interação enfermagem - pais.

Situação percebida pelo médico ao manter-se fora do ambiente da UTI, devido às outras atividades, dificultando-o de participar das informações repassadas pela enfermagem aos pais (Quadro 2).

“... A gente não vê muito o que vocês passam para o paciente, o que vocês falam dos pacientes, porque a gente não está ali na UTI. A gente está escrevendo, fazendo as coisas ...” (M1).

Categoria M1.3. Dificultando a interação entre equipes e pais.

Trata-se do reconhecimento da sobrecarga de trabalho pela equipe médica como uma barreira que impede a enfermagem de cooperar no processo de comunicação com os pais, gerando desconfiança da qualidade das informações oferecidas pela mesma (Quadro 3).

“... Eu acho que a interação está sendo melhor [...]. Eu acho que precisava confiar mais nessa interação, entre equipe médica e equipe de enfermagem, só discutir mais os casos para a gente passar o mesmo tipo de informação [...]” (M4).

Categoria M1.4. Enfermagem não compartilhando com o médico a atribuição de informante do estado clínico do RN.

É a reação de enfrentamento da equipe de enfermagem em manter-se afastada do processo de comunicação médicos-pais, em face da sobrecarga de trabalho, sinalizada pelas atitudes de desinteresse em compartilhar as discussões clínicas acerca do RN, seja ela no momento da internação, durante as visitas médicas e de informação aos pais (Quadro 4).

[...] Eu acho que a gente poderia conversar juntas [...], para a enfermagem saber o que a gente está falando, [...] pensando e escutando dos pais também. [...] Eu percebo que, muitas vezes, vem uma auxiliar e fala: — Você não vai lá conversar? Porque ele me perguntou isso, e eu não sei! [...] Ela está preocupada com não sei o quê, eu não falei nada. Eu sinto que elas têm certo receio em falar alguma coisa a mais. Eu acho que não fala demais, fala de menos [...] (M1).

[...] Eu acho super importante a enfermagem estar dando informações para os pais, porque na verdade [...] são vocês que acabam ficando mais próximas, cuidando do bebê e deixando a mãe entrar. Então, eu acho super importante isso e às vezes, vocês conseguem isso com uma linguagem mais próxima da mãe, até de informar algumas coisas que a gente não consegue passar. Só que, [...] aqui acaba ficando um pouco falho, porque apesar da enfermagem ser presente, falta [...] estar se comprometendo em passar mais informações [...] (M6).

Fenômeno M2: Propondo estratégias para enfrentar a sobrecarga física e emocional.

Significa que diante da sobrecarga de atividades de rotina e emocional, os médicos propõem estratégias que possam melhorar o processo comunicativo, sinalizadas nos três temas que congregam este fenômeno: médicos elegendo o enfermeiro como membro da equipe de enfermagem mais bem preparado para compartilhar o papel de informante dos pais; sugerindo um serviço de apoio psicológico dos profissionais; propondo a implementação de um instrumento de comunicação escrita e melhorias na estrutura física para atendimento dos pais (Diagrama 2).

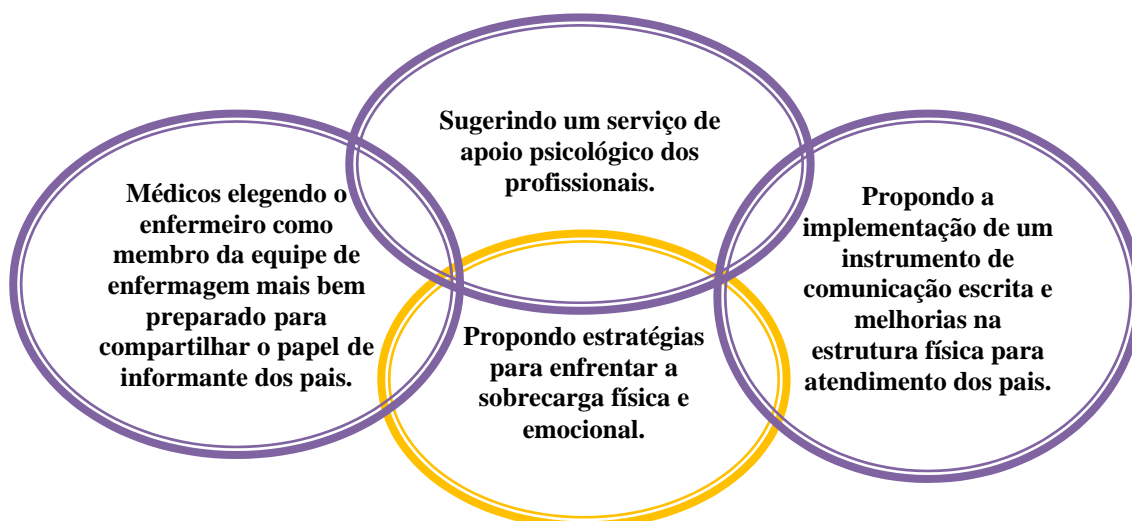


Diagrama 2. Fenômeno M2. Propondo estratégias para enfrentar a sobrecarga física e emocional: temas.

Tema M2.1. Médicos elegendo o enfermeiro como o membro da equipe de enfermagem mais bem preparado para compartilhar o papel de informante dos pais.

Visão da equipe médica que reconhece a inaptidão técnico-científica e emocional de técnicos e auxiliares de enfermagem, perante suas condutas clínicas, passando a considerar os enfermeiros mais bem preparados para compartilhar o papel de informante dos pais. Este tema reúne duas categorias: técnicos e auxiliares de enfermagem não constituindo competências emocional e técnico-científica para dar informações aos pais e julgando os enfermeiros preparados emocionalmente e técnico-cientificamente para dar informações aos pais (Diagrama 3).

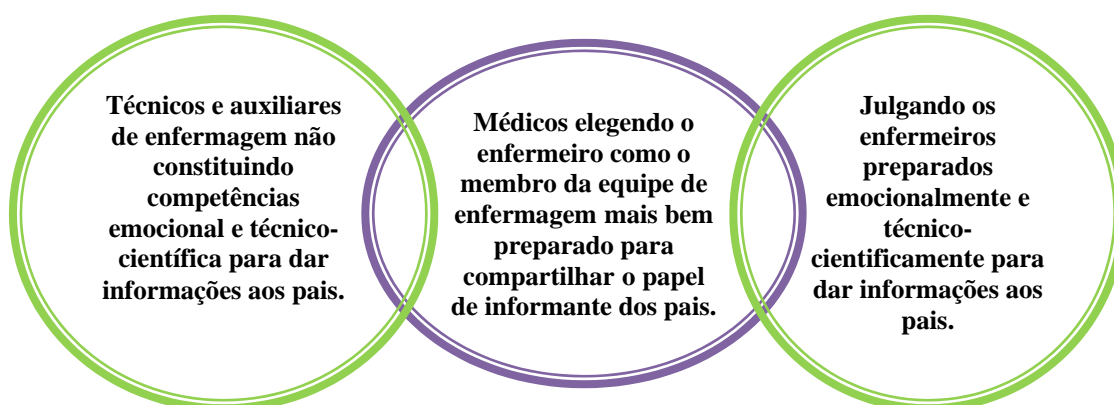


Diagrama 3. Tema M2.1. Médicos elegendo o enfermeiro como o membro da equipe de enfermagem mais bem preparado para compartilhar o papel de informante dos pais: categorias.

Categoria M2.1.1. Técnicos e auxiliares de enfermagem não constituindo competências emocional e técnico-científica para dar informações aos pais.

Significa o conjunto de competências constituído dos componentes: conhecimento técnico-científico e preparo emocional, eleito pela equipe médica como essenciais para fundamentar a informação concedida aos pais pela enfermagem. Esta categoria é composta por duas subcategorias: tendo que ter conhecimento técnico – científico para oferecer informações; técnicos e auxiliares envolvendo-se emocionalmente com os pais (Diagrama 4)/(Quadro 5).

“... Vendo que o RN está encaminhando para um momento mais grave, até o risco de morte [...], elas conseguem segurar melhor que as mais novas, mas até no momento delas, depois elas já recorrem a vocês (enfermeiras) e a nós [...]” (M5).



Diagrama 4. Categoria M2.1.1. Técnicos e auxiliares de enfermagem não constituindo competências emocional e técnico-científica para dar informações aos pais: subcategorias.

Subcategoria M2.1.1.1. Tendo que ter conhecimento técnico – científico para oferecer informações.

Situação observada pelos médicos ao ver que técnicos e auxiliares de enfermagem desprovidos de conhecimento técnico – científico têm dificuldades de interpretar condutas médicas, passando informações inadequadas aos pais, acerca do estado clínico do RN, repercutindo em interpretações distorcidas (Quadro 6)

[...] Elas não têm uma base para poder lidar com essas informações. Então por elas serem técnicas, elas não têm nenhuma noção sobre doenças. Elas não sabem o que passa ou não passa com o bebê. Elas não sabem interpretar o que é feito e elas até passam algumas coisas erradas para a família [...] (M3).

Subcategoria M2.1.1.2. Técnicos e auxiliares envolvendo-se emocionalmente com os pais.

Significa que técnicos e auxiliares de enfermagem, por estar muito mais tempo ao lado dos pais e bebês, têm maior envolvimento emocional com os mesmos, comprometendo a comunicação algumas vezes (Quadro 7).

[...] Eu percebo que elas têm muita dificuldade, [...] isso é uma opinião pessoal, de que elas acabam tendo muito envolvimento emocional. Isso também depende da experiência, mas mesmo algumas experientes, que estão aqui há bastante tempo, a gente nota certo comportamento de muita pena da família, e acaba não conseguindo ficar perto, preferem sair de perto para não ver a família [...] receber a notícia [...] (M2).

Categoria M2.1.2. Julgando os enfermeiros preparados emocionalmente e técnico-cientificamente para dar informações aos pais.

Significa que os médicos, em face ao despreparo emocional e sem vínculo com os pais elegem os enfermeiros mais capacitados para informar, pois estes têm mais vínculo, mais preparo e oferecem conforto aos pais. Esta categoria reúne quatro subcategorias: percebendo o despreparo dos pais para receber informações do RN; equipe médica não se considerando preparada para dar informações aos pais; equipe de enfermagem tendo facilidade para desenvolver vínculo com os pais; considerando o enfermeiro preparado a oferecer informações (Diagrama 5).

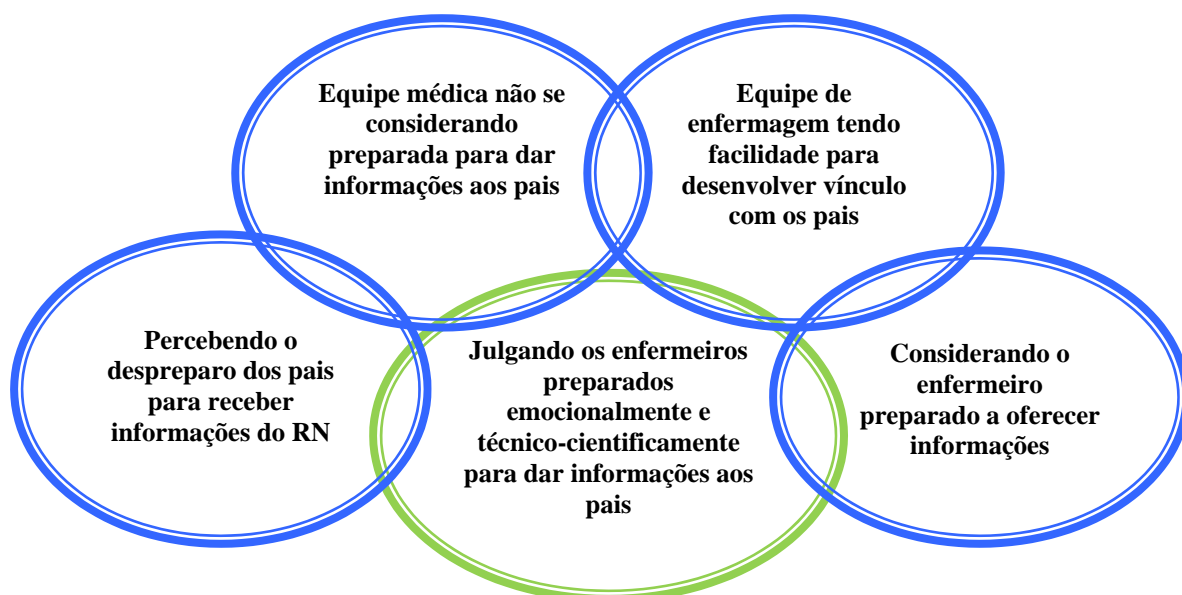


Diagrama 5. Categoria M2.1.2. Julgando os enfermeiros preparados emocionalmente e técnico-cientificamente para dar informações aos pais: subcategorias.

Subcategoria M2.1.2.1. Percebendo o despreparo dos pais para receber informações do RN.

Significa o estado de fragilidade que os pais estão expostos, pela circunstância da situação vivida, em face do ambiente pouco acolhedor que passam a frequentar, acometendo-os emocionalmente e, portanto dificultando a compreensão do contexto (Quadro 8).

[...] Já teve mãe que relatou para mim, que ela percebia que o bebê estava mal ou ruim, de acordo com o número de bombas de infusão, uma informação [...] que a enfermeira pode virar para ela e dizer não [...], às vezes eu estou infundindo um medicamento [...] (M9).

Subcategoria M2.1.2.2. Equipe médica não se considerando preparada para dar informações aos pais.

Significa a auto-avaliação da equipe médica, acerca do seu despreparo, perante o papel de informante dos pais, justificada no uso de linguagem ininteligível e na dificuldade de estreitar seu vínculo, porque permanece pouco tempo na UTIN em contato com os pais, fazendo com que estes ainda sintam-se inibidos a fazer qualquer tipo de questionamento (Quadro 9).

[...] só discutir mais os casos para a gente passar o mesmo tipo de informação, a mesma linha, porque a gente acaba falando de uma forma, a família acaba interpretando de um jeito e ela pode interpretar de outra forma [...] então falar mais ou menos a mesma linguagem [...] (M4).

Subcategoria M2.1.2.3. Equipe de enfermagem tendo facilidade para desenvolver vínculo com os pais.

Trata-se do processo de valoração do papel da enfermagem na comunicação com os pais, pela equipe médica. Esta reconhece sua relação interpessoal com os pais mais pontual quando comparada com a da enfermagem, a qual tem mais facilidades de estabelecer vínculos e promover conforto aos pais, mediante a sua proximidade com os mesmos, entretanto sinaliza a necessidade de um maior comprometimento da mesma com o processo (Quadro 10).

“... Eu acho que nessa parte elas, conseguem dar o apoio que a mãe precisa, porque na verdade, elas ficam o maior tempo lá, a gente fica um tempo que é menor em contato com a família...” (M5).

Subcategoria M2.1.2.4. Considerando o enfermeiro preparado para oferecer informações.

É o movimento da equipe médica em compartilhar o papel de informante dos pais com o enfermeiro, considerado o membro da equipe multiprofissional melhor preparado para enfrentar os pais nos momentos considerados críticos de se dar informações, como agravamento do estado clínico do RN e de óbito, entretanto o médico não deve se esquivar deste papel (Quadro 11).

“... Eu acho que da equipe toda quem mais consegue ajudar o médico, nessa situação, são as enfermeiras. Elas conseguem barrar a informação errada e seguram a situação, esperando que o médico fale...” (M7).

Tema M2.2. Sugerindo um serviço de apoio psicológico aos profissionais.

Percepção dos médicos em relação aos profissionais que atuam em ambiente de UTIs, que deveriam ter acompanhamento psicológico por equipe especializada para aliviar a sobrecarga emocional dos mesmos (Quadro 12).

[...] Acredito que poderiam ser feitas algumas coisas, tipo treinamento [...] de como lidar com as próprias emoções, para poder lidar com as emoções dos outros [...], mas eu acho que algum treinamento específico, ou porque não, reuniões com psicólogos ou grupos para você poder dizer o que está pensando [...] (M2).

Tema M2.3. Propondo a implementação de um instrumento de comunicação escrita e melhorias na estrutura física para atendimento dos pais.

Significa que, a providência de uma sala reservada para os pais receberem informações e da publicação diária de boletim sobre o estado clínico do RN, poderia se configurar em componentes facilitadores no processo de comunicação equipes-pais. Este tema reúne duas categorias: sugerindo a implementação de um instrumento de comunicação escrita; sinalizando a necessidade de melhorias na estrutura física para acolher os pais durante a informação (Diagrama 6).

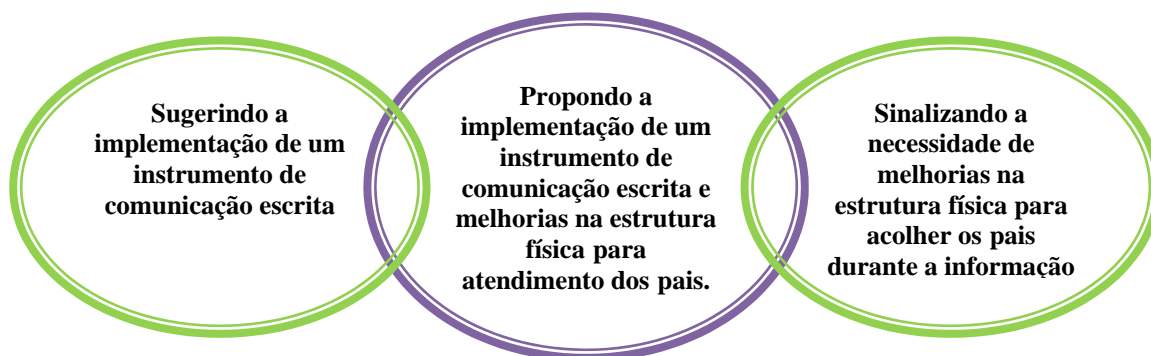


Diagrama 6. Tema M2.3. Propondo a implementação de um instrumento de comunicação escrita e melhorias na estrutura física para atendimento dos pais: categorias.

Categoria M2.2.1. Sugerindo a implementação de um instrumento de comunicação escrita.

Significa a sugestão de se implementar um boletim como estratégia de melhoria da comunicação médico – enfermagem – pais diária a cerca da informação do estado clínico do RN (Quadro 13).

“... Eu conversava com os pais dos nenês que eram graves, tinha a telefonista, a gente passava o boleto, a telefonista passava os nenês que não eram graves de estado, mas os nenês que eram graves, a ligação passava e eu conversava com os pais...” (M8).

Categoria M2.2.2. Sinalizando a necessidade de melhorias na estrutura física para acolher os pais durante a informação.

É a sinalização da equipe médica sobre a importância de ter um local privativo para os pais receberem as informações sobre seus bebês, bem como outras recomendações (Quadro 14).

“... O ideal é que a gente tivesse uma salinha. Onde eu trabalhava, existia uma salinha. A mãe entrava, o pai entrava e sentavam. Discutia-se com calma e tiravam-se todas as dúvidas...” (M8).

DESCOBRINDO A CATEGORIA CENTRAL

Para se descobrir a categoria central a estratégia utilizada foi inter-relacionar os dois fenômenos: reconhecendo a sobrecarga de trabalho como um dos componentes que rompem a interação médico – enfermagem - pais e propondo estratégias para enfrentar a sobrecarga física e emocional, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes (temas, categorias e subcategorias), permitindo que estes componentes evidenciassem o movimento da experiência interacional entre equipes e pais perante a informação do estado clínico do RN.

Esta experiência, segundo a visão dos médicos, mostra-nos que a sobrecarga de trabalho, por déficit de pessoal nas áreas, é um dos dificultadores da interação entre equipes-pais distanciando-os do processo de comunicação, levando-os ao não compartilhamento do papel de informante dos pais.

Entretanto, a equipe médica propõe medidas para melhoria do processo comunicativo, julgando as competências dos profissionais da equipe de enfermagem, como conhecimento técnico – científico e preparo emocional para compartilhar este papel de informante; valorizam e passam a eleger o enfermeiro como melhor preparado para o papel de informante, pois estes têm capacitação e criam vínculo com os pais com mais facilidade, atendendo as expectativas dos mesmos; sugerem que os profissionais que trabalham nesta área tenham acompanhamento por grupos de apoio psicológico e ainda, sinalizam a necessidade da melhoria na estrutura física para acolhimento destes pais no momento da informação e também a implantação de instrumento de comunicação escrito o estado clínico do RN, para redução da ansiedade e melhor conforto dos pais.

Este movimento contribui para a melhoria do processo de comunicação na UTIN.

Portanto a categoria central desta experiência, segundo a visão dos médicos intitulou-se: **ALMEJANDO ALIVIAR A SOBRECARGA FÍSICA E EMOCIONAL GERADA PELO PAPEL DE INFORMANTE DOS PAIS NA UTIN.**

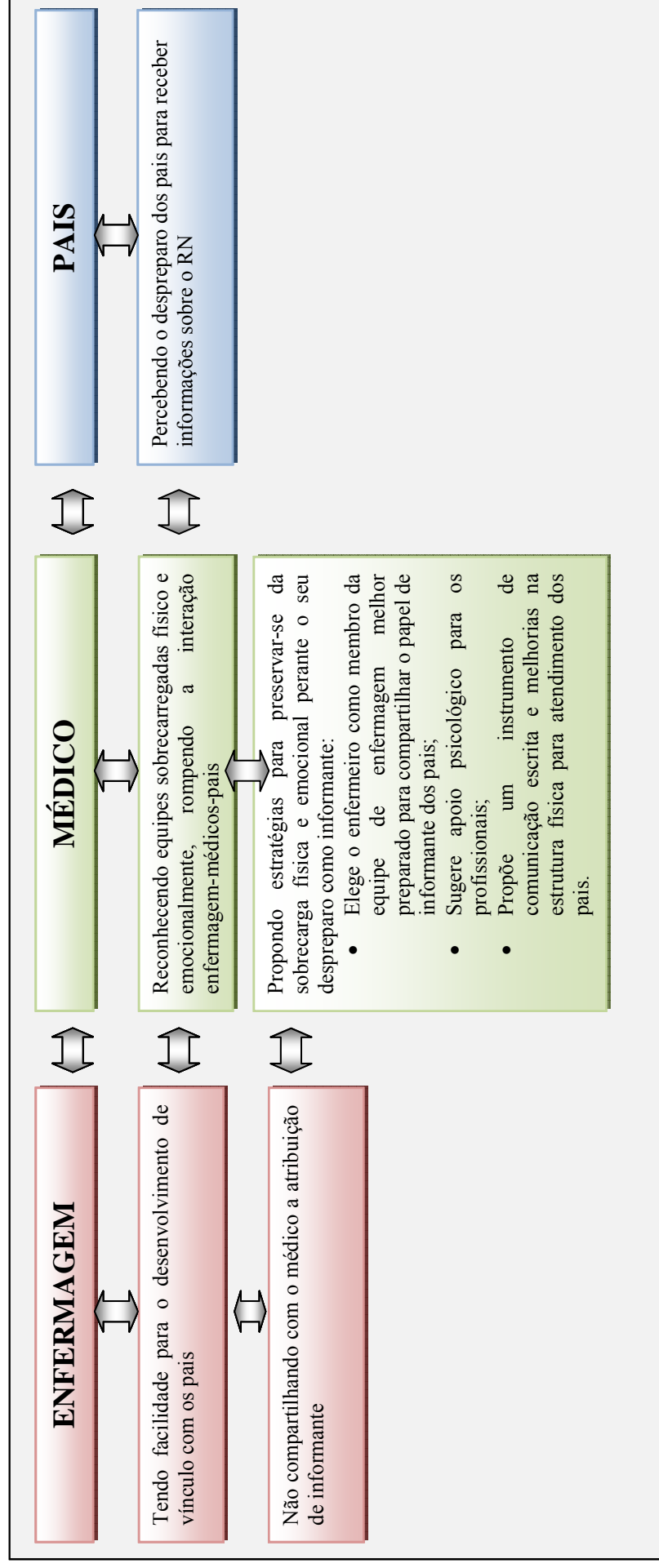


Diagrama 7. Categoria Central: Almejando aliviar a sobrecarga física e emocional gerada pelo papel de informante dos pais na UTIN.

3.2. EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE MÉDICA - EQUIPE DE ENFERMAGEM - PAIS, MEDIANTE A INFORMAÇÃO DO ESTADO CLÍNICO DO RN DE ALTO RISCO, SEGUNDO A VISÃO DA ENFERMAGEM.

DESCOBRINDO OS FENÔMENOS

Fenômeno E.1.Vínculo médicos-pais facilitando a compreensão dos pais do contexto clínico-assistencial do RN.

Ação percebida por membros da equipe de enfermagem, acerca de médicos que ainda se matem dispostos a dar informações aos pais e, portanto estes não se deparam com barreiras para abordá-los para tal. Esse diferencial se dá em face da relação interacional próxima, fazendo que o vínculo médicos-pais se estreite, facilitando o acesso dos mesmos às informações e assim a compreensão do contexto clínico-assistencial do RN. Este fenômeno abarca duas categorias: melhorando a qualidade das informações com o estabelecimento do vínculo médicos-pais; médico oferecendo informações por telefone aos pais (Diagrama 8).



Diagrama 8. Fenômeno E1. Vínculo médicos-pais facilitando a compreensão dos pais do contexto clínico-assistencial do RN: categorias.

Categoria E.1.1. Melhorando a qualidade das informações com o estabelecimento do vínculo médicos-pais.

Trata-se de um componente eleito pela enfermagem como interveniente na qualidade da comunicação estabelecida entre médicos e pais (Quadro 15).

[...] eles são responsáveis, então a gente os chama para dar informação [...], nunca tive nenhum problema nessa parte [...] (E5-12). [...] Eles conversam com todos os familiares quando estão aqui, a disponibilidade deles aqui é bem melhor, estão sempre passando visita enquanto a família está visitando,

e aí conversam com os familiares, passam as informações e esclarecem tudo [...] (E6-15).

Categoria E.1.2. Médico oferecendo informações por telefone aos pais.

Equipe de enfermagem percebendo que a estratégia de informar pelo telefone é boa, facilitando aos pais que moram longe, as informações sobre o estado clínico de seus bebês (Quadro 16).

[...] Eu acho a informação por telefone boa. O horário é curto, mas está bom, porque existe essa possibilidade, essa exceção [...] (E7-17). Assim, quando os médicos não conseguem falar com a família, eles dão essa abertura de estar ligando para saber do bebê [...] (E6-15).

Fenômeno E2. Pais não compreendendo o contexto clínico-assistencial quando não se estabelece a interação médico – enfermagem - pais.

Trata-se de uma estratégia utilizada pelo médico para se preservar da sobrecarga física e emocional gerada pelo papel de informante dos pais sobre o estado clínico do RN de risco, bem como da falta da implementação de comunicação escrita, trabalho com grupo de pais e local adequado para atendimento dos mesmos. Este fenômeno congrega três temas: médico dificultando os pais de obterem informações com a enfermagem, quando não estabelece uma comunicação eficiente com a mesma, acerca do estado clínico do RN; médico impondo barreiras na comunicação com os pais, mediante o despreparo de enfrentar o sofrimento; necessitando implementar instrumento de comunicação escrita, reuniões com os pais e melhorias da estrutura física para atendimento dos mesmos (Diagrama 9).

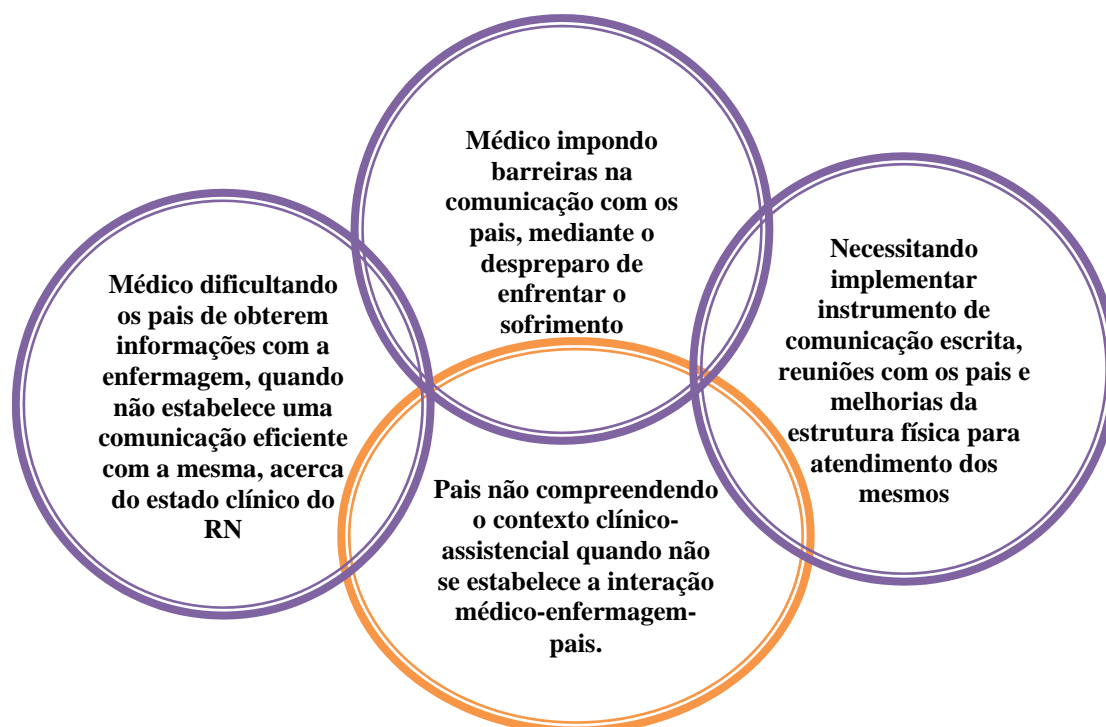


Diagrama 9. Fenômeno E2. Pais não compreendendo o contexto clínico-assistencial quando não se estabelece a interação médico – enfermagem - pais: temas.

Tema E2.1. Médico impondo barreiras na comunicação com os pais, mediante o despreparo de enfrentar o sofrimento.

Retrata as barreiras de comunicação impostas aos pais pela equipe médica na informação do estado clínico do bebê internado numa UTIN. Esta fase da experiência é percebida pela equipe de enfermagem e relatada pela mesma como deficiente, devido a vários fatores, que vão desde a capacitação e processo de formação dos médicos até a não execução da informação pela sobrecarga e perda de interesse dos mesmos por ela. Este tema reúne duas categorias: formação médica não capacitando e depreciando o processo de comunicação médicos-pais; médico dificultando o acesso dos pais a informações do estado clínico do RN para se preservar de sofrimento psíquico (Diagrama 10).



Diagrama 10. Tema E2.1. Médico impondo barreiras na comunicação com os pais, mediante o despreparo de enfrentar o sofrimento dos pais: categorias.

Categoria E2.1.2. Formação médica não capacitando e depreciando o processo de comunicação médicos-pais.

A formação médica é percebida pela equipe de enfermagem como um dos componentes intervenientes na qualidade do relacionamento interpessoal médico - pais, na UTIN. O fato desta competência não se constituir ou se perder do processo de cuidar, durante a formação do profissional, contribui para a depreciação no estabelecimento de interações efetivas médico - pais, durante a informação do estado clínico do RN de alto risco (Quadro 17).

[...] Eu acho que os residentes deveriam ter desde o começo [...] um treinamento [...], a respeito da informação oferecida aos pais [...] (E10-25). [...] Eles realmente, começam querendo [...] conversar com os pais, mas quando chega à metade do ano, [...] começam a perder isso. Eles vão se distanciando dos pais e quando se aproxima o final do ano, piorou [...] (E7-18).

Categoria E2.1.2. Médico dificultando o acesso dos pais às informações do estado clínico do RN, para se preservar de sofrimento psíquico.

Trata-se de uma estratégia utilizada pelo médico para se preservar de sofrimento psíquico, em face das prováveis reações emocionais dos pais ao compreenderem em profundidade as informações não animadoras da situação clínica do bebê. Para tanto, ao manter uma comunicação pouco clara e superficial com os pais, não permitirá que os sentidos destes captem com nitidez a realidade, muitas vezes, dolorosa dos fatos. Esta categoria abarca três subcategorias: médico não se mostrando disponível para atender aos

pais; médico acobertando informações dos pais, mediante as dificuldades de interação com as reações emocionais dos mesmos, em face de prognósticos ruins; médico não se disponibilizando a oferecer informações acerca do RN, mediante os impedimentos de horário e de transporte dos pais à Instituição (Diagrama 11)/ (Quadro 18).

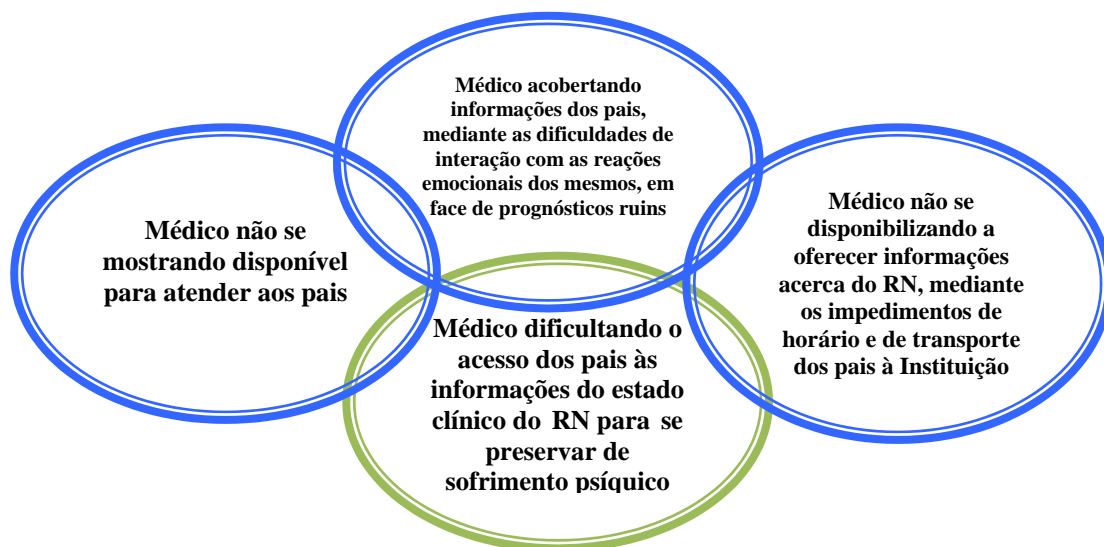


Diagrama 11. Categoria E2.1.2. Médico dificultando o acesso dos pais a informações do estado clínico do RN para se preservar de sofrimento psíquico: categorias.

Subcategoria E2.1.2.1. Médico não se mostrando disponível para atender aos pais.

Percepção da equipe de enfermagem ao ver que alguns médicos deixam de informar para realizar outras atividades dentro da UTIN. Esta subcategoria reúne quatro elementos: médico estabelecendo horário para dar informações aos pais; médico não cumprindo com o horário estabelecido; equipe de enfermagem percebendo que diante da gravidade do caso, equipe médica deveria ser mais flexível com o horário; médico manifestando-se contrariado e frio ao dar informações aos pais (Quadro 19).

[...] não sei se é excesso de trabalho que eles têm [...]. UTI lotada, muitos bebês para eles estarem vendo, examinando. Nenês que têm que fazer certos procedimentos [...] e a mãe acaba ficando sem a informação [...] (E1-2). [...] Eles dão informação sim, mas [...] dão prioridade para outras coisas, só dão quando eles têm tempo [...] (E2-4).

[...] Eu acho que tem que ter um horário melhor, ter um horário fixo para as mães. A gente chama após as catorze horas e eles (residentes) não podem dar

informação. Então, alguns dão informação e dá tudo certo, mas a maioria não dá (E8-20). [...] Eu acho que teria que melhorar [...]. Estabelecer um horário, depois cumprir com isso, independente do que eles estejam fazendo [...] (E1-2).

Subcategoria E2.1.2.2. Médicos acobertando informações dos pais, mediante as dificuldades de interação com as reações emocionais dos mesmos, em face de prognósticos ruins.

Significa a atitude não-terapêutica daquele médico que, prefere ocultar dos pais à situação real do bebê, ao invés de colocá-los a par da situação de risco, para que os mesmos não se sintam surpreendidos e futuramente não apresentem dificuldades de enfrentar a piora do estado clínico do RN. Esta subcategoria reúne quatro elementos: médico plantonista esquivando-se ou informando os pais superficialmente; médicos utilizando linguagem não inteligível ao informar os pais; médico não se preocupando em validar a compreensão dos pais, acerca das condições clínicas do bebê; pais ficando sem compreender as informações passadas pelo médico (Quadro 20).

[...] Há diferença na explicação com relação ao profissional que já está cuidando do bebê dia-a-dia e daquele que está fazendo o plantão [...] (E4-9). [...] Eles dizem: — Eu sou o plantonista, amanhã você conversa durante o dia com o médico que está aqui [...] (E9-22).

[...] eles trabalham com palavras, com diagnóstico técnico que, muitos pais não conhecem, não sabem [...] (E7-17). [...] Precisa-se utilizar uma linguagem mais simples [...] (E1-1).

[...] Vemos que, a maioria das mães, que tem seus bebês ali na UTI é carente. São pessoas que, muitas vezes, os médicos explicam muitas coisas, mas não entendem plenamente o que é dito a elas. Então, eu acho que os médicos poderiam usar uns termos mais simples quando dão informações dos bebês [...] (E1-1). [...] Algumas vezes, eles trabalham com termos técnicos que muitos pais não conhecem [...] (E7-17).

Subcategoria E2.1.2.3. Médico não se disponibilizando a oferecer informações, acerca do RN, mediante os impedimentos de horário e de transporte dos pais à Instituição.

Percepção da equipe de enfermagem ao ver que fora do horário pré-estabelecido, mesmo que os pais não tenham condições sociais, principalmente de transporte, a equipe médica não fornece informações sobre o bebê. Esta subcategoria agrupa dois elementos: médico não tendo disponibilidade de oferecer informações aos pais fora do horário estabelecido; pais ficando sem informações do RN, mediante os impedimentos de horário e de transporte (Quadro 21).

[...] Já teve vezes, dos pais ligarem à noite, de madrugada e o residente que estava de plantão [...] falou que não era o horário de ligarem [...], mas já teve casos deles negarem informações [...] (E5-12). [...] Às vezes, o médico fala que é para a mãe ligar depois e ela acaba ficando sem a informação [...] (E1-2).

[...] Muitas vezes, os pais vêm fora de horário, porque está de ônibus, ambulância e precisam saber dos nenês para irem embora e os médicos não dão informação. Até chegarem às cidades de onde vieram, já passou o horário de ligarem [...] (E7-17). Muitas vezes, a hora que os pais ligam, eles demoram muito para atender [...]. São pessoas carentes que sabe lá como conseguiram dinheiro para estar ligando e esperam um tempão no telefone para ter essa informação [...] (E10-25).

Tema E2.2. Médico dificultando os pais de obterem informações com a enfermagem, quando não estabelece uma comunicação eficiente com a mesma, acerca do estado clínico do RN.

Trata-se de uma estratégia dos médicos em dificultar o acesso dos pais às informações sobre o estado clínico do RN por meio da enfermagem. Este tema reúne duas categorias: pais recorrendo à enfermagem por informações do bebê; pais tendo dificuldade de acessar da enfermagem informações clínicas do RN mais exata, porque os médicos não compartilham o papel com a mesma (Diagrama 12).

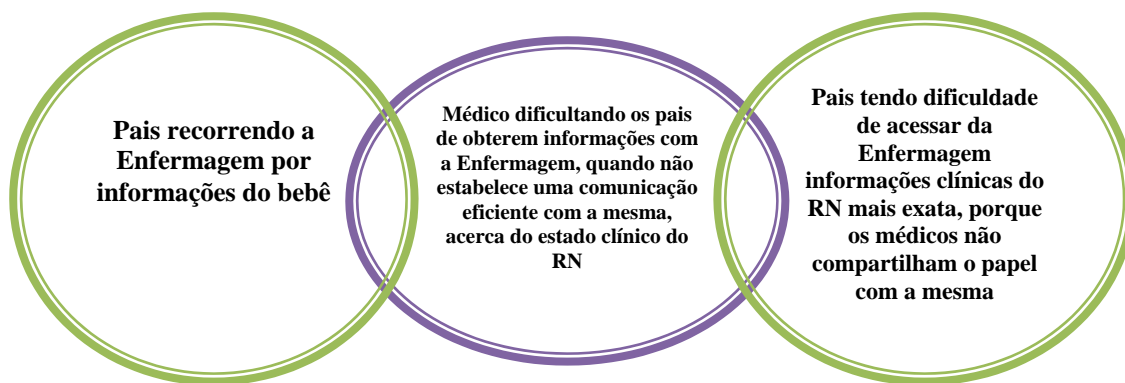


Diagrama 12. Tema E2.2. Médico dificultando os pais de obterem informações com a Enfermagem, quando não estabelece uma comunicação eficiente com a mesma, acerca do estado clínico do RN: categorias.

Categoria E. 2.1: Pais recorrendo à Enfermagem por informações do bebê.

Significa o movimento empreendido pelos pais para se dirigir à Enfermagem, ao se sentirem desprovidos de informações médicas, a respeito do estado clínico do bebê. Esta categoria agrupa cinco subcategorias: enfermagem considerando o processo comunicativo médicos-pais não efetivo; pais recorrendo à enfermagem perante recusa da equipe médica em dar informação por telefone; pais buscando esclarecimento junto à Enfermagem, mediante informações médicas não claras; pais dirigindo-se a Enfermagem ao levarem um choque com o estado do bebê no horário da visita; enfermagem achando que deveria ter médico disponível para dar informação aos pais (Diagrama 13).

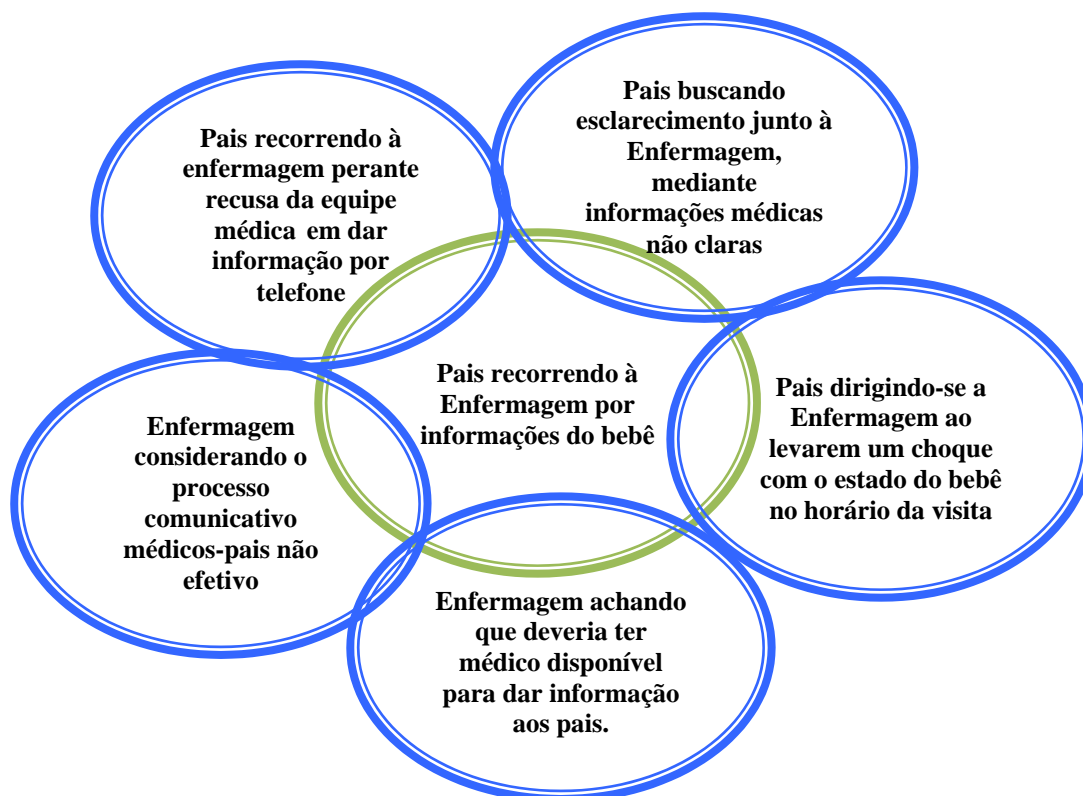


Diagrama 13. Categoria E2.1. Pais recorrendo à Enfermagem por informações do bebê: subcategorias.

Subcategoria E2.2.1.1. Enfermagem considerando o processo comunicativo médicos-pais não efetivo.

É o resultado não satisfatório da avaliação realizada pela equipe de enfermagem, sobre a qualidade do processo de comunicação médicos-pais, durante o oferecimento de informações sobre o estado clínico do RN internado na UTIN (Quadro 22).

[...] Existe uma comunicação, mas eu acho que ainda, essa comunicação, ela é bastante deficiente [...] (E1-1). [...] Eu acho que na UTI, os médicos oferecem informação para os pais, mas deveria melhorar [...] (E7-17).

Subcategoria E2.2.1.2. Pais recorrendo à enfermagem perante recusa da equipe médica em dar informação por telefone.

Significa a atitude dos pais ao dirigir-se à enfermagem para obter informações não concedidas pelos médicos por telefone (Quadro 23).

[...] Os pais dizem recorrerem à enfermeira que esta no plantão para conseguir alguma informação do bebê. De um lado os pais querendo saber e

do outro os médicos não podem atender, aí damos uma informação superficial pelo telefone [...] (E7-18).

Subcategoria E2.2.1.3. Pais buscando esclarecimento junto à Enfermagem, mediante informações médicas não claras.

Equipe de enfermagem percebendo que os pais não entendendo as informações concedidas pela equipe médica, acabam recorrendo a ela para esclarecimento de dúvidas quanto às informações recebidas (Quadro 24).

[...] Os residentes viram as costas e os pais perguntam para nós: — O que é isso que o médico falou? [...] (E7-17). [...] Os pais acabam tirando as dúvidas com a gente (Enfermagem) [...] (E5-12).

Subcategoria E2.2.1.4. Pais levando um choque com o estado do bebê no horário da visita.

Trata-se de um abalo psíquico daqueles pais que ainda permanecem com dificuldade de entender o estado clínico e o tratamento pelo qual o bebê está sendo submetido na UTIN. Assim, eles se assustam ao se depararem, pela primeira vez, com a imagem do filho em assistência ao paciente em estado crítico. Ademais, nem passa pela cabeça os riscos de seqüelas que as patologias podem vir a acarretar sobre o RN (Quadro 25).

[...] Os pais chegam e vêem a criança cheia de tubos, de fios para todos os lados. Eles não entendem nada do que é aquilo. Aí chega o médico e fala: — Seu bebê está no CPAP. Eles nem imaginam o que seja o CPAP [...] (E3-6).

Subcategoria E2.2.1.5. Enfermagem achando que deveria ter médico disponível para dar informação.

Equipe de enfermagem achando que equipe médica deveria deixar disponível um de seus membros para dar informações aos pais em qualquer horário, porque essas são suas atribuições privativas (Quadro 26).

[...] Se eles não podem atender, deveriam passar para outro residente, outra pessoa que possa conversar com as mães [...] (E1-2). [...] Acho que ele tem que estar livre na hora que o familiar estiver ali esperando e não é isso o que acontece [...] (E2-4).

Categoria E2.2.2. Pais tendo dificuldade de acessar informações clínicas do RN ao recorrer à enfermagem, porque os médicos não compartilham o papel com a mesma.

Situação decorrente de a enfermagem ter um déficit de conhecimento técnico-científico, levando-a a informar superficialmente, dificultando o processo comunicativo com os pais, devido ao não compartilhamento do papel de informante. Esta categoria agrupa duas subcategorias: médico resistindo em compartilhar o papel de informante com a Enfermagem ao indispor de comunicação eficiente com a mesma; enfermagem assumindo um papel de informante superficial dos pais, em face do sofrimento por falta de informações do estado clínico do RN (Diagrama14).

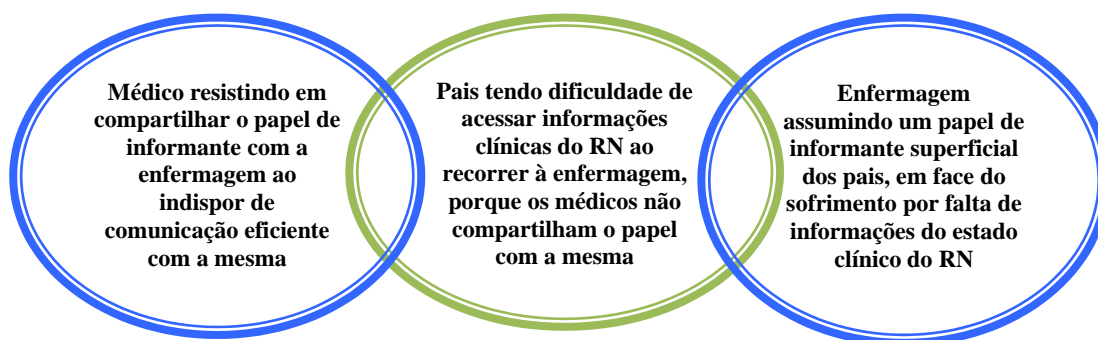


Diagrama 14. Categoria E2.2.2. . Pais tendo dificuldade de acessar informações clínicas do RN ao recorrer à enfermagem, porque os médicos não compartilham o papel com a mesma: subcategorias.

Subcategoria E2.2.1. Médico resistindo em compartilhar o papel de informante com a enfermagem ao indispor de comunicação eficiente com a mesma.

Significa a intencionalidade da enfermagem em mediar conflitos na práxis, uma vez que os médicos residentes da UTIN vêm dominando a execução de procedimentos que são também do escopo da enfermagem e ao mesmo tempo limitando-a de atuar como informantes de pais, sabendo-se que a mesma é a que tem formação em comunicação interpessoal, podendo ajudar a melhorar o processo. Em face desse processo, a enfermagem percebe que não há integração de suas atividades com as dos médicos, porque estes se ocupam demasiadamente de desenvolver habilidades em procedimentos invasivos. Esta subcategoria abarca dois elementos: enfermagem almejando compartilhar com os médicos residentes o papel de informante dos pais e nos procedimentos na UTIN; médico indispondo de comunicação eficiente com a enfermagem (Quadro 27).

[...] Pelo fato de não termos muito espaço, eu digo assim, eles tentam não deixar espaço para a gente informar, talvez se nós tivéssemos mais espaço, as coisas evoluiriam melhor [...] (E9-23). [...] Muita coisa, a gente poderia orientar a família e eles ficariam mais tranquilos [...] (E5-13). [...] Nessa parte de comunicação, não só com as mães, mas também com a equipe de enfermagem, a gente tem que estar sempre conversando e ver o que é melhor [...] (E1-3).

Subcategoria E2.2.2.2. Enfermagem assumindo um papel de informante superficial dos pais, em face do sofrimento dos mesmos por falta de informações do estado clínico do RN.

Ação solidária aos pais que se dirigem à Enfermagem com déficit de conhecimento do estado clínico do RN, decorrente de informações não compreendidas, bem como de impedimentos de acesso à Instituição no horário estabelecido. Esta subcategoria agrega dois elementos: enfermagem sentindo-se entre o fogo cruzado na interface com o processo interacional médico - pais; enfermagem em solidariedade aos pais, informando-os superficialmente (Quadro 28).

[...] os médicos não dão informação, a gente insiste dizendo que os pais só gostariam de saber como o bebê passou [...], então recorremos à enfermeira de plantão [...] (E7-18). [...] Eu acho que a família precisa de toda informação possível, porque sempre me coloco no lugar das mães e fico imaginando [...] (E4-11). [...] Teve caso do plantonista falar que não era o horário de ligar, que não iria dar informação [...], mas já teve casos deles negarem sim [...] e eu falo a parte que cabe a mim [...] (E5-13).

Tema E2.3. Necessitando implementar instrumento de comunicação escrita, reuniões com os pais e melhorias da estrutura física para atendimento dos mesmos.

Significa as sugestões de investimentos em estratégias que poderiam melhorar o processo de comunicação com os pais. Este tema agrupa duas categorias: enfermagem achando que lugar privativo para dar informações ajudaria a melhorar; necessitando implementar instrumento de comunicação escrita, reuniões com os pais e melhorias na estrutura física para atendimento dos mesmos (Diagrama 15).



Diagrama 15. Tema E2.3. Necessitando implementar instrumento de comunicação escrita, reuniões com os pais e melhorias na estrutura física para atendimento dos mesmos: categorias.

Categoria E2.3.1. Enfermagem percebendo que boletim informativo e grupo de pais melhorariam informações.

Equipe de enfermagem percebendo limitações dos médicos em dar informações, sugere a criação de boletins informativos acerca do estado clínico do RN e também propõem o grupo de pais, em que várias dúvidas e situações sejam acolhidas por uma equipe multiprofissional (Quadro 29).

[...] Se tivesse aquele esquema [...], que é o boletim [...], poderia ajudar [...] (E5-13). [...] Tem uma coisa que eu achava boa e que não tem mais [...], é o grupo das mães, que ali são sanadas várias dúvidas dos bebês daqui e várias dúvidas de fora que elas querem dividir, que tem hora que elas falam coisas em comum [...] (E5-14).

Categoria E2.3.2. Enfermagem achando que lugar privativo para dar informações ajudaria a melhorar.

Equipe de enfermagem percebendo a importância de se ter um lugar privativo em que as informações fossem dadas e pudessem ser compreendidas pelos pais, longe da agitação da UTIN (Quadro 30).

[...] Se tivesse um espaço reservado para falar com a família, de uma forma mais clara, porque às vezes o familiar está ali próximo de outro e não entende muito bem do quadro e tem todo aquele receio de estar perguntando. Aquele receio de quem está lá do lado escutando o que se fala do seu filho. Talvez tivesse que ter um lugar mais reservado para falar com a família [...] (E6-16).

DESCOBRINDO A CATEGORIA CENTRAL

A estratégia para descobrir a categoria central foi inter-relacionar os dois fenômenos: vínculo médicos-pais facilitando a compreensão dos pais do contexto clínico-assistencial do RN e pais não compreendendo o contexto clínico-assistencial quando não se estabelecem a interação médicos – enfermagem - pais, buscando compará-los e analisá-los para compreender a interação de seus componentes (temas, categorias, subcategorias e elementos), permitindo que estes evidenciassem o movimento da experiência interacional entre equipes e pais perante a informação do estado clínico do RN de alto risco.

A equipe de enfermagem percebe que a informação é compreendida pelos pais quando o vínculo entre eles e os médicos é presente e quando há facilidade de oferecer estas informações em todos os horários e também por telefone.

Por outro lado, nota-se que os médicos impõem barreiras ao oferecer informações pelo despreparo e falta de capacitação profissional; para preservar-se de sofrimento psíquico trazido pela reação dos pais ao recebê-las; pela sobrecarga de atividades desenvolvidas na UTIN e pela resistência em dividir o papel de informante com a enfermagem.

Entretanto a enfermagem sente-se num fogo cruzado, pois de um lado têm os médicos que não compartilham a informação e não dividem o papel de informante, e do outro fica os pais recorrendo a ela para obter a informação. Desta forma ela acaba assumindo o papel de informante superficial dos mesmos, atuando como agente pacificador mediante o conflito interesses sobre a informação.

Portanto a categoria central desta experiência intitulou-se como: **VENDO-SE ENTRE O FOGO CRUZADO MÉDICOS – PAIS: ENFERMAGEM ASSUMINDO O PAPEL DE PACIFICADOR COMO INFORMANTE NA UTIN.**

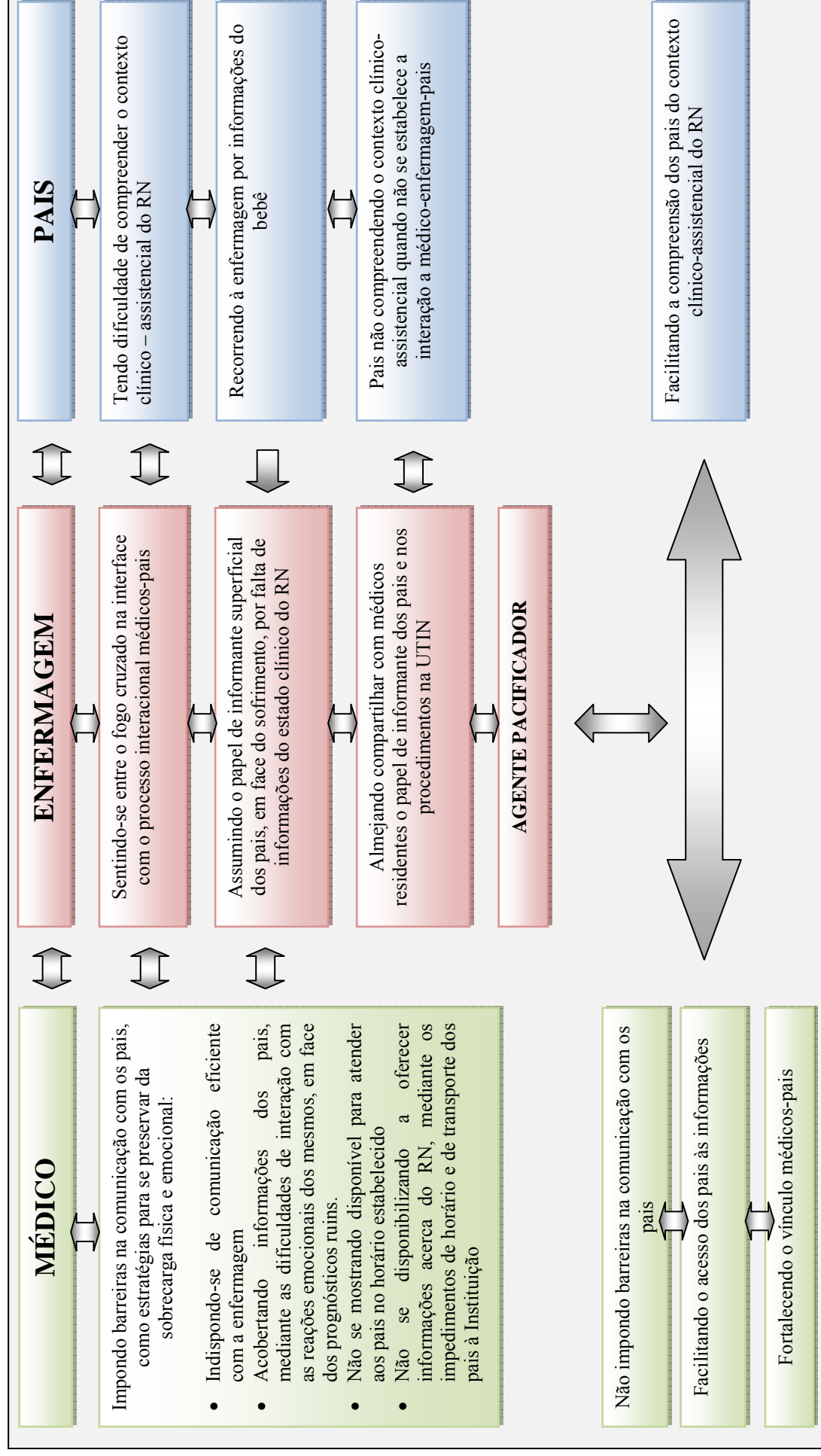


Diagrama 16. Categoria Central E: Vendo-se entre o fogo cruzado médicos-pais: enfermagem assumindo o papel pacificador como informante na UTIN.

3.3. EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE MÉDICA - EQUIPE DE ENFERMAGEM - PAIS, MEDIANTE A INFORMAÇÃO DO ESTADO CLÍNICO DO RN DE ALTO RISCO, SEGUNDO A VISÃO DOS PAIS.

DESCOBRINDO OS FENÔMENOS

Fenômeno P1. Amparando-se na espiritualidade e no conforto oferecido pela equipes para enfrentar a experiência de ter um bebê na UTIN.

Significa o processo de enfrentamento utilizado pelos pais diante da situação difícil de ter um bebê hospitalizado em uma UTIN, apoiados na equipe e na fé que nutre a esperança, perante aos obstáculos a serem vencidos. Este fenômeno agrupa quatro categorias: chocando-se com a situação e com as informações médicas realistas; sentindo-se aflitos com o choque; desanimando-se diante da informação médica; recebendo conforto e apoio das equipes; apoiando-se na espiritualidade para enfrentar a situação (Diagrama 17).

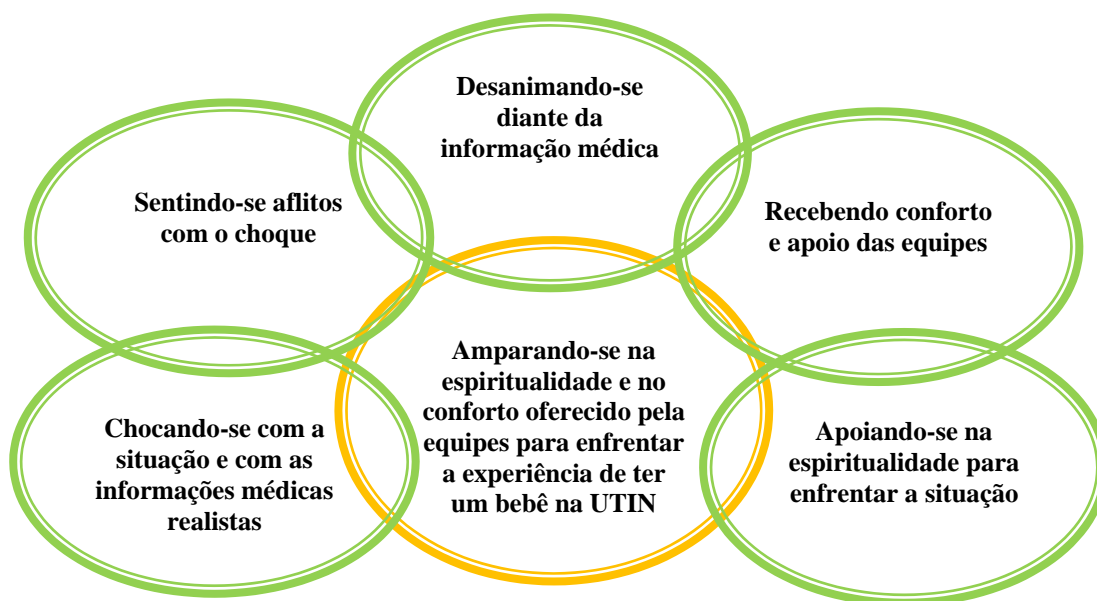


Diagrama 17. Fenômeno P1: Amparando-se na espiritualidade e no conforto oferecido pela equipes para enfrentar a experiência de ter um bebê na UTIN: categorias.

Categoria P1.1. Chocando-se com a situação e com as informações médicas realistas.

É uma reação decorrente da inconformidade com a situação de ter o seu bebê em estado crítico, em uma UTIN, percebida como cenário estranho, abrigando um bebê diferente do que tinham imaginado, bem como cuidado por uma equipe médica, aparentemente, fria e realista perante as informações (Quadro 31).

“... Quando eu o vi foi muito forte pra mim, porque eu não imaginava que ele fosse ficar todo entubado daquele jeito [...], embora sendo prematuro, a gente imagina diferente. Foi complicado, foi muito difícil pra mim...” (P1).

Categoria P1.2. Sentindo-se aflitos com o choque.

Estado de excitação decorrente da situação de choque vivenciada pelos pais que se mostram aflitos e nervosos ao deparar-se com seu bebê pela primeira vez (Quadro 32).

“... Eu fiquei aflita na hora que eu cheguei aqui, queria saber o porquê tinham entubado meu bebê, o que tinha acontecido [...]. Eles me explicaram...” (P2).

Categoria P1.3. Desanimando-se diante da informação médica.

Estado de desalento dos pais, diante das primeiras informações recebidas dos médicos (Quadro 33).

“... Só que meu esposo foi vê-lo e pra ele foi um choque, porque ele não esperava que o R. ia nascer dessa tal maneira. [...] A médica falou um monte de coisa para ele que deixou-o pra baixo...” (P4).

Categoria P1.4. Recebendo conforto e apoio das equipes.

Trata-se da percepção dos pais em relação à equipe de enfermagem e outras equipes que fornecem apoio e conforto para tranquilizá-los diante de situações difíceis (Quadro 34).

“... Não é fácil, todo dia, você ver seu filho no hospital. E quanto menos você ouvir [...]. Não é fácil! [...] Elas dão muito conforto para a gente também...” (P10).

Categoria P1.5. Apoiando-se na espiritualidade para enfrentar a situação.

Significa a crença e a confiança em um Ser transcendental, onipotente e onisciente, capaz de garantir a recuperação de seu bebê e mantê-los equilibrado físico e emocionalmente (Quadro 35).

“... A pediatra veio, conversou comigo [...], e eu já sabia do probleminha dele, que ele não ia resistir mesmo, que ele ia entrar em óbito [...], eu falei a ela que tinha entregado nas mãos de Deus primeiramente, e depois na equipe da UTIN que cuidava dele...” (P4).

Fenômeno P2. Satisfazendo suas necessidades de segurança em face da compreensão da assistência oferecida pelas equipes.

Sentimento de segurança expressado pelos pais ao compreender as informações sobre a assistência e tratamento oferecidos ao RN pelas equipes. Este fenômeno reúne duas categorias: sentindo-se satisfeitos com as informações; pais sentindo-se seguros com o tratamento do RN (Diagrama18).

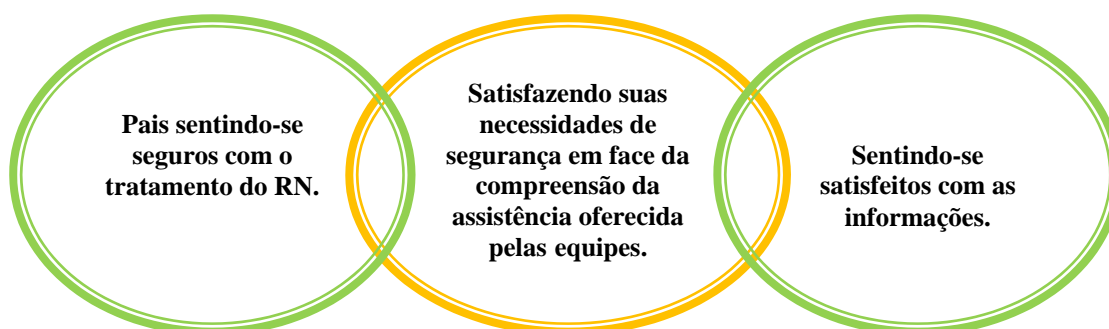


Diagrama 18. Fenômeno P2: Satisfazendo suas necessidades de segurança em face da compreensão da assistência oferecida pelas equipes: categorias.

Categoria P2.1. Sentindo-se satisfeitos com as informações.

Trata-se da satisfação manifesta por um grupo de pais, em relação às informações recebidas sobre o estado clínico do RN e a assistência oferecida pelas equipes. Qualificam as mesmas como atenciosas e acolhedoras, quando estas conseguem oferecer informações espontaneamente ou quando solicitadas, mesmo fora de horários, possibilitando a compreensão do tratamento, despertando segurança que ao RN está sendo mobilizado por todos os recursos e tratamentos possíveis. Esta categoria reúne três subcategorias: pais recebendo informações de médicos plantonistas; pais obtendo informações do médico pelo telefone; não tendo reclamações da equipe de enfermagem (Diagrama19, Quadro 36).

“... Os médicos sempre me passavam informações desde o começo, tudo o que aconteceria com o meu nenê eles falavam [...]. Tratavam-me bem, sempre me informou do caso dele...” (P3).

“... Todas às vezes que eu perguntei para alguma enfermeira ou pedi para chamar algum médico para perguntar sobre o bebê, fui bem esclarecida...” (P5).

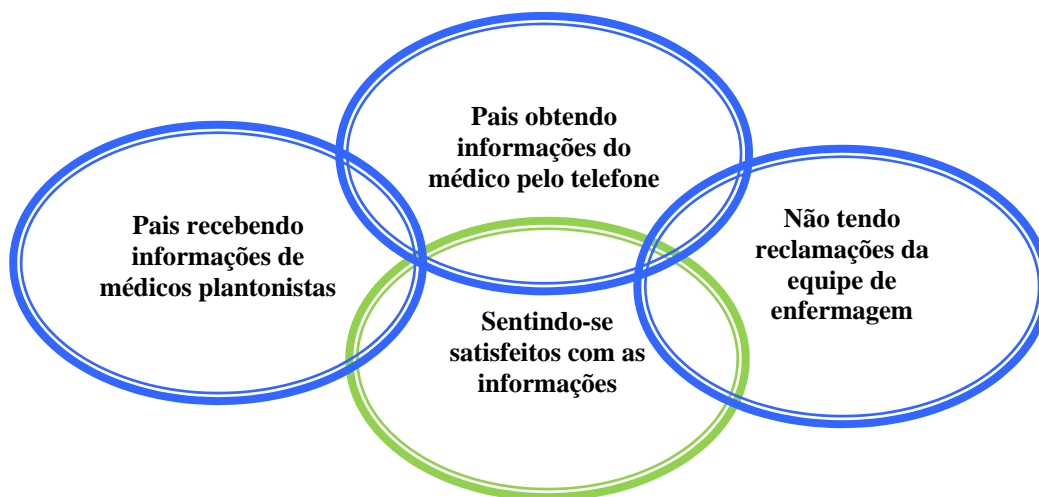


Diagrama 19. Categoria P2.1. Sentindo-se satisfeitos com as informações: subcategorias.

Subcategoria P2.1.1. Pais recebendo informações de médicos plantonistas.

Significa os médicos plantonistas que dão informações aos pais mesmo sendo estas superficiais (Quadro 37).

[...] Ele não me informou que iria embora às seis horas da tarde, eu fiquei até às sete horas [...], procurei por ele e ele não estava mais lá [...], a médica que estava no plantão veio [...], eu perguntei a ela do resultado da chapa e ela falou que não tinha chegado ainda, mas que era para eu ficar calma que ele não tinha pneumonia, que ele não tinha nada, que a infecçãozinha era leve [...] (P1).

Subcategoria P2.1.2. Pais obtendo informações do médico pelo telefone.

Significa aqueles médicos que conseguem tranquilizar os pais ao darem informações aos pais pelo telefone quando eles não podem vir visitar seus bebês na UTIN (Quadro 38).

“... Minha esposa ligou três ou quatro vezes fora de hora, atenderam-na normalmente e deram as informações [...]. Não tenho do que reclamar, sempre quando ligamos aqui eles deram informação a respeito dele...” (P6).

Subcategoria P2.1.3. Não tendo reclamações da equipe de enfermagem.

Significa que os pais reconhecem o atendimento da equipe de enfermagem, não tendo reclamações sobre ela, ou seja, sentem-se satisfeitos (Quadros 39).

[...] Quanto ao grupo de enfermagem eu não tenho o que reclamar, porque sempre me atenderam prontamente, sempre foram solidários, participavam um pouco da minha dor também [...], tudo o que eles podiam tudo o que tava no alcance deles falarem pra mim, eles falavam [...] (P6).

Categoria P2.2. Pais sentindo-se seguros com o tratamento do RN.

Trata-se de uma necessidade humana satisfeita, mediante a compreensão dos pais, por meio de informações das equipes, que o bebê está recebendo uma assistência adequada para o quadro clínico (Quadro 40).

“[...] Depende muito da atenção que eles dão ao bebê [...] pelo menos eu observava muito o tratamento do meu filho, se socorrido, não socorrido, se atendia [...] Até quando eu pedia [...] Entrei em desespero duas vezes e fiquei preocupada [...]” (P7).

Fenômeno P3. Sentindo-se inseguros com a não compreensão das informações oferecidas pelas equipes acerca do estado clínico do RN.

Trata-se do sentimento de insegurança dos pais, diante da não compreensão e da desinformação pelos médicos que têm atitude de esquiva, rompendo o processo de comunicação médicos-pais. Ao perceberem esta falta de informação recorrem à equipe de enfermagem que consegue esclarecer algumas dúvidas de maneira superficial, deixando-os não confiantes na assistência prestada pelas equipes. Este fenômeno agrega duas categorias: pais sentindo-se inseguros com a falta de informações médicas; equipe de enfermagem não conseguindo esclarecer informações aos pais (Diagrama 20).

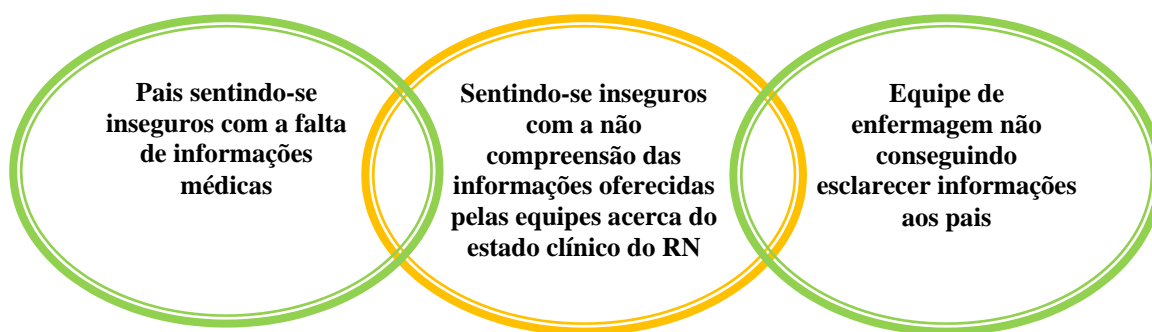


Diagrama 20. Fenômeno P3: Sentindo-se inseguros com a não compreensão das informações oferecidas pelas equipes acerca do estado clínico do RN: categorias.

Categoria P3.1. Pais sentindo-se inseguros com a falta de informações médicas.

Decorre do sentimento de insegurança dos pais em face da falta de informações oferecidas pela equipe médica, impedindo-os de compreender o processo assistencial ao RN. Esta categoria reúne quatro subcategorias: médicos deixando de oferecer informações espontaneamente; sentindo-se desconsiderados pela equipe médica no processo de hospitalização do RN; não compreendendo as informações oferecidas pelos médicos; não se sentindo seguro com o tratamento oferecido pela equipe ao RN (Diagrama 21).

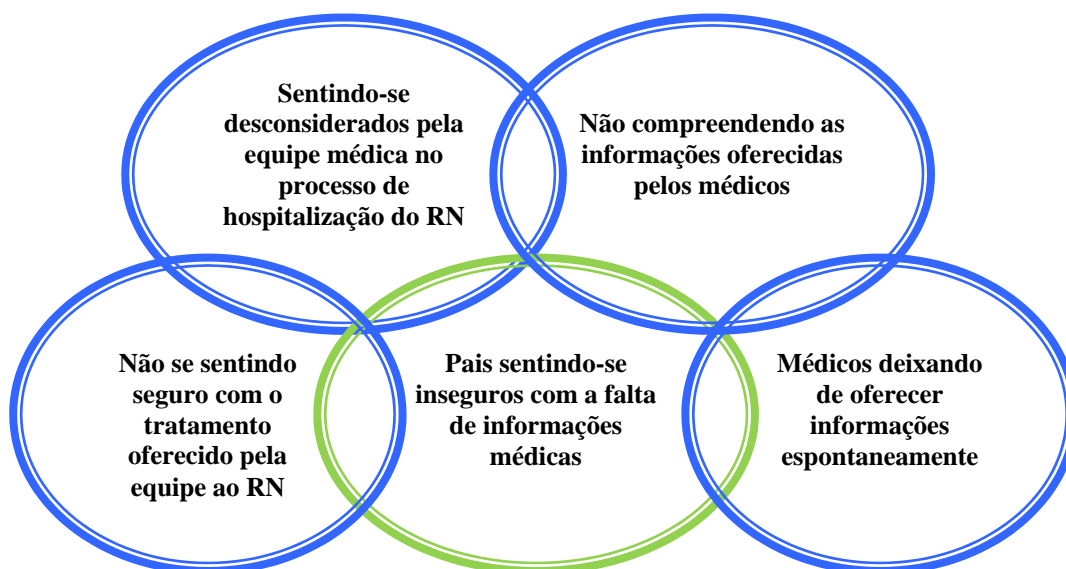


Diagrama 21. Categoria P3.1. Pais sentindo-se inseguros com a falta de informações médicas: subcategorias.

Subcategoria P3.1.1. Médicos deixando de oferecer informações espontaneamente.

Atitude de esquiva de alguns médicos, sinalizada aos pais, por meio de comportamentos que se configuram como barreiras no processo de comunicação médicos-pais. Ao adotarem a postura de ignorá-los no cenário hospitalar, os pais mobilizam-se e mostram-se presentes e necessitados de suas informações, acerca do tratamento e estado clínico do RN. Neste processo, os pais acabam descobrindo que, muitas informações deixaram de ser compartilhadas, que os deixa inseguros (Quadro 41).

[...] Eu acho que pelo estado em que eu me encontrei depois do parto, por eu não ter ido, não ter comparecido na UTI nos dois primeiros dias, eu acho que a equipe, pelo menos o médico que estava cuidando do meu bebê, deveria ter ido até meu quarto e me colocado pelo menos a par de como ele estava, e não foram, não foi ninguém da UTIN foi ao quarto conversar comigo, me explicar o que estava acontecendo, não me deram notícias nenhuma [...] (P1).

Subcategoria P3.1.2. Sentindo-se desconsiderados pelos médicos no processo de hospitalização.

Trata-se do sentimento de desvalorização imerso nos pais no processo de hospitalização do RN, decorrente da atitude defensiva dos médicos em dificultar esta interação, como nas seguintes condições: aguardando por informações sobre resultados de exames; passando por eles sem os notarem; não dedicando um tempo para que os mesmos possam compreender o tratamento oferecido; demorando ou deixando de oferecer informações em horários estipulados (Quadro 42).

“... A gente que teve que correr atrás das informações [...]. Acho que faltou um pouquinho de consideração da parte deles e as enfermeiras não podiam falar nada, as moças que cuidavam dele, elas não tinham o poder de chegar e falar ...” (P1).

“... Teve vezes que a gente chegou a chamar a médica e de demorar de duas a três horas para ela vir [...], e ter que chamar duas a três vezes. [...] Acho que depende muito da médica...” (P7).

Subcategoria P3.1.3. Não se sentindo seguros com o tratamento oferecido ao RN pela equipe médica.

É o acometimento da segurança que os pais necessitam para manterem-se confiantes na equipe médica sobre o tratamento que a mesma está oferecendo ao RN, razão pela qual passam a desacreditar que seu bebê esteja sendo bem cuidado pela equipe médica (Quadro 43).

“... O que ficou pra mim foi [...] esperaram acontecer muito, esperaram os fatos acontecerem pra depois tomar providências. O fato é, poderia ser não sei [...] é vontade de Deus. Será que poderia ter sido evitado? [...]” (P6).

Subcategoria P3.1.4. Não compreendendo as informações oferecidas pelos médicos.

Significa que os pais, muitas vezes, não compreendem a informação oferecida pelos médicos por eles utilizarem linguagem ininteligível, precisando estes tirar dúvidas das informações já recebidas (Quadro 44).

“[...] Às vezes eu não entendo... daí eu pergunto de novo, e acabo entendendo [...], eles explicam tudo certinho [...]” (P2).

“[...] Eu liguei, ela me passava bastante coisa, ela falava estável, aí eu não entendia o que era estável [...], e ela falou assim que estável é que ele não está nem melhor e nem pior; eu ficava sem entender essa parte [...]” (P4).

Categoria P3.2. Equipe de enfermagem não conseguindo esclarecer informações aos pais.

Decorre da tentativa de recebimento das informações pelos médicos que, muitas vezes, não estão disponíveis no momento, recorrendo os pais à enfermagem para obtenção dessas informações, que na maioria das vezes é oferecida de forma superficial. Esta categoria agrega duas subcategorias: recorrendo às informações da equipe de enfermagem acerca do estado clínico do RN; enfermagem oferecendo informações superficiais (Diagrama 22).

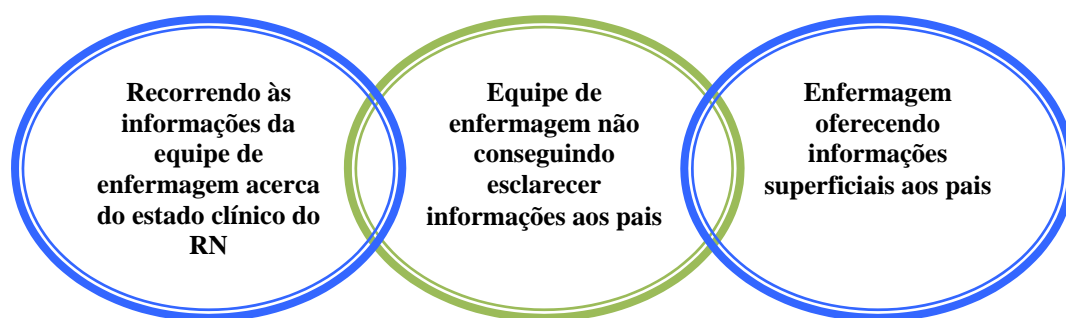


Diagrama 22. Categoria P3.2. Equipe de enfermagem não conseguindo esclarecer informações aos pais: subcategorias.

Subcategoria P3.2.1. Recorrendo ao auxílio da enfermagem para obter informações acerca do estado clínico do RN.

Significa atitude dos pais que procura por informações sobre o estado clínico do RN com a equipe de enfermagem quando não as obtém por meio do médico (Quadro 45).

“... Eu tinha que pedir para a enfermeira chamar ela [...], e ela passava perto de mim, mas ela não vinha conversar comigo. Aí tinha que pedir [...], ela vinha explicava...” (P4).

Subcategoria P3.2.2. Enfermagem oferecendo informações superficiais aos pais.

Visão dos pais que reconhecem que equipe de enfermagem informa-os superficialmente sobre o estado clínico do RN, porém percebem que não conseguem tirar as dúvidas sobre os cuidados utilizando linguagem inteligível (Quadro 46).

“... A moça que estava cuidando dele no momento, acabou explicando mais ou menos por cima o que estava acontecendo, porque que ele estava daquele jeito, mais assim, sem explicar direitinho o porquê em todos os detalhes...” (P1).

Fenômeno P4. Tornado-se susceptível a manifestações comportamentais agressivas.

Decorre da insegurança dos pais, acerca da assistência oferecida pelas equipes, fazendo que estes adotem comportamentos atemorizadores, procurando atentá-los aos cuidados oferecidos ao bebê. Processo este, que pode desencadear conflitos, perante a

intolerância as críticas agressivas dirigidas à equipe, quando não conseguem compreender a assistência que está sendo oferecida ao RN. Este fenômeno reúne cinco categorias: tornando-se agressivos mediante insegurança com o tratamento; dirigindo-se à equipe com hostilidade para garantir atenção ao bebê; fazendo comparações entre equipes do berçário e UTIN; passando a questionar a assistência oferecida pelas equipes; pais com dificuldades diante da falta de informações sobre as rotinas da UTIN (Diagrama 23).

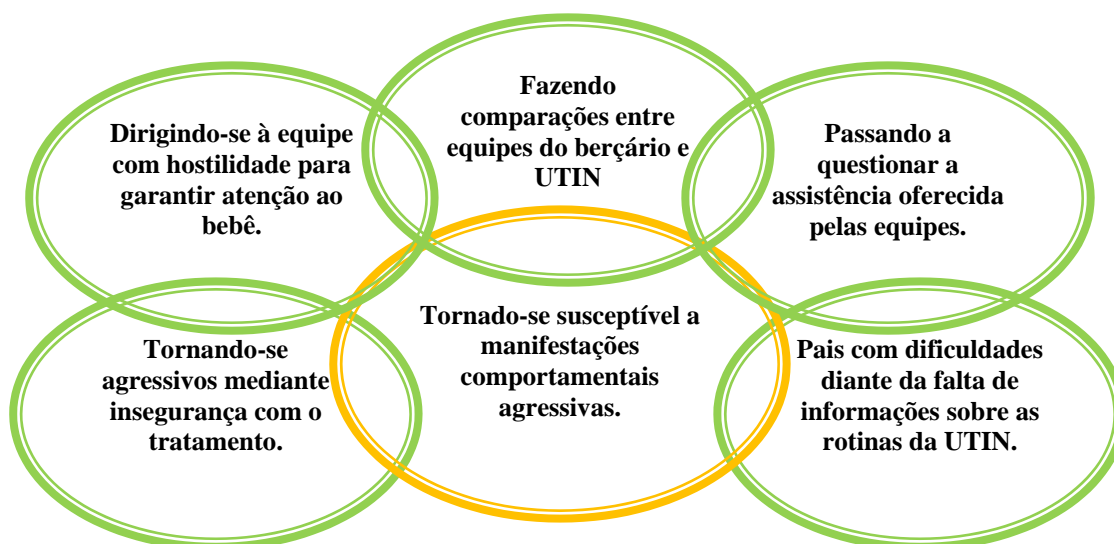


Diagrama 23. Fenômeno P4. Tornando-se susceptível a manifestações comportamentais agressivas: categorias.

Categoria P4.1 Tornando-se agressivos mediante insegurança com o tratamento.

Comportamento expressado pelos pais que se mostram ansiosos e inseguros, mediante a falta de compreensão do contexto clínico-assistencial (Quadro 47).

“... Só tive essa falha [...], às vezes pode ser falha minha, porque no primeiro momento que eu vi que estava desse jeito, ou já tive esta falta de comunicação com a P., eu deveria ter agido antes [...] Às vezes pode ter sido minha falha também...” (P6).

Categoria P4.2. Dirigindo-se à equipe com hostilidade para garantir atenção ao bebê.

Atitude de hostilidade de alguns pais com as equipes almejando obter melhor atenção ao bebê (Quadro 48).

“... Foi onde ela acabou não gostando que do jeito que eu falei com ela, depois até fiquei um pouco ressentida, achei que exagerei um pouco, mas minha preocupação foi maior...” (P1).

Categoria P4.3. Fazendo comparações entre equipes do berçário e UTIN

Decorre do sentimento de insegurança dos pais com a qualidade da assistência oferecida ao RN, levando-os a utilizar mecanismos de intimidação com as equipes, como por exemplo, fazer comparações da qualidade da assistência oferecida pelos serviços (Quadro 49).

[...] A gente liga no berçário e as próprias enfermeiras que cuidam dele, fala como ele está, [...] tudo o que eu perguntar, elas mesmas me informavam [...], falar que tem que chamar o médico, a gente já fica preocupada [...], eu sei que a diferença é grande de UTI para berçário [...]

Categoria P4.4. Passando a questionar a assistência oferecida pelas equipes.

Tratam-se de questionamento dirigidos pelos pais tanto a equipe médica quanto a de enfermagem denotando desconfiança acerca da assistência oferecida e que, portanto estão mais atentos a tudo que se passa (Quadro 50).

[...] Quando ele estava na luz, pelo que eu fiquei sabendo, não podia ficar sem aquele paninho no rosto, para não causar cegueira, não prejudicar a vista dele, para não queimar, e toda vez que eu entrava na UTI, eu ia lá vê-lo e ele sempre estava com aqueles óculos na testa ou na boca e as meninas sempre conversando numa boa [...] tanto é que teve um dia que cheguei no médico que estava cuidando dele e falei qual seria o resultado se ele ficasse muito tempo assim com o olho exposto aquela luz [...] (P1).

“... Então ficava aquela coisa. Será que ela colhia, será que ela examinava, será que foi colhido tudo? Não era eu que tinha que cobrar, era ela, o paciente é dela, era que tinha que cobrar...” (P6).

Categoria P4.5. Tentando transgredir-se com as rotinas da UTIN.

Trata-se da falta de informação dos pais sobre rotinas da UTIN que levam a questionamentos a respeito das regras impostas, acarretando o sentimento de ansiedade nos mesmos por ter que segui-las com dificuldades (Quadro 51).

“... Por telefone também, as enfermeiras nunca me deram informação sempre chamaram os médicos, acho que é a regra...” (P3).

[...] Eu saio de casa as 04h30min da manhã para chegar aqui e entrar só depois das 10h00min e a uma e meia a piruá sai. [...] eu penso que o tempo que eu fico com meu filho não é o suficiente. Se eu tenho que reclamar é sobre isso [...] (P8).

DESCOBRINDO A CATEGORIA CENTRAL

A estratégia utilizada para descobrir a categoria central foi a inter-relacionar os quatro fenômenos: amparando-se na espiritualidade e no conforto oferecido pela equipes para enfrentar a experiência de ter um bebê na UTIN, satisfazendo suas necessidades de segurança em face da compreensão da assistência oferecida pelas equipes, sentindo-se inseguros com a não compreensão das informações oferecidas pelas equipes acerca do estado clínico do RN e tornado-se susceptível a manifestações comportamentais agressivas, buscando compará-los e analisá-los para compreender como se dava a interação entre seus componentes, permitindo a identificação das categorias-chave que evidenciassem o movimento da experiência interacional entre equipes e pais perante a informação do estado clínico do RN.

A experiência, segundo a visão dos pais, mostra-nos que eles acabam satisfazendo suas necessidades de segurança em face da compreensão da assistência oferecida pelas equipes. Entretanto quando não a compreendem, sentem-se inseguros, levando-os a empreender um movimento de hostilidade contra médicos e enfermagem.

Portanto, denominamos como categoria central desta experiência: ENTRE A SOLIDARIEDADE E A HOSTILIDADE COM AS EQUIPES: A NECESSIDADE DE SEGURANÇA COM A ASSISTÊNCIA DO RN COMO COMPONENTE INTERVENIENTE (Diagrama 24).

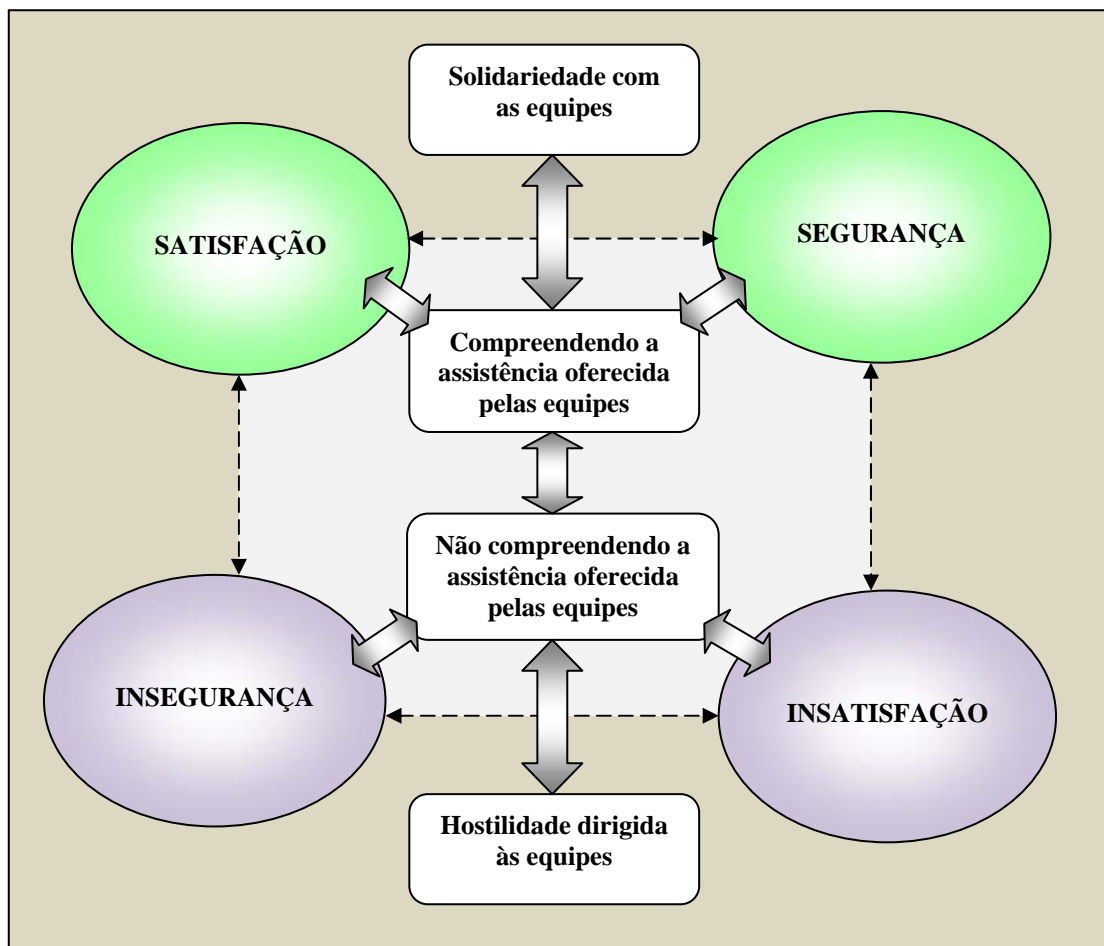


Diagrama 24: Categoria Central: Entre a solidariedade e a hostilidade com as equipes: a necessidade de segurança com a assistência do RN como componente interveniente.

3.4. SÍNTESE DOS MODELOS: A INTERFACE DAS EXPERIÊNCIAS EQUIPE MÉDICA – EQUIPE DE ENFERMAGEM – PAIS.

Para se descobrir a categoria central que, representasse a interface das três experiências, recorreremos à estratégia de inter-relacionar os fenômenos e seus componentes (temas, categorias e subcategorias), permitindo que estes componentes evidenciassem a interface e o movimento empreendido pela experiência interacional equipes - pais, perante a informação do estado clínico do RN.

Verificamos que, a experiência interacional médico – enfermagem – pais empreende movimento entre duas dimensões denominadas: de segurança e de risco.

Estas dimensões se configuram a partir da experiência dos pais em reconhecer ou não a necessidade de segurança satisfeita com a assistência promovida pelas equipes, dependente da compreensão ou não do contexto clínico-assistencial do RN.

Quando a equipe médica impõe barreiras para se preservar da sobrecarga gerada pelo papel de informante, dificultam a compreensão dos pais e conseqüentemente provoca insatisfação das suas necessidades de segurança. Percebendo que as equipes estão mobilizando todos os esforços em benefício do bebê, tornam-se mais suscetíveis a manifestarem comportamentos agressivos a elas, configurando-se assim a dimensão interacional de risco.

Por outro lado, quando o médico não impõe barreiras, aumentam as possibilidades de estreitamento do vínculo com os pais, facilitando o processo de compreensão do contexto, emergindo desta maneira a dimensão interacional de segurança.

As barreiras interacionais médico – enfermagem - pais decorrem das sobrecargas: de trabalho das equipes médica e de enfermagem, assim como emocional do médico, em face de seu despreparo no enfrentamento da experiência.

Em decorrência, utilizam-se estratégias para se preservar, como: indispondo-se de comunicação eficiente com a enfermagem; acobertando informações dos pais, perante a dificuldade de interação com as reações emocionais dos mesmos, em face dos prognósticos ruins; não se mostrando disponível para atender aos pais no horário estabelecido; não se disponibilizando a oferecer informações acerca do RN, mediante os impedimentos de horário e de transporte dos pais à instituição.

Ao perceber que sua experiência encontra-se em uma dimensão interacional de risco, o médico passa a vislumbrar possibilidades de tornar essa comunicação mais

eficiente, sendo essas: instituindo um serviço de apoio psicológico para os profissionais; propondo um instrumento de comunicação escrita e melhorias na estrutura física para atendimento dos pais; elegendo o enfermeiro como membro da equipe de enfermagem mais bem preparado para compartilhar o papel de informante dos pais.

Essa última sugestão é aventada, justamente num contexto promissor em que a enfermagem almeja compartilhar o papel, inclusive adotando a postura de pacificadora ao ver-se entre o fogo cruzado médico – pais. Esse fato ocorre no momento em que os pais não compreendem o contexto clínico-assistencial do RN, recorrem à enfermagem por informações e esta tenta arremeter a experiência de um contexto interacional de risco para o de segurança.

Entretanto, a equipe de enfermagem, por fornecer informações superficiais acaba gerando mais conflitos, aumentando ainda mais o risco interacional.

A contento, denominamos a categoria central da experiência interacional médico – enfermagem - pais, em face da informação do estado clínico do RN de alto risco como: ENTRE AS DIMENSÕES DE SEGURANÇA E DE RISCO NA INTERAÇÃO MÉDICO-ENFERMAGEM-PAIS NA UTIN: A COMPREENSÃO DO CONTEXTO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PELOS PAIS COMO COMPONENTE INTERVENIENTE (Diagrama 25).

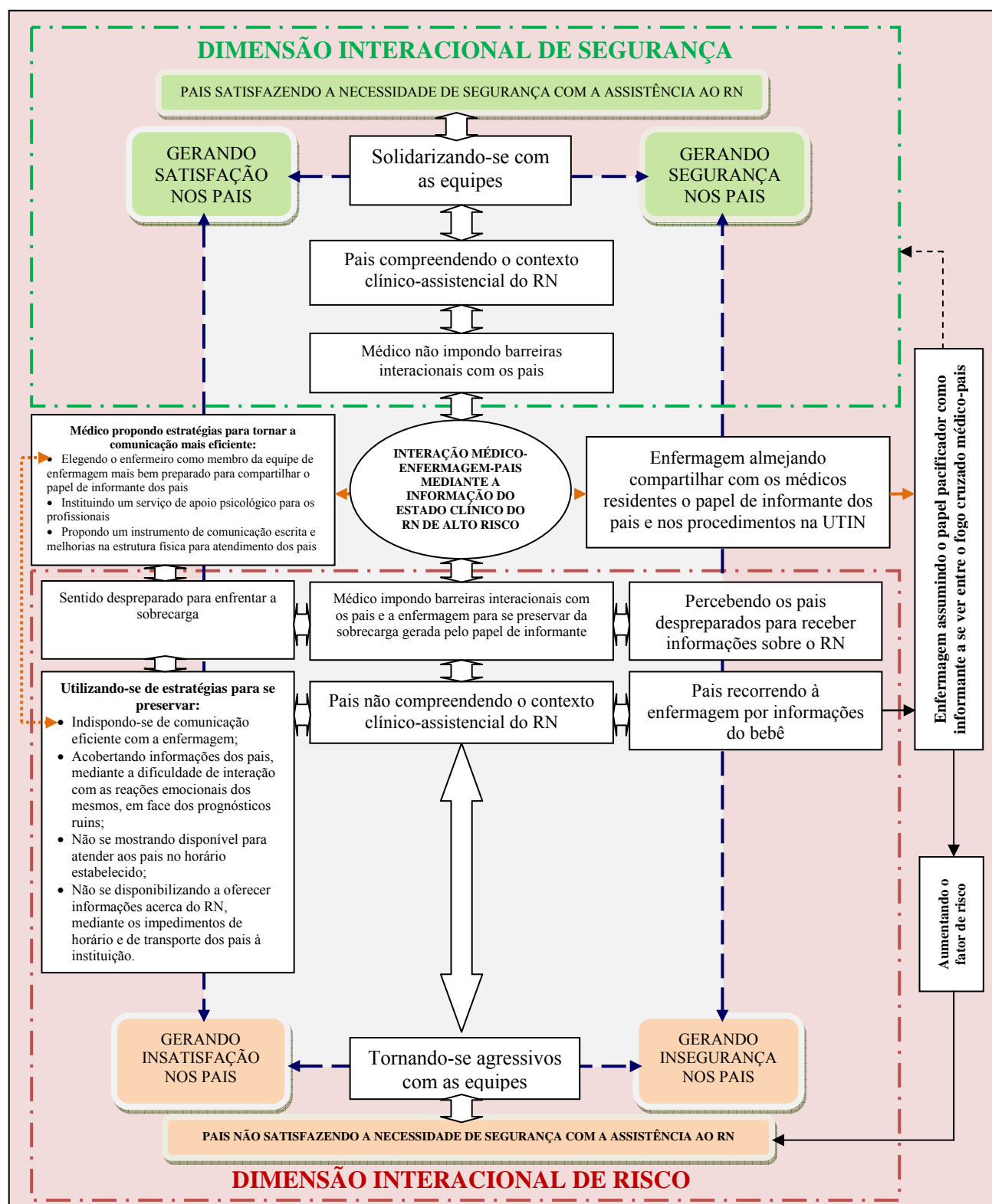


Diagrama 25. Categoria central MEP. Entre as dimensões de segurança e de risco na interação médico – enfermagem - pais na UTIN: a compreensão do contexto clínico-assistencial pelos pais como componente interveniente.



CAPÍTULO 4

*Discutindo a interface
dos modelos*

Buscando compreender a natureza da interação médico - enfermagem - pais mediante a informação do estado clínico do RN de alto risco, primeiramente, tentaremos analisar a interface dos modelos à luz do Interacionismo Simbólico.

Esse referencial teórico considera que, quando interagimos, tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos e mudamos decisões e direções, compartilhamos perspectivas, definimos a situação e assumimos o papel do outro ⁽⁴⁹⁾.

Segundo o referencial, a definição da situação feita pelo ator é central para como a ação humana ocorrerá. Para tanto, a síntese dos modelos teóricos mostra que os atores reconhecem duas dimensões interacionais na experiência médico - enfermagem - pais, mediante a informação do estado clínico do RN na UTIN: a de segurança e a de risco. Sinaliza componentes que configuram os processos empreendidos, sendo: o interveniente (compreensão do contexto clínico-assistencial pelos pais) e os dependentes (preparo do médico, acerca do relacionamento interpessoal terapêutico oferecido por órgãos formadores e da disponibilidade de apoio psicológico proporcionado pela instituição às equipes; carga de trabalho impostas às equipes; competência técnica - científica dos membros da equipe de enfermagem em compartilhar o papel de informante) que configuram os processos.

Analizando o modelo teórico (Diagrama 25), verificamos que o movimento da experiência dos atores entre essas duas dimensões, realiza-se por meio do componente interveniente denominado: compreensão do contexto clínico-assistencial pelos pais, responsável por satisfazer ou não a necessidade de segurança com a assistência oferecida pelas equipes ao RN.

Vale ressaltar que, esse componente depende da capacidade do médico se sentir ou não preparado a enfrentar a sobrecarga do papel de informante, uma vez que no cenário estudado, é de competência da equipe médica oferecer informações aos pais.

Os símbolos que traduzem aos pais e a enfermagem como barreira no estabelecimento do relacionamento interpessoal médico - pais configuram-se em ações que têm a finalidade de dificultar o acesso dos pais às informações do estado clínico do RN, para se preservar de sofrimento psíquico, como: indispondo-se de comunicação eficiente com a enfermagem; médico não se mostrando disponível para atender aos pais; médico acobertando informações dos pais, mediante as dificuldades de interação com reações emocionais dos mesmos, em face de prognósticos ruins; médico não se disponibilizando a

oferecer informações acerca do RN, mediante os impedimentos de horário e de transporte dos pais à Instituição.

Nesse contexto, o médico entende que utilizando dessas estratégias poderá se preservar da sobrecarga emocional que representa a interface com as reações emocionais dos pais, ao compreenderem em profundidade as informações não animadoras da situação clínica do bebê. Para tanto, ao manter uma comunicação pouco clara e superficial com os pais, não permitirá que os sentidos destes captem com nitidez a realidade, muitas vezes, dolorosa dos fatos.

Entretanto ao tomar essa decisão, o médico impulsiona a experiência interacional médico – enfermagem - pais para a dimensão de risco, onde os pais não compreendendo o contexto clínico-assistencial do RN, não satisfazem a necessidade de segurança com a assistência oferecida pelas equipes, tornando-os suscetíveis a dirigirem-se às equipes com violência.

Vale ressaltar que, no cenário estudado o tipo de violência dirigida às equipes pode ser classificada como de ordem psicológica, como uma atitude extrema, em face da insegurança dos pais, acerca da assistência oferecida pelas equipes, fazendo que estes adotem comportamentos atemorizadores, procurando manter as equipes atentas aos cuidados oferecidos ao bebê.

Este processo pode desencadear conflitos, perante as possíveis reações de intolerância das equipes às críticas agressivas dirigidas a elas, sinalizadas por ações, como: fazendo comparações da qualidade da assistência oferecida por uma equipe e outra, transgredindo rotinas da UTIN, manifestando o desejo de transferir o bebê para outro serviço ou que talvez em casa pudesse estar mais segura, dentre outras.

Ao compartilharem da suscetibilidade da integridade ética, moral e física na dimensão interacional de risco que se configura, as equipes empreendem movimentos distintos, como tentativa de arremeter a experiência à dimensão de segurança.

A equipe de enfermagem ao ver-se entre o fogo cruzado médico - pais acaba assumindo o papel pacificador, que segundo o médico é desprovido de conhecimentos técnicos - científicos, porque faltam competências aos técnicos e auxiliares de enfermagem e o enfermeiro que poderia compartilhar do papel de informante dos pais, não participa das discussões clínicas, mediante a sobrecarga de trabalho, criando mais conflitos.

A contento, na interpretação da equipe médica, a enfermagem ao assumir o papel do médico, nessas circunstâncias, acaba aumentando o risco da dimensão interacional às equipes.

A equipe médica, por sua vez, ao perceber a equipe de enfermagem almejando compartilhar com o médico o papel de informante dos pais, elege o enfermeiro como membro da equipe mais bem preparado para compartilhar o papel, bem como propõe que a Instituição crie um serviço de apoio psicológico para os profissionais e o restabelecimento de um instrumento de comunicação escrita, acompanhado de melhorias na estrutura física para atendimento dos pais. Sendo essas duas últimas sugestões, também, corroborada pela equipe de enfermagem, acrescida do trabalho de grupo operacionais de apoio aos pais.

Confrontando os resultados desta pesquisa com o conhecimento produzido sobre o objeto de investigação, percebemos que, embora a comunicação efetiva seja fundamental para o exercício da prática profissional, podemos observar em muitos estudos, a existência de aspectos que interferem negativamente na interação entre profissionais de saúde e familiares.

A UTIN é um espaço que atende RNs que apresentam algum tipo de problema ao nascer. Em razão da especificidade da clientela, são dotadas com aparelhos e equipamentos indispensáveis para o cuidado do pequeno paciente. Além do aparato tecnológico, existe a equipe multiprofissional especializada, capacitada e voltada para a humanização da assistência, proporcionando um ambiente terapêutico satisfatório ao RN e à família. Tem sido reconhecida, também, como lugar altamente estressante e com uma carga emocional grandiosa, com uma atmosfera diferente e com uma enorme variedade de estímulos^(54,55).

Nesse contexto, deparamo-nos com o despreparo e formação inapropriada da equipe médica no âmbito da comunicação.

A comunicação no cuidado médico abrange os conceitos de confidencialidade, relato da verdade, consentimento esclarecido e comportamento ético. A informação ou relato da verdade é um dos conceitos médicos mais antigos, sendo que, em algumas culturas da antiguidade, a função do médico era, muitas vezes, mais informativa do que curativa⁽⁵⁶⁾.

Uma das soluções para melhoria da comunicação e enfrentamento da situação crítica do paciente seria uma formação médica filosófica e humanística, abrangendo todas as etapas da graduação, tentando assim modificar a atitude do profissional perante as situações e podendo assim, dar segurança e delicadeza no tratamento de familiares⁽⁵⁷⁾.

A compreensão da dupla dimensão entre a competência e o cuidar, pode ajudar os médicos a resolver o processo de entendimento das situações, onde a “competência” é associada à linguagem das ciências básicas, ao conhecimento, à técnica, ao fazer e à ação, enquanto o “cuidar” é expresso na linguagem dos valores, das relações, da compaixão e empatia, isto é, o “não-técnico”, vinculado às “humanidades” ⁽⁵⁸⁾.

Competindo com estes dois fatores, despreparo e falta de capacitação médica, temos a escassez de leitos, de equipamentos e principalmente de recursos humanos, inviabilizando a operacionalização do modelo de assistência integral ⁽⁵⁹⁾.

As instituições de saúde que adotam o modelo funcional visam, essencialmente, à economia de recursos humanos. Paralelamente, estabelece-se o modelo de assistência funcional, ou seja, voltado para driblar o déficit de recursos humanos, afastando-se da ciência, bem como gerando um obstáculo no processo de implementação da política de humanização da assistência ⁽⁶⁰⁾.

O modelo mecanicista de gestão vigente é lento e não consegue mais dar respostas às transformações atuais ⁽⁶¹⁾. Para isso, propõe modelos de gestão com as seguintes características: estruturas organizacionais flexíveis, redução de linhas hierárquicas, gerência baseada no processo descentralização das decisões, trabalho em equipe, comunicação eficiente, entre outras ⁽⁶²⁾.

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), englobando os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão. Operando com o princípio da transversalidade, a PNH ⁽³⁶⁾ lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, podem-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada ⁽⁶³⁾.

Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do ser humano e construir "um espaço concreto nas instituições de saúde, que legitime o humano das pessoas envolvidas" ⁽⁶⁴⁾. Assim para cuidar de forma humanizada, o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao paciente, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que norteiam essa ação. Nesse contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados ⁽⁶⁴⁾. Respeitar envolve ouvir o que o outro tem a dizer, buscando interpretar o que ouvimos, ter

compaixão, ser tolerante, honesto, atencioso; é entender a necessidade do autoconhecimento para poder respeitar a si próprio e, então, respeitar o outro ⁽⁶⁵⁾. Embora o conceito de respeito seja bastante amplo, pode-se pontuar que, ao agir de forma a considerar a individualidade e a subjetividade do paciente, trata-o com atenção, consideração e deferência ⁽⁶⁶⁾. Para que isso se efetive na prática, além de outros componentes, faz-se necessário investimento em recursos humanos.

Vale salientar que, para o desenvolvimento de ações humanizadoras na assistência em saúde, faz-se necessário que a humanização seja a filosofia da instituição. Portanto, esta deve estar comprometida com um projeto terapêutico que contemple a humanização das relações de trabalho, da assistência e do ambiente de trabalho. É fundamental o incentivo à equipe, valorizando os profissionais enquanto seres biopsicossociais, pois, quando se sentem mais respeitados, valorizados e motivados como pessoas e profissionais, podem estabelecer relações interpessoais mais saudáveis com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional ^(56, 67, 68).

O trabalho na UTI deve enfocar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia utilizada para o tratamento, mas a qualificação dos trabalhadores para lidar de maneira mais humana com os indivíduos e seus familiares que ali se encontram, como também, com os demais trabalhadores deste local e instituição ⁽⁶⁹⁾.

O fortalecimento do SUS depende, essencialmente, da sedimentação de seus princípios; logo, a escassez de recursos humanos inviabiliza a operacionalização de propostas de assistência à saúde com qualidade, fundamentadas no princípio do cuidado. Nesta perspectiva, é importante destacar que no setor saúde, os recursos humanos constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para a população, de forma que os investimentos nos recursos humanos irão influenciar, decisivamente, na melhoria da qualidade do sistema de saúde brasileiro ⁽⁷⁰⁾.

Na vigência de condições precárias de trabalho promovidas pela insuficiência de recursos humanos, a enfermagem vivencia a dicotomia teórico-prática, muitas vezes, estimulada por essa divisão de tarefas, ou seja, abandona ou aprisiona o conhecimento ético e desconsidera a evolução técnico-científica.

Para que o trabalho não se torne mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar com as situações do cotidiano,

recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial ⁽⁶⁹⁾.

Recomenda-se que os trabalhadores em saúde devem utilizar toda a tecnologia já incorporada e as que ainda estão por vir nos serviços de saúde. No entanto, reforça a questão da utilização das tecnologias das relações, ou seja, tecnologias leves, o jeito e a atitude própria de cada ser humano ⁽⁷¹⁾.

Destaca-se neste momento a importância da comunicação, a adequação das informações dada aos pais de bebês internados na UTIN, que, no cotidiano do trabalho, não atendem as necessidades e expectativas da família ⁽⁴⁴⁾.

Alguns autores relatam ainda, que as mães têm dificuldades em comunicar-se com a equipe médica e, muitas vezes, necessita de mediação de outros profissionais para fazê-lo ^(8, 72). Descrevem ainda, que a prática comunicativa na saúde está centrada no modelo tradicional de comunicação, em que a relação é entendida como linear; geralmente a comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente é assimétrica.

A relação entre profissionais e pais é tão assimétrica que, mesmo diante da comunicação interpessoal, é difícil para eles exteriorizarem algo; o máximo que fazem é esboçar movimentos corporais, não conseguindo manifestar suas dúvidas. Algumas vezes, eles buscam esclarecê-las com aquele que está numa relação mais próxima, em geral o auxiliar de enfermagem.

Para ajudar a família a enfrentar a crise causada pela internação do bebê e a falta de informação, que a leva ao sofrimento, permitindo que supere o sentimento de vulnerabilidade é preciso auxiliá-la ⁽⁷³⁾, oferecendo informações, deixando-a participar dos cuidados, apoiando-a por meio de outros profissionais, psicologicamente, acolhendo-a.

Estudos com abordagem centrada nas famílias mostram-nos barreiras que dificultam essa aproximação, como por exemplo, equipes não oferecendo suporte adequado; equipes dispensando pouco tempo para a informação das mesmas, entre outros ^(74, 75).

Estas situações, como a falta de informação, acabam expondo as equipes a sofrer certos tipos de violências, pela insatisfação do tratamento dado por elas, tipificadas como: violência clássica, estrutural, repressiva e alienação ⁽⁷⁶⁾.

A violência no trabalho causa dor, sofrimento, ansiedade e estresse para pessoa que a sofre, levando a custos financeiros devido ao absenteísmo ⁽⁷⁷⁾, gerando conflitos ⁽⁷⁸⁾.

Os profissionais acabam utilizando mecanismos de defesa psíquica para aliviar o sofrimento, como: fragmentação de relacionamento, a despersonalização, o distanciamento e a negação de sentimentos, a tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas, redução da responsabilidade, utilizando o sistema de verificações e contra-verificações e a resistência às mudanças. Essas técnicas de defesa contra ansiedade apresentam-se frágeis e com pouca validade, porém são utilizadas ⁽⁷⁹⁾. Há citações em que mostra que os profissionais buscam a religiosidade, procura por atividades físicas para melhorar e aliviar esse estresse ⁽⁸⁰⁾.

Mesmo sofrendo com a sobrecarga, déficit de recursos humanos, falta de conhecimento técnico científico, neste estudo, a equipe de enfermagem tenta pacificar toda essa situação de conflito, assumindo o papel de informante dos pais. O médico acaba elegendo o enfermeiro como o membro da equipe como o mais bem preparado para dar esta informação.

Para alcançar uma comunicação satisfatória e prestar um cuidado humanizado, é preciso que o enfermeiro deseje envolver-se e acredite que sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos, já que nem sempre os conhecimentos técnicos objetivos funcionam tão bem, diante de situações de estresse, como os conhecimentos subjetivos que se revelam na comunicação terapêutica. Assim sendo, é preciso reconhecer, que ficar ao lado do paciente e da família para ouvi-los é uma ação terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde ⁽⁸¹⁾.

Ao comparar nosso estudo com a literatura, pudemos perceber que foi possível compreender a interação interpessoal e produzir um modelo teórico que retratasse essa interação.

Acreditamos que esse modelo possa colaborar com medidas que auxiliem na melhoria do processo de comunicação em UTI.

Para tanto, julgamos que uma das maiores contribuições deste trabalho possa ser o modelo teórico, resultado da interface das experiências médico – enfermagem – pais, demonstrando a necessidade de se investir na educação permanente do médico e da equipe de enfermagem, no âmbito da comunicação e, principalmente, do relacionamento interpessoal terapêutico, bem como da Instituição melhorar as condições de trabalho, revendo a carga de trabalho imposta, principalmente, ao médico residente e equipe de enfermagem, assim como oferecer apoio psicológico não só aos profissionais, mas também aos pais. Talvez assim, poder-se-ia reduzir a suscetibilidade das equipes à violência ética,

moral e física que estão expostas. Estratégias essas que poderiam ajudá-lo a transformar um contexto que gera sobrecarga em reciprocidade médico - pais, mediante a experiência de serem vistos como profissionais que não impõem barreiras, que estabelecem vínculos com os pais, ajudando-os a compreender o contexto clínico-assistencial. Por fim, que possam experimentar a mutualidade ao perceber que são capazes de promover satisfação e segurança com a assistência oferecida ao bebê.

Por outro lado, a equipe de enfermagem precisa rever o papel pacificador que vem assumindo nesse processo e que talvez fosse melhor alinhar à equipe médica na reivindicação por melhores condições de trabalho, ou seja, menos sobrecarga e mais segurança no trabalho, principalmente se houver consenso que o enfermeiro venha compartilhar do papel de informante, no cenário.



CAPÍTULO 5

Tecendo as considerações finais

O estudo permitiu-nos compreender a interface das experiências médicos – enfermagem – pais perante as informações do estado clínico do RN de alto risco à família, em uma UTIN de um hospital universitário, bem como o desenvolvimento de um modelo teórico desta experiência.

Acreditamos que uma das contribuições deste estudo seja a visualização do contexto de como acontece à interação entre equipes-pais, o sentimento dos atores em relação a essa interação e como a comunicação pode torná-la melhor ou configurar-se em violência no trabalho.

Mostrou-nos que os atores propõem melhorias para este processo, como: grupos de apoio psicológico aos pais e equipes; melhorias da qualidade estrutural para recepção dos pais, quanto ao recebimento das informações; revisão do dimensionamento de recursos humanos, tanto médico quanto da enfermagem, para melhor qualidade do atendimento; proposta de integração das equipes para desenvolvimento técnico-científico; entre outros.

Percebemos que a equipe de enfermagem é penalizada ao pretender melhorar o contexto, expondo-a a críticas e risco de conflitos levando-a ao sofrimento perante a tentativa.

O modelo teórico construído deu-nos pistas de como é possível melhorar esse movimento na comunicação e de como esta é fundamental nas relações interpessoais. Empreendeu-nos metas para a qualidade da mesma dentro de uma Instituição de ensino, começando pela revisão de formação dos profissionais até o produto em questão.



Referências

- 1- Nieweglowski VH, Moré CLOO. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. *Estud Psicol (Campinas)*. 2008;25(1):111-22.
- 2- Buarque V, Lima MC, Scott RP, Vasconcelos MG. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:295-301.
- 3- Pedroso GER, Bousso RS. O Significado de cuidar da família na UTI Neonatal: crenças da equipe de enfermagem. *Acta sci, Health sci*. 2004;26(1):129-134.
- 4- Rodrigues GR Jr, Amaral JLG. Impacto psicológico da internação na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev bras ter intensiva*. 2001;13(4):92-8.
- 5- Victor ACS, Matsuda LM, Saalfeld SMS, Évora YDM. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. *Acta sci, Health sci*. 2003, 25(2): 199-206.
- 6- Saito A. Avaliação do grau de satisfação materna em UTI Neonatal. [dissertação]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP; 2007.
- 7- Silva GRG. O ambiente frio e cuidado morno: a enfermagem possibilitando a aproximação entre pais e filhos na UTI neonatal. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem /UFRJ; 2000.
- 8- Gaíva MAM, Scochi CGS. A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI neonatal de um hospital universitário. *Anais do 8^o Simpósio Brasileiro de Enfermagem (SIBRACEN)*; 2002 Maio 2-3; Ribeirão Preto; Brasil; 2002.
- 9- Urizzi F, Carvalho LM, Zampa HB, Ferreira GL, Grion CMC, Cardoso LTQ. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev bras ter intensiva*. 2008;20(4):370-5.

- 10- Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e as mães de bebês prematuros: uma análise Freireana. Rev Enferm UERJ. Rio de Janeiro. 2008;16(2):180-6.
- 11- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe Canguru: manual técnico. Brasília(DF); 2002.
- 12- Orlandi MHF, Mexia APA, Arruda DC, Neves FAM, Oliveira JLS, Castilho SA. Comunicação verbal: percepção dos visitantes de neonatos da unidade intensiva e semi-intensiva neonatais entre a equipe médica e de enfermagem. 8^o Simpósio Brasileiro de Enfermagem (SIBRACEN); 2002 Maio 2-3; Ribeirão Preto; Brasil; 2002.
- 13- Potter PA, Perry AG. Comunicação. In: Fundamentos de Enfermagem. Conceitos, Processo e Prática. 4^{ed}. (1). Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan S.A.; 1999. p. 215-38.
- 14- Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente Crítico e Comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):423-9.
- 15- Lira, MMF. Atendimento Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In: Margotto PR, organizador. Assistência ao recém-nascido de Risco. São Paulo (SP).
- 16- Reis JD, Vetorelli SP, Vieira MRR. Família do recém-nascido em UTI: Há comunicação com o Enfermeiro? Anais do 8^o Simpósio Brasileiro de Enfermagem (SIBRACEN); 2002 Maio 2-3; Ribeirão Preto; Brasil; 2002.
- 17- Gauderer EC. A criança, a morte e o luto. J Pediatr. 1987;62(3):82-90.

- 18- Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.
- 19- Braga EM. Competências em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2004.
- 20- Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
- 21- Bordenave JED. O que é comunicação. 2 ed. São Paulo: Brasiliense; 2004.
- 22- Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo: Robe; 1993.
- 23- Moscovici F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento. 9ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2004.
- 24- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana. 21ª ed. São Paulo: Cultrix; 2004.
- 25- Santos KMAB, Silva MJP. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com familiares de pacientes de UTIs. Rev Bras Enferm. 2006; 59(1):61-6.
- 26- Armelin CB, et al. Rev bras crescimento desenvolv hum. 2005;15(2):45-54.
- 27- Braga EM, Sangiuliano LA, Silva MVG, Silva MJP. A comunicação em grupo entre profissionais de saúde. Nursing (São Paulo). 2004;73(7):36-41.
- 28- Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. Interface (Botucatu). 2005;9(17):401-3.

- 29- Rolim KMC, Cardoso MVML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(1):85-92.
- 30- Dicionário da Língua Portuguesa. Edição (se houver). São Paulo: FTD; 2004. Verbete; página.
- 31- Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Cienc saude colet*. 2004; 9(1): 7-14.
- 32- Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5): 1342-53.
- 33- Gotardo GIB, Silva CA. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ*. 2005;13(2):223-8.
- 34- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar/PNHAH [internet]. Brasília: Ministério da Saúde [atualizada em 2001]; [acesso em 16 jul 2009]. Disponível em: <www.saude.gov.br>.
- 35- Ministério da Saúde. Manual do Humaniza SUS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde [atualizada em 2003]; [acesso em 16 jul 2009]. Disponível em: <www.saude.gov.br/humanizasus>.
- 36- Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização [internet]. Brasília: Ministério da Saúde [atualizada em 2004]; [acesso em 16 jul 2009]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>.
- 37- Lamy Z. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. In: Moreira ME, Braga NA, Morsch DS, organizadores. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003:141-56.

- 38- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Os 10 passos para a atenção hospitalar humanizada à criança e ao adolescente. Rio de Janeiro:SBP; 2003.
- 39- Witkoski AC. Da permanência de Marx: o trabalho como fundamento da condição humana na sociedade contemporânea. Rev Tempo da Ciencia. 2000; 7(14):11-34.
- 40- Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI Neonatal e o cuidar humanizado. Texto & contexto enferm. 2006; 15(Esp): 105-13.
- 41- Castellanos BEP, Rodrigues AM, Almeida MCP. Os desafios da enfermagem nos anos 90. In: Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; data 1989; Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem; 1989. 147.
- 42- Gonçalves RBM. Práticas de saúde: o processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; 1992.
- 43- Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 44- Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Lat Am Enfermagem. 2004; 12(3):469-76.
- 45- Field PA, Morse JM. Nursing research: the application of qualitative approaches. Maryland: Aspen Publication; 1985.
- 46- Cassiani SHB, Caliri MHL, Pelá NTR. A Teoria Fundamentada nos Dados como abordagem da pesquisa interpretativa. Rev Lat Am Enfermagem. 1996;4(3):75-88.

- 47- Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
- 48- Santos SR, Nóbrega MML. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem – enfoque na Teoria Fundamentada nos Dados. Rev Lat Am Enfermagem. 2004;12(3):460-8.
- 49- Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3^o ed. New York: Prentice Hall; 1989.
- 50- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of Grounded Theory. New York: Aldine; 1967.
- 51- Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP). Resolução n^o 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 52- Chenitz WC, Swanson JM. From practice to grounded theory. New York: Addison-Wesley; 1986.
- 53- Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2^o ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 54- Aldridge MD. Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. Crit Care Nurse. 2005; 25: 40-50. Disponível em: < <http://ccn.aacnjournals.org>>. Acesso em 07/04/2010 pela CAPES.
- 55- Frotal MA, Campos ACS, Pimentel ZB, Esteche CMGCE. Recém-nascido em uma unidade de internação neonatal: crenças e sentimentos maternos. Cogitare Enferm, 2007; 12(3): 323-9.

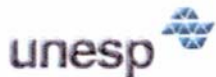
- 56- Malta JDS, Schall VT, Modena MC. O momento do diagnóstico e as dificuldades encontradas pelos oncologistas pediátricos no tratamento do câncer em Belo Horizonte. *Rev. Bras. Onc.* 2009; 55(1): 33-9.
- 57- Starzewski AJunior, Rolim LC, Morrone LC. O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2005; 51(1): 11-6.
- 58- Menezes RA. Etnografia do ensino médico em CTI. *Interface_Comunic, Saúde, Educ*, 2001; 5(9):117-30.
- 59- Padilha KG, Kimura M. Aspectos éticos da prática de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Sobbet em Revista*, São Paulo. 2000; 1(1): 8-11.
- 60- Lima TC. Revelando o processo de recriação do banho no leito no cenário da Terapia Intensiva: produto da suscetibilidade da enfermagem em incorporar o conhecimento êmico a sua práxis [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, 2008.
- 61- Moggi J, Burkhard D. A essência da transformação. *RAE Light*. 1996; 3(4): 8-18.
- 62- Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.
- 63- Brasil. Ministério da Saúde/NTPNH. *Ambiência*. 2 ed. Brasília, 2006.
- 64- Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo (SP): Loyola. 2004; 12-30.
- 65- Fernandes MFP, Pereira RCB. Percepção do professor sobre o respeito. *Nursing*. 2005; 87(8): 375-9.

- 66- Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro (RJ): Objetiva; 2001.
- 67- Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidado humanizado. *Texto & Contexto Enferm.* Florianópolis. 2006; 15(Esp): 105-13.
- 68- Backes DS, Lunardi VL, Lunardi WDFilho. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2006; 14(1): 132-5.
- 69- Knobel E. *Condutas no paciente grave.* 2 ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1998.
- 70- Ferreira MAL, Moura AAG. Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das conferências nacionais de saúde (CNS). Recife: Fiocruz, 2006.
- 71- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho em saúde. *In* Merhy EG, Onoko R (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997; 71-112.
- 72- Farias EM. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. *In*: Leopardi MT (Org.). *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.* Florianópolis: Papa Livro, 1999; 121-50.
- 73- Pettengill MAM. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito [tese doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem, 2003.
- 74- Hulme PA. Family empowerment a nursing intervention with suggested outcomes or families of children with chronic health condition. *J. Fam Nurs.* 1999; 5(1): 33-50.

- 75- Bruce B, Letourneau N, Ritchie J, Larocques S, Dennis C, Elliot MR. A multisite study of health professionals perceptions and practices of family-centered care. *J Fam Nurs*. 2002; 8(4): 408-29.
- 76- Galtung J. Contribución específica de la irenología AL estudio de La violência: tipologias. *In: JOKE A (Org.). La violência y SUS causas*. Paris: Unesco, 1981; 91-106.
- 77- Phil Hughes BEM. *Introduction to health and safety at work*. 2 ed. Oxford: Elsevier, 2005; 225-7.
- 78- Studdert DM, Burns JP, Mello MM, Puopolo Al, Truog RD, Brennan TA. Nature of conflict in the care of pediatric intensive care: patients with prolonged stay. *Pediatrics*. 2003; 112(3): 553-8.
- 79- Menzies I. *The functioning of organizations as social systems of defense against anxietic*. Tavistock institute of human relation; 1970.
- 80- Martins JT, Robazzi MLCC. O trabalho do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos de sofrimento. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(1). Disponível em: < www.eerp.usp.br/rlae >. Acesso em 01/04/2010.
- 81- Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(3): 312-8.



Anexos

ANEXO 1. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997



Botucatu, 07 de julho de 2008

Of. 271/08-CEP

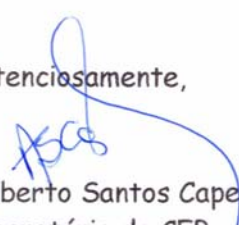
Ilustríssima Senhora
Profª Drª Silvia Cristina M. Bocchi
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezada Profª Silvia,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Compreendendo a experiência interacional família- equipe médica- equipe de enfermagem perante a informação do estado clínico do recém nascido de alto risco à família", de autoria de Fernanda Sotrate da Silva, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator **parecer favorável**, aprovado em reunião de 07/07/2008.

Situação do Projeto: **APROVADO**. **Ao término deste projeto apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.**

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

ANEXO 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DE TRABALHO CIENTÍFICO: EQUIPE DE SAÚDE.

Eu, _____, portador (a) do RG _____, domiciliado (a) na Rua _____ nº _____, na cidade de _____, estou de acordo em que seja gravado, desde que guardado sob sigilo o meu depoimento, relativo a minha experiência como membro da equipe de saúde interagindo com a família no momento da informação sobre o estado clínico do RN de alto-risco. Declaro que foi esclarecido (a) sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, bem como da liberdade que terei de pedir esclarecimentos ou de não participar da mesma e de desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa. Ademais, as autoras se comprometem a destruir os arquivos gravados, após transcreverem as entrevistas na íntegra, bem como a guardarem o anonimato das informações concedidas. Responsabilizam-se ainda, a entregar duas vias deste consentimento ao entrevistado, que após devidamente orientado receberá uma cópia, sendo a segunda guardada pelas pesquisadoras.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “Compreendendo a experiência interacional pais – equipe médica – equipe de enfermagem perante a informação do estado clínico do RN de alto risco à família”, realizada pela Enfermeira Fernanda Sotrate da Silva, sob orientação da Profa Dra Silvia Cristina Mangini Bocchi, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Declaro que concordo em participar da mesma.

Botucatu, de _____ de 2009.

Entrevistado

Fernanda Sotrate da Silva¹
Pesquisadora

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi²
Orientadora

¹ R Padre Salústio R. Machado, 520.Vila Carmelo. Botucatu–SP. Contatos: (14) 38134452, e-mail: fsotrate@hotmail.com

² Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Fone: (14) 38116070, e-mail: sbocchi@fmb.unesp.br

ANEXO 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO DE TRABALHO CIENTÍFICO: PAIS

Eu, _____, portador (a) do RG _____, domiciliado (a) na Rua _____ nº _____, na cidade de _____, estou de acordo em que seja gravado, desde que guardado sob sigilo o meu depoimento, relativo a minha experiência como cuidador familiar interagindo com a equipe de saúde, no momento da informação sobre o estado clínico do RN de alto-risco. Declaro que foi esclarecido (a) sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, bem como da liberdade que terei de pedir esclarecimentos ou de não participar da mesma e de desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa. Ademais, as autoras se comprometem a destruir os arquivos gravados, após transcreverem as entrevistas na íntegra, bem como a guardarem o anonimato das informações concedidas. Responsabilizam-se ainda, a entregar duas vias deste consentimento ao entrevistado, que após devidamente orientado receberá uma cópia, sendo a segunda guardada pelas pesquisadoras.

Tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa “Compreendendo a experiência interacional pais – equipe médica – equipe de enfermagem perante a informação do estado clínico do RN de alto risco à família”, realizada pela Enfermeira Fernanda Sotrate da Silva, sob orientação da Profa Dra Silvia Cristina Magini Bocchi, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Declaro que concordo em participar da mesma.

Botucatu, de _____ de _____.

Entrevistado

Fernanda Sotrate da Silva³

Pesquisadora

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi⁴

Orientadora

³ R. Padre Salústio R. Machado, 520.Vila Carmelo. Botucatu-SP. Contatos (14)38134452, e-mail: fsotrate@hotmail.com

⁴ Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Fone: (14)38116070, e-mail: sbocchi@fmb.unesp.br

ANEXO 5. QUADROS DE CÓDIGOS REFERENTES A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

QUADROS – EQUIPE MÉDICA

Quadro 1. Categoria M1.1. Médico reconhecendo equipes de enfermagem e médica sobrecarregada: códigos.

Categoria M1.1. Médico reconhecendo equipes de enfermagem e médica sobrecarregadas.

- médico achando que para melhorar a informação da equipe de enfermagem, o enfermeiro deveria participar da visita médica (M1-1);
- achando necessário conversar com enfermagem a respeito da conduta a ser tomada, em estados graves, para melhor entendimento da pessoa que está cuidando desse bebê (M2-6);
- acreditando ser muito importante a enfermeira passar visita com a equipe médica pra poder entender o paciente que está lidando (M3-7);
- achando que poderia programar uma visita com equipe de enfermagem, quando UTI estivesse tranqüila, para enfermagem se interar de cada caso dos bebês internados (M4-12);
- achando que a enfermeira deveria participar da visita médica (M8-25);
- achando que discutindo melhor os casos dariam informações na mesma linha para a família (M4-13);
- residente achando que visita médica envolve tudo, até o que se pode falar para os pais, e como pode ser falado (M1-2);
- médico achando bom o enfermeiro ter, pelo menos, uma noção geral dos pacientes internados, pra poderem ajudá-los na comunicação (M1-1);
- residente achando que equipe de enfermagem deveria saber o que está acontecendo para poder ajudá-los no momento da informação (M1-2).
- somente enfermeiras prestando cuidados e participando das visitas médicas nos EUA; (M3-7)
- achando que aqui (no serviço) tem-se um a sobrecarga grande de pacientes; (M3-8)
- achando que às vezes enfermeira não tem espaço para conversar com os pais, somente de cuidar dos bebês (M9-28)
- médico achando difícil a enfermeira participar da visita, por ter muitas coisas pra fazer (M1-1);
- achando que são passadas para equipe de enfermagem poucas informações sobre os bebês pela sobrecarga de serviço (M3-8);
- residentes ficando sobrecarregados por estarem em número reduzido (M1-1)
- residente achando um saco ficar prescrevendo e não ter tempo para falar com os pais (M1-1)
- residente achando que fica difícil dar atenção aos pais devido ao pouco tempo que sobra (M1-1)
- equipe médica não falando todas as informações pros pais (M1-2)
- médicos não ficando o tempo todo dentro da UTI (M7-20)
- equipe médica acaba passando somente os casos mais graves da UTI para equipe de enfermagem (M4-12)
- achando que quando a UTI está lotada, médicos não tem informações precisas sobre prognóstico de todos os bebês (M4-12)

Quadro 2. Categoria M1.2. Médico não presenciando a interação enfermagem - pais.

Categoria M1.2. Médico não presenciando a interação enfermagem - pais.

- equipe médica não vendo o que equipe de enfermagem fala ao paciente por não ficar o tempo todo dentro da UTI, e estar fazendo outras coisas (M1-1)
- residente não vendo o que enfermagem fala aos pais (M1-2)
- achando que a enfermagem tem mais vínculo com os pais que a equipe médica, sendo interessante ficarem juntos no momento da informação (M2-6)

Quadro 3 Categoria M1.3. Dificultando a interação entre equipes e pais: códigos.

Categoria M1.1.3. Dificultando a interação entre equipes e pais.

- achando que equipe médica acaba sofrendo por não ter boa interação com equipe de enfermagem, principalmente na hora de conversar com as famílias (M3-8)
- achando que as equipes têm que mudar muito e estão cientes dessa mudança (M3-10)
- residente achando que somos uma equipe (M1-2)
- achando que deveria haver mais confiança na interação equipe médica-equipe de enfermagem (M4-13)
- achando importante a interação entre família, equipe de enfermagem e equipe médica (M4-11)
- achando que não existe interação entre as equipes quando a UTI está lotada (M4-12)
- achando que a interação equipe médica - equipe de enfermagem estaria em tentar conciliar uma visita por semana, pelo menos, para cada bebê, para saber sobre a gravidade, tipo de doença, cuidados e até mesmo investimento (M4-12)
- achando que pessoa que dá informação tem que estar integrada do caso (M9-28)
- achando que mães ficam mais preparadas para conversar e receber informações da equipe médica (M6-17)
- achando que com isso as equipes poderiam dar melhores informações à família (M4-12)
- achando que médico e enfermeira poderiam trabalhar juntos para dar informações (M9-29)
- achando que acontece interação entre equipes-pais mais não de forma adequada (M7-22)
- achando que o enfermeiro fica mais atento à comunicação entre as equipes e família (M5-15)
- achando que dia após dia a interação entre as equipes está melhor (M4-13)
- achando que equipes vem melhorando ano após ano (M4-13)
- achando que equipes poderiam falar a mesma língua (M6-18)
- achando que alguns membros das equipes poderiam colaborar melhor com o processo (M5-15)
- achando que deveria haver reunião para ser discutido a respeito dos bebês mais graves, para falar a mesma linguagem (M6-18)
- achando que poderia ter uma comunicação mais efetiva com a família caso houvesse um trabalho mais integrado entre as equipes (M5-15)
- achando que equipes deveriam falar a mesma linguagem (M4-13)
- achando difícil ter esse momento de informação, pois a demanda é muito grande (M9-28)
- achando que deveria ter um momento para médico e enfermeira dar as informações (M9-28)
- não dando informações nesse horário aos pais se houvesse contratempo (M8-24)
- achando que para conversar com os pais tem que estar naquele momento à disposição deles (M8-24)

Quadro 4. Categoria M1.4. Enfermagem não compartilhando com o médico a atribuição de informante do estado clínico do RN: códigos.

Categoria M1.1.4. Enfermagem não compartilhando com o médico a atribuição de informante do estado clínico do RN

- médicos achando que poderia melhorar bastante se a equipe de enfermagem ficasse com eles durante conversa; para saber a informação passada (M1-1)
- residente achando que equipes poderiam conversar juntas com os pais, para a enfermagem, também, ficar sabendo o que a equipe médica está falando e pensando (M1-2)
- equipe de enfermagem ausente durante conversa do médico com os pais (M1-1)
- achando que a enfermagem deveria estar mais presente quando médicos dão a notícia da gravidade para os pais (M2-6)
- achando que a enfermagem deveria acompanhar a família no momento do recebimento da notícia ruim (M3-7)
- acreditando que equipe de enfermagem pergunta pouco, que raras vezes vão atrás para saber o que está acontecendo (M3-10)
- achando que equipe de enfermagem acabou se costumando a não ir atrás dos médicos, perguntando e questionando pouco (M3-10)
- achando que aqui a equipe de enfermagem não toma parte em nada, nem na hora de aceitar o bebê (M3-10)
- equipe de enfermagem entrando na sala de prescrição para falar que família aguarda para conversar (M1-2);
- achando que equipe de enfermagem deve ir chamar os médicos para dar informação (M7-21);
- residente achando que equipe de enfermagem poderia dar informação para os pais, quando os residentes estivessem ocupados (M1-2)
- achando que poderia melhorar com equipe de enfermagem dando informações durante dia, e tirando dúvidas quando equipe médica conversasse com os pais durante a visita (M6-17)
- achando que enfermagem, sendo mais presente, deveria se comprometer em passar mais informações aos pais (M6-17)
- achando que a enfermagem, sendo mais presente, deveria se comprometer em passar mais informações aos pais (M6-17)
- residente sentindo que enfermagem tem receio de falar um pouco a mais (M1-2);
- residente achando que enfermagem fala de menos (M1-2)
- achando que informações dadas pela equipe de enfermagem, não são a respeito do estado geral do paciente, mas sim relacionadas aos cuidados (M4-11)
- achando que equipe de enfermagem tem informações importantes para serem dadas à família, mas dentro do seu contexto de trabalho (M4-11)
- achando que enfermeiras podem explicar melhor os cuidados prestados ao bebê (M9-28)
- achando que equipe de enfermagem não deveria falar somente sobre cuidados, mas também sobre o estado do bebê (M6-18)
- achando que equipe de enfermagem manda os pais irem até sala dos médicos (M7-21)
- achando que os pais entram na sala dos médicos sem bater na porta (M7-21)
- pais achando que médicos estão falando de seu filho, pegando informações erradas para si (M7-21)
- achando que enfermagem orienta os pais a irem à sala dos médicos para ter informações (M7-21)
- achando que as informações são centradas no médico (M9-28)

- achando que as ações do médico ficam mais centradas nas definições de condutas médicas (M5-15)

Quadro 5. Categoria M2.1.1. Técnicos e auxiliares de enfermagem não constituindo competências emocional e técnico-científica para dar informações aos pais.

Categoria M2.1.1. Técnicos e auxiliares de enfermagem não constituindo competências emocional e técnico-científica para dar informações aos pais.

- achando que depende muito da experiência do profissional para dar informações (M2-3)
- achando que quanto mais experiente o profissional, maior a facilidade para comunicação (M2-3)
- achando que em casos específicos, como óbito, também depende da experiência da pessoa para passar informação (M2-3)
- achando que os membros da equipe de enfermagem, mais antigos, têm mais experiência em lidar com situações de agravamento da saúde ou até de óbito com a família (M5-15)
- percebendo que, num dado momento de gravidade, mesmo os membros mais antigos recorrem ao enfermeiro ou à equipe médica (M5-15)
- achando que as pessoas precisam ser mais selecionadas para trabalhar numa UTI Neonatal (M2-4)
- achando que não são todas as pessoas que têm condições de lidar com bebês doentes (M2-4)
- achando que equipes deveriam receber informações de como se comportar ao dar informações (M9-27)
- residente achando que equipe de enfermagem deveria ter mais noção do que está acontecendo com o paciente, e não dar informações somente sobre o cuidado (M1-2)
- achando que pessoa que dá informação tem que estar integrada do caso (M9-28)
- achando que depende da boa vontade de cada um dar informações (M7-19)
- achando que ao longo dos anos as pessoas vão se acostumando com a fatalidade; (M2-4)
- achando difícil se acostumar, mas achando que pessoas aprender a lidar com situações ruins; (M2-4)
- percebendo que os auxiliares tentam exercer seu papel de não dar informações além de suas competências (M5-15)

Quadro 6 Subcategoria M2.1.1.1. Tendo que ter conhecimento técnico – científico para oferecer informações: códigos.

Subcategoria M2.1.1.1 Tendo que ter conhecimento técnico – científico para oferecer informações.

- residente achando que tem que saber da doença do paciente para passar o mínimo de informação (M1-2)
- achando, entretanto, que a enfermagem poderia melhorar o nível de informação fornecida aos pais (M5-15)
- achando ruim equipe de enfermagem dar informações para os pais (M7-19)
- equipe de enfermagem agindo com ignorância por falta de informações (M3-8)
- achando que as técnicas de enfermagem não têm embasamento teórico/científico para lidar com algumas informações (M3-8)
- achando que técnicas de enfermagem não sabem interpretar o que está sendo feito com o bebê e acabam passando coisas erradas para a família (M3-8)
- achando que, por ter um contato maior com a família, a equipe de enfermagem deveria ser apta a dar informações (M3-7)
- achando importante a enfermagem dar informações aos pais (M6-17)

- achando que algumas pessoas distorcem as informações que ouvem, por falta de conhecimento (M9-29)
- achando que uma notícia dada errada pode ser catastrófica (M9-28)
- achando que enfermagem às vezes fala coisas pros pais que complica a equipe médica (M7-19)
- achando que equipe de enfermagem acaba ouvindo um pouco as informações quando entra na sala dos médicos durante a visita (M7-19)
- achando que algumas pessoas da equipe de enfermagem passam informações erradas, acaba misturando as informações (M7-19)
- achando que se devem conhecer as relações inter-familiares ao dar notícias para outros membros da família, pois estas podem ser distorcidas (M9-28)
- achando que equipe de auxiliares contam muito com sua experiência e isso acaba atrapalhando (M7-19)
- achando que equipe de auxiliares transforma algumas situações em um turbilhão (M7-19)
- achando que às vezes é difícil auxiliar entender algumas condutas por falta de comunicação por parte da equipe médica; (M2-6)
- achando que alguns membros da equipe de enfermagem têm comportamentos que acabam estressando ambas equipes (M7-22)
- residente sabendo que muitas vezes os pais têm dúvidas que equipe de enfermagem não sabe responder (M1-2)
- achando que a informação dada pela equipe de enfermagem, na maior parte das vezes, é ampla e inespecífica (M4-11)
- achando que enfermeiras esperam que somente médicos dêem informação (M7-19)
- notando dificuldade de comunicação em profissionais que estão começando, dificuldade de dar informações; (M2-3)
- achando que os profissionais que estão começando não têm condições de lidar com pacientes graves; (M2-3)
- achando que profissionais que estão começando têm dificuldade na hora de conversar e dar informações; (M2-3)
- notando fuga, dificuldade das auxiliares de enfermagem em alguns casos mais graves; (M2-3)

Quadro 7. Subcategoria M2.1.1.2 Técnicos e auxiliares envolvendo-se emocionalmente com os pais: códigos.

Subcategoria M2.1.1.2 Técnicos e auxiliares envolvendo-se emocionalmente com os pais.

- achando que as auxiliares de enfermagem têm mais dificuldades do que as enfermeiras, pois o envolvimento emocional é maior; (M2-3)
- achando que auxiliares de enfermagem têm mais envolvimento emocional; (M2-4)
- vendo que mesmo muito experientes, algumas auxiliares de enfermagem, preferem sair de perto da família, por sentirem pena, quanto ao recebimento de notícias ruins; (M2-4)
- achando que sobrecarga emocional compromete a comunicação (M7-22)

Quadro 8. Subcategoria M 2.1.2.1. Percebendo o despreparo dos pais para receber informações do RN: códigos.

Subcategoria M2.1.2.1. Percebendo o despreparo dos pais para receber informações do RN.

- pais associando gravidade do filho ao número de bombas de infusão, local de acesso venoso (M9-28);

- achando que as mães usam como mecanismo de defesa pedir informações para várias pessoas da equipe até conseguir ouvir alguma coisa amena, o que querem (M9-27);
- achando que os pais sofrem desgaste emocional desnecessário ao ouvir informações erradas (M7-21);
- achando que tem que se considerar o estado emocional dos pais no momento da informação (M7-20)
- achando que o estado dos bebês oscila muito, e quando eles estão bem, pais ficam esperançosos e, quando cai o estado geral não aceitam (M7-20)
- achando que a informação é dada conforme o estado do bebê e também como os pais chegam para ter essa informação (M7-20)

Quadro 9. Subcategoria M2.1.2.2. Equipe médica não se considerando preparada para dar informações aos pais

Subcategoria M2.1.2.2. Equipe médica não se considerando preparada para dar informações aos pais

- achando que equipe médica fala muitos termos técnicos (M3-9)
- achando que médicos utilizam termos difíceis, para explicar sobre patologias, com as técnicas de enfermagem; (M3-9)
- equipe médica falando de uma forma, família interpretando de outra (M4-13)
- achando que tem que falar de um jeito leigo com a equipe de enfermagem pra ela poder passar a informação correta para a família; (M3-9)
- médico achando que família pode se sentir inibida ou com vergonha de perguntar para equipe médica (M4-11)
- paciente parece não ter um médico fixo, pois os residentes se rodiziam (M4-11)
- achando que a equipe médica não consegue estabelecer um bom vínculo com a família por permanecer mais afastada (M5-14)
- achando que dependendo do envolvimento do médico, com o contexto da situação, a informação é dada de uma forma (M7-20)

Quadro 10. Subcategoria M2.1.2.3. Equipe de enfermagem tendo facilidade para desenvolver vínculo com os pais: códigos.

Subcategoria M2.1.2.3. Equipe de enfermagem tendo facilidade para desenvolver vínculo com os pais

- achando que a equipe médica tem uma relação pontual com a família diferente da enfermagem que tem uma relação mais duradoura (M3-8)
- achando que a referência da mãe é a equipe de enfermagem (M9-27)
- achando que equipe de enfermagem fica mais próxima da família (M6-17)
- percebendo que o vínculo com a enfermagem se estreita à medida que a mesma se aproveita da interação para contextualizar a família sobre os fatos (M5-14)
- achando que a enfermagem consegue esse vínculo por permanecer maior tempo com a família (M5-14)
- achando que equipe de enfermagem consegue estabelecer um melhor vínculo com a família do que a equipe médica (M5-14)
- achando a equipe de enfermagem mais preparada do que a equipe médica para se relacionar com a família (M5-14)
- podendo presenciar durante um ano de residência, que toda equipe de enfermagem tem um bom contato com a família (M5-14)
- achando que deveria aproveitar essa diferença de relacionamento para ter melhor comunicação com a família; (M3-9)

- médico achando que família se sente mais a vontade de falar com alguém que está mais próximo (M4-11)
- equipe de enfermagem tendo que rodear equipe médica para poder segurar a barra da família; (M3-8)
- achando que enfermagem tem um papel fundamental de dar apoio para a família; (M3-9)
- achando apoio dado pela enfermagem para os pais de pacientes grave importante (M8-24)
- achando que equipe de enfermagem apóia a família do bebê mais grave e deixa a informação detalhada para os médicos (M8-24)
- achando que algumas pessoas da equipe de enfermagem conseguem conversar e tranquilizar os pais (M7-19)
- achando que uma das maiores contribuições da enfermagem é na dimensão do conforto, mediante sua própria experiência (M5-15)
- médico percebendo que família se sente amparada pela equipe de enfermagem (M4-11)
- médico achando que familiares não falam muito (M1-1)
- achando que as enfermeiras estão acostumadas a dar o suporte necessário à família, a conversar; (M2-3)
- achando que as enfermeiras se envolvem, mais têm mais liberdade de conversar sobre casos graves; (M2-3)
- achando que enfermagem tem uma linguagem mais próxima da mãe, passando coisas que equipe médica não consegue passar (M6-17);
- achando bom a equipe de enfermagem dar informações aos pais (M9-27)
- achando que mãe ficaria mais tranqüila obtendo essas informações da enfermagem (M6-18)
- achando que quando as informações são dadas, na maioria, das vezes são ótimas (M6-17)
- achando que equipe de enfermagem sabe passar informações para as mães dos bebês mais tranqüilos (M8-24)
- achando importante a enfermeira participar de todas as partes do atendimento (M9-27)
- achando que, de uma maneira geral, a equipe de enfermagem dá informação (M7-19)

Quadro 11. Subcategoria M2.1.2.4. Elegendo o enfermeiro como o mais bem preparado para oferecer informações: códigos.

Subcategoria M2.1.2.4. Elegendo o enfermeiro como o mais bem preparado para oferecer informações.

- achando que a informação deve ser dada por pessoas bem instruídas para que elas possam responder qualquer questionamento (M9-30)
- achando que informações devem ser dadas por pessoas que saibam informar, interagir e não precisam ser centradas no médico (M9-29)
- achando que com a enfermeira pode falar de igual para igual, pois ela entenderá o que está acontecendo com o bebê; (M3-9)
- achando que somente enfermeiras podem ajudar os médicos a dar informações (M7-19)
- considerando os enfermeiros com mais preparo do que a equipe médica para enfrentar a família no momento mais crítico (M5-15)
- achando que equipe médica é menos preparada para dar informação sobre o óbito à família do que a equipe de enfermagem (M5-14)
- achando que as enfermeiras da UTIN são preparadas para lidar com quadro grave (M5-14)
- achando que informações sobre a gravidade do paciente, tratamento, diagnóstico, é um trabalho realizado pela equipe médica (M4-11);
- achando que a equipe médica deve dar informação do bebê grave (M8-25)
- achando que o médico deve conversar com os pais no caso dos bebês graves (M8-24)

- achando que cada profissional deve focar o seu tipo de informação (M4-11)

Quadro 12. Tema 2.2 Sugerindo um serviço de apoio psicológico aos profissionais: códigos.

Tema 2.2 Sugerindo um serviço de apoio psicológico aos profissionais: códigos.

- achando que poderia ser feito treinamentos de como lidar com a própria emoção (M2-4)
- achando que treinamento específico ou reuniões com psicólogos ajudaria a melhorar as emoções (M2-4)
- achando que as pessoas que trabalham em ambiente de UTI deveriam ter um momento para desabafar (M2-5)
- achando que suporte de outros profissionais, que tenham experiência em outro serviço e sejam especializados ajudaria (M2-5)
- achando que seria válido criar um grupo com equipe de enfermagem como o grupo de pais (M2-5)
- achando que aulas, reciclagem, ajudariam as pessoas a interagirem, para saber o que está acontecendo com o paciente e entender a conduta médica (M2-5)

Quadro 13. Categoria M2.2.1. Sugerindo a implementação de um instrumento de comunicação escrita.

Categoria M2.2.1. Sugerindo a implementação de um instrumento de comunicação escrita.

- achando que com o boletim muda o tipo de atenção aos pais (M8-24)
- achando que deveria haver boletim para poder ser dadas informações pela enfermeira no telefone, quando equipe médica estivesse ocupada (M8-24)
- achando que o boletim deve ser para informação de bebês não graves (M8-24)
- achando que boletim melhoraria a informação aos pais (M8-24)
- achando que se consegue dar informação melhor, tendo um tempo definido para os pais (M8-24)

Quadro 14. Categoria M2.2.2. Sinalizando a necessidade de melhorias na estrutura física para acolher os pais durante a informação.

Categoria M2.2.2. Sinalizando a necessidade de melhorias na estrutura física para acolher os pais durante a informação.

- achando que o ideal era ter uma sala e horário definido para conversar com os pais (M8-24)
- achando que deveria ter normas padronizadas para serem seguidas para melhorar a informação pessoalmente e por telefone (M7-22)
- achando que os pais devem receber informações fora da sala dos médicos (M7-21)

QUADROS – EQUIPE DE ENFERMAGEM

Quadro 15. Categoria E.1.1. Melhorando a qualidade das informações com o estabelecimento do vínculo médicos - pais: códigos.

Categoria E.1.1. Melhorando a qualidade das informações com o estabelecimento do vínculo médicos-pais.

- achando que atrapalha a falta de envolvimento do profissional que está cuidando (E4-8);
- achando que o vínculo com a família melhoraria as informações no dia-a-dia (E4-9);
- achando que para ser dada informação precisa-se de tempo e vínculo com o paciente (E4-9);

- achando que durante o dia é diferente, pois o médico que está com o bebê tem mais vínculo com a mãe (E4-10);
- achando que as equipes devem ter ciência que estão cuidando de bebês críticos, mães carentes, para poderem melhorar (E10-25).

Quadro 16. Categoria E.1.2. Médico oferecendo informações por telefone aos pais: códigos.

Categoria E1.2. Equipe médica oferecendo informações por telefone aos pais.

- considerando a estratégia de dar informação por telefone é boa (E7-17)
- achando que não deveria ter horário de informações por telefone;
- achando que há necessidade de ser dadas informações pelo telefone, pois os pais são de longe; (E4-10)
- achando bom o horário de informação pelo telefone; (E6-15)
- achando que por os familiares ficar o dia todo, dá para passar as informações e quando isso não acontece, ela é dada pelo telefone; (E6-16)
- achando que o horário para ligar vai de acordo com a necessidade de cada um; (E10-24)
- achando informação pelo telefone péssima (E10-25)
- achando alguns médicos grossos na hora de dar informação pelo telefone (E8-20)

Quadro 17. Categoria E2.1.2. Formação médica não capacitando e depreciando o processo de comunicação médicos-pais: códigos.

Categoria E2.1.2. Formação médica não capacitando e depreciando o processo de comunicação médicos – pais.

- achando que os residentes precisariam receber uma capacitação acerca do processo de comunicação equipe médica-família (E7-18);
- equipe médica sendo muito fria quando dá uma notícia grave (E3-6);
- achando que equipe médica deveria ter aulas de humanização (E3-7);
- achando que nova equipe médica tem orientações para dar todas as informações corretas, mas isso não acontece (E8-21);
- achando que deveria ter um treinamento, sobre como dar informação, para os residentes (E10-25);
- achando que há uma tendência sobre a piora do processo de comunicação equipe médica-família no decorrer dos anos de formação do residente (E7-18);
- achando que o residente no início de sua formação se apresenta mais interessado em conhecer os pais e os bebês, quando comparado ao final do ano (E7-18);
- achando que para as informações serem boas deve ser levado em consideração o grupo de residentes que está passando na UTI (E5-14);
- equipe de enfermagem achando que melhora a informação com a chegada de novos residentes (E8-21).
- tendo na UTIN informação para os pais sobre a situação clínica do RN (E7-17);
- achando complicadas informações na UTI (E9-22);
- achando que a informação concedida aos pais deveria ser melhor (E7-17);
- precisando melhorar a comunicação equipe médica-família com relação ao diagnóstico clínico do RN (E7-17);
- equipe de enfermagem achando comunicação deficiente (E1-1);
- achando que existe uma comunicação não efetiva entre equipe médica e familiar (E2-4);
- equipe de enfermagem achando comunicação de alguns membros da equipe médica péssima (E3-6);
- achando que equipe médica tem que melhorar muito (E3-6);
- achando que equipe médica precisa melhorar em relação às informações (E3-7);

- achando que a maioria dos médicos deixa a desejar sobre as informações dadas (E8-20);
- achando que as informações têm que ser melhores (E8-20);
- equipe de enfermagem achando que deveria melhorar a comunicação com as mães (E1-3);
- achando que a informação dada aos pais é péssima (E10-24);
- achando que se podem melhorar informações (E10-25).

Quadro 18. Categoria E2.1.2. Médico dificultando o acesso dos pais às informações do estado clínico do RN, para se preservar de sofrimento psíquico: códigos.

Categoria E2.1.2. Médico dificultando o acesso dos pais às informações do estado clínico do RN, para se preservar de sofrimento psíquico: códigos.

- equipe de enfermagem achando que má informação é dada aos pais pelo excesso de trabalho da equipe médica (E1-2);
- equipe médica tendo muitos procedimentos e muitos bebês para olhar acarretando na má informação (E1-2);
- equipe médica dando prioridade para outros afazeres do que para informações para os pais (E2-4);
- equipe médica não tendo tempo para família mesmo quando família está presente (E2-4);
- médicos sempre ocupados não podendo dar informação; (E3-7);
- equipe médica não dando informações por estar fazendo prescrições e outras coisas (E8-21);
- equipe médica não vem dar informação à família no horário de visita médica (E9-22);
- residentes, mesmo sem fazer nada, ficam enrolando para ir dar informação pra família (E10-26).
- achando o horário de informação médica à família curto (E7-17);
- achando que não tinha que ter horário para as informações (E3-7);
- achando que equipe médica quer seguir as regras dos horários para dar informações (E5-12);
- equipe médica dando informações após duas da tarde (E5-12);
- achando que nesse horário dá para passar melhor as alterações do quadro do bebê (E6-16)

Quadro 19. Subcategoria E2.1.2.1. Médico não se mostrando disponível para atender aos pais: códigos.

Subcategoria E2.1.2.1. Médico não se mostrando disponível para atender aos pais.

- achando que deveria ter outros médicos para dar informações quando um deles estivesse ocupado (E1-2);
- equipe de enfermagem achando que equipe médica deveria dar mais atenção à família e se colocar no lugar da mesma (E3-6);
- achando que os médicos poderiam estar disponíveis ou senão a própria enfermeira dar informação (E10-24);
- achando que médicos deveriam estar mais disponíveis para dar informações (E1-1)
- achando que equipe médica tem que estar disponível para dar informação quando família presente (E2-4)
- mãe não tendo dinheiro para comprar cartão telefônico para ligar novamente (E1-2)
- achando que a informação tem que ser dada quando o pai está disponível, em qualquer horário; (E10-24)

Elemento ESubc.2.1.2.1. Equipe médica não cumprindo com o horário de informação estabelecido.

- equipe de enfermagem achando que deveria ser estabelecido horário para informações e ser cumprido pela equipe médica (E1-2);

- achando que deveria ter um horário melhor para se dar as informações (E8-20);
- equipe de enfermagem achando que tendo um horário fixo, a equipe médica deve largar o que está fazendo para dar informações (E8-21).
- equipe médica não vem dar informação à família no horário de visita médica (E9-22);
- equipe médica não tendo tempo para família mesmo quando família está presente (E2-4);
- achando que o horário para as informações deveria ser fixo (E8-20).

Elemento ESubc.2.1.2.1. Equipe de Enfermagem percebendo que diante da gravidade do caso, equipe médica deveria ser mais flexível com o horário.

- achando que mães de bebês graves têm o direito de ter informação a qualquer hora (E1-2);
- achando que mães de bebês graves não devem ficar esperando até o horário estipulado para ter informação (E1-2);
- equipe de enfermagem achando que médicos devem analisar cada caso (E1-2);
- achando que deveria ter um membro da equipe médica disponível para dar informação dia e noite (E3-7);
- vendo equipe médica abrir exceções com os bebês mais graves (E5-12);
- achando que equipe médica conversa com os pais e esclarecem o quadro dos pacientes, e também passam informações pelo telefone (E6-15);
- achando que tem algumas exceções para dar informação (E8-20);
- achando que dependendo do caso, equipe médica deve largar o que está fazendo e vir dar informação (E8-21);
- achando que deve haver exceções quanto às informações (E9-22);
- achando que não deveria ter um horário fixo, pois depende da necessidade de cada um (E10-24).

Elemento ESubc.2.1.2.1. Equipe médica manifestando-se contrariada a dar informações aos pais.

- achando que equipe de residentes vêm dar informações quando enfermagem pede (E5-13);
- vendo os residentes dando informações após equipe de enfermagem pedi-las (E5-12);
- equipe de enfermagem chamando médicos no horário marcado, alguns atendendo, outros não (E8-20).
- achando que equipe médica não tem vontade de dar informação (E9-22);
- percebendo equipe médica vir dar informações contra vontade (E9-23);
- equipe médica reclamando quando enfermagem chama para dar informação (E8-21).
- residentes, mesmo sem fazer nada, ficam enrolando para ir dar informação para a família (E10-26).
- achando que não tem humanização nenhuma (E3-6);
- achando que os pais precisam que as equipes sejam mais humanas (E3-6);
- achando que equipe também não pode ser muito fria, pois está lidando com seres humanos (E3-6);
- achando que precisa melhorar muito a parte de humanização (E3-7);
- achando que todos devem se colocar no lugar da família e fazer o possível para deixá-los seguros (E4-11);
- achando que equipe médica não é humana em não ver o lado da família (E9-22);
- achando que todos deveriam tratar a família da mesma forma que gostariam de ser tratados (E10-25);
- achando que os médicos não sabem o significado da palavra humanização (E3-7);
- achando que em situações difíceis médicos não sabem confortar (E3-6).

Quadro 20. Subcategoria E2.1.2.2. Médicos acobertando informações dos pais, mediante as dificuldades de interação com as reações emocionais dos mesmos, em face de prognósticos ruins: códigos.

Subcategoria E.2.1.2.2. Médicos acobertando informações dos pais, mediante dificuldades de interação com reações emocionais dos mesmos em face de prognósticos ruins.

- equipe de enfermagem achando que alguns médicos têm receio de falar a verdade para os pais (E2-5);
- achando que é diferente receber a notícia de um óbito quando as informações são claras (E4-8);
- achando que alguns médicos são muito francos em dar informações (E9-22);

Elemento ESubc.2.1.2.2. Médico plantonista esquivando-se ou informando os pais superficialmente.

- achando que há diferenças na informação do profissional que cuida no dia-a-dia daquele que é plantonista (E4-9);
- achando que o médico de plantão dá um tipo de informação e o que está durante o dia da outra (E4-10);
- achando que informações, dependendo do horário que família liga, são mais precisas (E4-10);
- enfermagem percebendo que plantonista não dá muitas informações para mãe no telefone (E9-22);
- plantonista pedindo para mãe ligar no outro dia para falar com médico do bebê (E9-22);
- achando que seria correto o médico que está cuidando do bebê dar informação, mas que o plantonista também pode dar (E10-24).

Elemento ESubc.2.1.2.2. Médicos utilizando linguagem não inteligível ao informar os pais.

- equipe médica utilizando palavras técnicas na comunicação com famílias com baixa escolaridade (E7-17);
- equipe de enfermagem achando que equipe médica deveria falar e utilizar termos mais simples para dar informações (E1-1);
- médicos passando informações em linguagem técnica (E3-6);
- achando que a equipe médica deveria manter uma comunicação mais clara com a família quanto ao diagnóstico clínico do RN (E7-17);
- achando que equipe médica deveria usar palavras mais simples ao dar informações sobre os bebês (E1-1);
- equipe de enfermagem achando que médicos deveriam falar uma linguagem mais simples (E3-6);
- achando que dessa forma, mesmo sendo humilde, a família entende (E4-8);
- vendo que os pais não têm muita instrução para receber as informações (E8-20);
- achando que equipe médica deve falar uma linguagem que os pais entendam (E8-20);
- achando que as informações devem ser dadas de forma clara, com mais paciência, principalmente com famílias humildes (E4-9);
- achando que dependendo do médico, eles utilizam linguagem clara e simples (E10-24);
- achando que médicos têm que se habituar a não dizer a palavra estável (E4-10);
- achando que tem médicos que não esclarecem de forma correta o que está acontecendo com o bebê; a realidade de um bebê prematuro (E4-8);
- pais indo embora achando que bebê está bem, por equipe médica usar a palavra estável (E10-24).
- achando que família não consegue entender linguagem que equipe médica usa para dar informações (E2-4).

Elemento ESubc.2.1.2.2. Médicos não se preocupando em validar a compreensão dos pais acerca das condições clínicas do bebê.

- achando que a equipe médica deveria manter uma comunicação mais clara com a família quanto ao diagnóstico clínico do RN (E7-17);
- equipe de enfermagem achando que alguns médicos têm receio de falar a verdade para os pais (E2-5);
- achando que é diferente receber a notícia de um óbito quando as informações são claras (E4-8);
- achando que alguns médicos são muito francos em dar informações (E9-22);
- achando que médicos têm que ser claros e contar situação real do bebê à família (E9-22);

Elemento ESubc.2.1.2.2. Pais ficando sem compreender as informações passadas pelo médico.

- achando que a equipe médica explica várias coisas, mas familiar não entende o que é dito (E1-1);
- achando que família não entende informações dadas pela equipe médica (E2-4);
- família não entendendo informação passada por telefone (E2-4);
- família não sabendo o que é um CPAP (E3-6);
- achando que família, ao receber informação, fica surpresa e não entende o que realmente está acontecendo com o bebê quando ele está grave (E4-8);
- achando que informações poderiam ser mais detalhadas, sempre perguntando o entendimento da família (E4-9);
- vendo que após equipe médica dar as informações, os pais não entenderem (E5-12);
- achando que a maioria dos médicos, falam uma linguagem que a família entende (E5-12);
- vendo que os pais não têm muita instrução para receber as informações (E8-20);
- achando que equipe médica deve falar uma linguagem que os pais entendam (E8-20);
- achando que as informações devem ser dadas de forma clara, com mais paciência, principalmente com famílias humildes (E4-9);
- achando que dependendo do médico, eles utilizam linguagem clara e simples (E10-24).

Quadro 21. Subcategoria E2.1.2.3. Médico não se disponibilizando a oferecer informações, acerca do RN, mediante impedimentos de horário e de transporte dos pais à Instituição: códigos.

Subcategoria E2.1.2.3. Médicos não se disponibilizando a oferecer informações acerca do RN, mediante impedimentos de horário e de transporte dos pais à Instituição.

Elemento ESubc.2.1.2.3. Médicos não tendo disponibilidade de oferecer informações aos pais fora do horário estabelecido.

- mãe querendo informação do estado clínico que mudou de um dia para o outro (E1-1);
- vendo muitos pais ligarem fora de horário para pedir informação, de madrugada, de bebês não graves (E5-13);
- família ligando várias vezes para obter informação dos médicos (E9-23);
- achando que dependendo do horário, família tem dificuldade para falar (E4-10);
- achando que equipe médica tem que estar disponível para dar informação quando família presente (E2-4);
- orientando as mães a ligarem o horário que a pessoa de mais vínculo está presente, porque é rotina (E4-10);
- orientando a família sobre o horário de informação pelo telefone (E4-10);
- orientando a mãe a procurar o Serviço Social de sua cidade para poder falar com mais tempo ao telefone (E4-10);
- mãe ligando para saber informações, de orelhão, e equipe médica dizendo para ela ligar depois (E1-2);

- equipe médica não atendendo fora do horário estabelecido, à maioria dos casos de informações por telefone (E7-18).

Elemento ESubc.2.1.2.3 Pais ficando sem informações do RN, mediante impedimentos de horário e de transporte.

- pais com dificuldades de locomoção, geralmente, ficam sem informação médica, porque não conseguem estar na hora estipulada pela equipe médica (E7-17);
- pais carentes não tendo dinheiro para fazer ligação ficando muito tempo esperando (E10-25);
- achando que a equipe médica poderia abrir exceção aos pais com dificuldades de locomoção e com limitação de acesso a serviço telefônico (financeiro) (E7-17).

Quadro 22. Subcategoria E2.2.1.1. Enfermagem considerando o processo comunicativo médicos-pais não efetivo: códigos.

Subcategoria E2.2.1.1. Enfermagem considerando o processo comunicativo médicos-pais não efetivo.

- tendo na UTIN informação para os pais sobre a situação clínica do RN (E7-17);
- achando complicadas informações na UTI (E9-22);
- achando que a informação concedida aos pais deveria ser melhor (E7-17);
- precisando melhorar a comunicação equipe médica-família com relação ao diagnóstico clínico do RN (E7-17);
- equipe de enfermagem achando comunicação deficiente (E1-1);
- achando que existe uma comunicação não efetiva entre equipe médica e familiar (E2-4);
- equipe de enfermagem achando comunicação de alguns membros da equipe médica péssima (E3-6);
- achando que equipe médica tem que melhorar muito (E3-6);
- achando que equipe médica precisa melhorar em relação às informações (E3-7);
- achando que a maioria dos médicos deixa a desejar sobre as informações dadas (E8-20);
- achando que as informações têm que ser melhores (E8-20);
- equipe de enfermagem achando que deveria melhorar a comunicação com as mães (E1-3);
- achando que a informação dada aos pais é péssima (E10-24);
- achando que se podem melhorar informações (E10-25).

Quadro 23. Subcategoria E.2.2.1.2. Pais recorrendo à enfermagem perante recusa da equipe médica em dar informação por telefone: códigos.

Subcategoria E.2.2.1.2. Pais recorrendo à enfermagem perante recusa da equipe médica em dar informação por telefone.

- equipe de enfermagem (geralmente quem atende ao telefone) recorrendo ao enfermeiro do plantão para não deixar a família sem informações (E7-18).

Quadro 24. Subcategoria E.2.2.1.2.3 Pais buscando esclarecimento junto à Enfermagem, mediante informações médicas não claras: códigos.

Subcategoria E.2.2.1.2.3 Pais buscando esclarecimento junto à Enfermagem, mediante informações médicas não claras.

- família recorrendo à equipe de enfermagem para esclarecimentos acerca de informações médicas (E7-17);
- família tirando dúvidas com equipe de enfermagem (E5-12).

Quadro 25. Subcategoria E.2.2.1.4. Pais levando um choque com o estado do bebê no horário da visita: códigos.

Subcategoria E.2.2.1.4. Pais levando um choque com o estado do bebê no horário da visita.

- família achando que o bebê está bem e sairá do hospital sem seqüelas; (E3-6)
- família vendo o bebê cheio de tubos, não entendendo o que vê; (E3-6)

Quadro 26. Subcategoria E2.2.1.5. Enfermagem achando que deveria ter médico disponível para dar informação.

Subcategoria E2.2.1.5. Enfermagem achando que deveria ter médico disponível para dar informação.

- achando que deveria ter outros médicos para dar informações quando um deles estivesse ocupado (E1-2);
- equipe de enfermagem achando que equipe médica deveria dar mais atenção à família e se colocar no lugar da mesma (E3-6);
- achando que os médicos poderiam estar disponíveis ou senão a própria enfermeira dar informação (E10-24);
- achando que médicos deveriam estar mais disponíveis para dar informações (E1-1);
- achando que equipe médica tem que estar disponível para dar informação quando família presente (E2-4);
- mãe não tendo dinheiro para comprar cartão telefônico para ligar novamente (E1-2);
- achando que não tem que ter horário para informação (E10-24);
- achando que a informação tem que ser dada quando o pai está disponível, em qualquer horário (E10-24).

Quadro 27. Subcategoria E2.2.1. Médico resistindo em compartilhar o papel de informante com a enfermagem ao indispor de comunicação eficiente com a mesma: códigos

Subcategoria E2.2.1. Médico resistindo em compartilhar o papel de informante com a enfermagem ao indispor de comunicação eficiente com a mesma

Elemento ESubc.2.2.1. Equipe médica indispondo de comunicação eficiente com a enfermagem.

- Equipe de enfermagem achando que a equipe médica deveria melhorar sua comunicação com a mesma (E1-3);
- achando que equipe médica e de enfermagem tem que estar sempre conversando (E1-3).

Elemento ESubc.2.2.1. Enfermagem almejando compartilhar com os médicos residentes os papéis de informante dos pais e nos procedimentos na UTIN.

- achando que enfermagem perde espaço para residentes em procedimentos, comunicação (E9-23);
- achando que equipe de enfermagem não tem espaço para dar informações para família (E9-23);
- achando que enfermagem poderia ajudar equipe médica a dar informações para eles ficarem tranquilos (E5-13).

Quadro 28. Subcategoria E2.2.2.2. Enfermagem assumindo um papel de informante superficial dos pais, em face do sofrimento dos mesmos por falta de informações do estado clínico do RN: códigos.

Subcategoria E2.2.2.2. Enfermagem assumindo um papel de informante superficial dos pais, em face do sofrimento dos mesmos por falta de informações do estado clínico do RN.

Elemento ESubc2.2.2.2. Enfermagem sentindo entre o fogo cruzado na interface com o processo interacional médicos-pais.

- sabendo que a informação sobre o estado clínico do RN não é atribuição da equipe de enfermagem (E7-18);
- equipe de enfermagem ficando numa situação difícil perante a família, de um lado os pais querendo informações e a equipe médica do outro, dizendo não poder atendê-los naquele momento (E7-18).

Elemento ESubc2.2.2.2. Enfermagem em solidariedade aos pais, informando-os superficialmente.

- equipe de enfermagem passando à família informação superficial sobre o estado clínico do bebê (E7-18);
- equipe de enfermagem dando informações que cabem a ela (E5-13);
- colocando-se no lugar das mães e imaginando como elas se sentem (E4-11).

Quadro 29. Categoria E2.3.1. Enfermagem percebendo que boletim informativo e grupo de pais melhorariam informações: códigos.

Categoria E.2.3.1. Enfermagem percebendo que boletim informativo e grupo de pais melhorariam informações.

- achando que a criação de um boletim iria ajudar (E5-13);
- achando que boletim poderia ajudar em todos os períodos do dia, pois os residentes têm outros compromissos também (E5-13);
- achando que grupo de pais era bom (E5-13);
- achando que no grupo várias dúvidas eram sanadas e divididas (E5-14);
- achando que mães ficam mais tranquilas, pois muitas coisas são ditas no grupo (E5-14);
- achando que no grupo acontece troca de informações (E5-14).

Quadro 30. Categoria E2.3.2. Enfermagem achando que lugar privativo para dar informações ajudaria a melhorar: códigos.

Categoria E.2.3.2. Enfermagem achando que lugar privativo para dar informações ajudaria a melhorar.

- achando que melhoraria a informação se tivesse um lugar reservado para a família recebê-la (E6-16);
- achando que a família fica muito próxima de outra no momento da informação tendo receio de fazer perguntas para os médicos (E6-16).

QUADROS – GRUPO DOS PAIS

Quadro 31. Categoria P1.1. Chocando-se com a situação e com as informações médicas realistas: códigos.

Categoria P1.1. Chocando-se com a situação e com as informações médicas realistas.

- imaginando ser diferente, estar em um lugar diferente, como um berçário (P1-1)
- levando um choque ao ver meu bebê na UTIN, porque o imaginei diferente (P1-1)

- tendo sido uma experiência muito difícil, assustadora deparar-me com o bebê entubado (P1-1)
- chocada ao ver seu bebê daquele jeito, entubado, com um monte de tubos (P1-1)
- sendo um choque para o pai ver seu bebê (P4-9)
- assustador deparar-se com o bebê todo pequenininho (P1-1)
- mãe tendo um susto ao saber que tinha que ter o bebê naquele momento por estar com problemas de pressão alta (P8-24)
- equipe médica sendo realista com a mãe (P4-10)
- achando que médicos informam situação real do bebê (P5-15)
- mãe achando que tem alguns médicos que são grossos para falar sobre o diagnóstico do bebê (P9-26)
- mãe achando alguns médicos da equipe frios (P9-27)
- mãe achando alguns médicos reservados no momento de dar informação (P9-27)
- pais tendo informações reais do bebê no final de semana (P4-10)

Quadro 32. Categoria P1.2. Sentindo-se aflitos com o choque: códigos.

Categoria P1.2. Sentindo-se aflitos com choque

- mãe achando-se nervosa ao se deparar primeira vez com seu bebê (P1-3)
- mãe achando uma experiência dolorosa seu bebê ir para UTIN (P4-9)
- mãe ficando aflita ao entrar na UTI e se deparar com seu bebê entubado (P2-5)

Quadro 33. Categoria P1.3. Desanimando-se diante da informação médica.

Categoria P1.3. Desanimando-se diante da informação médica.

- equipe médica dando informações para o pai, deixando-o desanimado (P4-9)
- mãe recebendo a notícia de que seu bebê não ia sobreviver, pois seu problema era raro (P4-10)
- mãe tendo a informação que seu bebê poderia morrer ao ser extubado (P4-10)
- mãe sentindo-se desanimada quando médico pediu para ela ter fé (P9-27)
- mãe achando que médicos ter que saber dar informações, senão acabam deixando-as desesperadas (P9-28)
- mãe indo pra casa preocupada (P4-10)

Quadro 34. Categoria P1.4. Recebendo conforto e apoio da equipes: códigos.

Categoria P1.4. Recebendo conforto e apoio da equipes.

- pai relatando que equipe de enfermagem sempre o atendeu e foi solidária com eles (P6-18)
- pai dizendo que mesmo quando estava nervoso, enfermagem tentava acalmá-lo e participava da dor (P6-19)
- mãe achando que equipes dão muito conforto (P10-30)
- mãe sentindo-se confortada com a equipe médica do berçário (P1-3)
- mãe verbalizando seu sentimento para enfermeira (P1-4)
- mãe pedindo para o pai ficar tranquilo com situação, para deixá-la tranqüila também (P4-9)
- pai sendo atendido pela psicóloga da equipe (P6-20)
- mãe indo atrás da assistente social para conseguir equipamento (P4-11)
- fisioterapeuta ensinando mãe a aspirar ao bebê (P4-11)
- pai sentindo-se tranqüilo quando fez uma pergunta para uma das médicas e ela olhou o pulso dele na sua presença (P6-19)

Quadro 35. Categoria P1.5. Apoiando-se na espiritualidade para enfrentar a situação.**Categoria P1.5. Apoiando-se na espiritualidade para enfrentar a situação.**

- mãe entregando tudo na mão de Deus e depois nas mãos da equipe da UTIN (P4-9)
- mãe acreditando em Deus (P4-9)
- mãe achando que tirou sarro dela por ela acreditar em Deus (M9-26)
- médica dizendo pra mãe rezar e ter fé (M9-27)

Quadro 36 Categoria P2.1. Sentindo-se satisfeitos com as informações: códigos.**Categoria P2.1. Sentindo-se satisfeitos com as informações.**

- mãe tendo as informações dos médicos na UTIN (P3-7)
- mãe tendo informações todas as vezes que perguntou mesmo fora do horário (P3-7)
- médicos explicando para mãe problemas do bebê (P4-9)
- equipe médica da UTIN levando informações do bebê para mãe na maternidade (P4-9)
- mãe recebendo notícia de extubação do bebê (P4-9)
- mãe recebendo a mesma informação médica ao visitar seu bebê pela primeira vez na UTIN (P4-9)
- mãe recebendo informação dos médicos que seu bebê ia para cirurgia (P4-13)
- mãe tendo informações sobre procedimentos realizados em seu bebê (P4-13);
- pai dizendo que no primeiro momento foi um médico que cuidou do bebê e este dava todas as informações (P6-17)
- pai relatando que médica mudou de setor, mas explicou o que seu bebê tinha (P6-17)
- mãe tendo informações de alguns médicos sem ter que pedi-las (P9-26)
- mãe tendo informação de outros médicos sem ser do seu bebê (P9-27)
- mãe chegando muito nervosa na UTIN e tendo informação sobre o estado de vida do bebê (P10-29)
- mãe achando que médicos respondem tudo o que está ao alcance deles (P10-29)
- mãe recebendo informações de seu bebê quando ainda estava internada (P4-9)
- mãe achando que foi bem esclarecida as condições do bebê pelas equipes médica e de enfermagem (P5-15)
- mãe sentindo-se satisfeita com o atendimento das equipes da UTIN (P5-15)
- pai dizendo que foram orientados desde o primeiro momento, da internação da mãe até o nascimento do bebê (P6-17)
- pai não tendo reclamações quanto ao serviço (P6-19)
- mãe vindo todos os dias visitar seu bebê e sendo bem informada pelas duas equipes (P8-24)
- pai não tendo reclamações quanto ao serviço (P6-19)
- mãe sendo bem tratado pelos médicos docentes (P9-26)
- mãe tendo explicações médicas sobre começo de tratamento de seu bebê (P4-10)
- médico dizendo que infecção do RN era leve, despreocupando mãe (P1-2)
- achando que as informações dadas pelas equipes estão sendo boas (P2-5)
- equipes respondendo a todas suas dúvidas e tratando-a bem (P2-5)
- mãe achando que as duas equipes são ótimas e cuidam muito bem de seu bebê (P2-6)
- mãe não tendo reclamações da equipe médica (P3-8)
- mãe recebendo melhores explicações de se bebê (P4-10)
- mãe tendo informações com médica que cuidou de seu bebê na unidade (P4-11)
- mãe tendo informações quando começou a vir todos os dias (P7-21)
- mãe ficando contente ao ver seu bebê no CPAP, no outro dia (P4-10)

Quadro 37. Subcategoria P2.1.1. Pais recebendo informações de médicos plantonistas: códigos.

Subcategoria P2.1.1. Pais recebendo informações de médicos plantonistas.

- médico plantonista dizendo que resulta do exame ainda não tinha chegado (P1-2)
- médico plantonista confortando família sobre diagnóstico do RN (P1-2)
- mãe recebendo informações à noite pelo médico plantonista (P7-21)
- mãe perguntando, no começo, para os plantonistas e após não perguntando mais (P7-21)
- mãe percebendo que médicos plantonistas só sabiam o superficial (P7-21)
- mãe saiu chorando da UTIN por ter recebido uma notícia não muito boa da médica plantonista (P9-26)
- mãe diferenciando informações dos médicos que cuidavam do seu bebê (P3-7)

Quadro 38. Subcategoria P2.1.2. Pais obtendo informações do médico pelo telefone: códigos.

Subcategoria P2.1.2. Pais obtendo informações do médico pelo telefone

- mãe tendo informações por outros médicos pelo telefone (P4-13)
- mãe telefonando todas as noites e recebendo boas informações pelo telefone (P5-15)
- pai obtendo informações pelo telefone (P6-20)
- mãe telefonando a noite e sendo bem atendida pela equipe de enfermagem e médicos (P8-24)

Quadro 39. Subcategoria P2.1.3. Não tendo reclamações da equipe de enfermagem

Subcategoria P2.1.3. Não tendo reclamações da equipe de enfermagem

- mãe não tendo reclamações da equipe de enfermagem (P4-11)
- mãe relatando que foi muito bem atendida no episódio da aranha (P5-16)
- pai não tendo reclamações sobre equipe de enfermagem (P6-18)
- mãe fazendo comparações sobre membros da equipe de enfermagem (P7-22)
- mãe se simpatizando mais com alguns membros da equipe de enfermagem (P7-23)

Quadro 40. Categoria P2.2. Pais sentindo-se seguros com o tratamento do RN: códigos.

Categoria P2.2. Pais sentindo-se seguros com o tratamento do RN.

- mãe achando um dos médicos atenciosos (P3-7)
- mãe recebendo informação que na UTIN tem todos os tipos de recurso (P10-27)
- mãe recebendo informações da equipe médica sobre cirurgia do bebê (P10-29)
- mãe ouvindo explicação dos médicos sobre etapas que seu bebê ia vencer (P4-10)
- mãe se sentindo acolhida pela equipe médica (P7-23)
- mãe não tendo do que reclamar no momento, pois está sendo bem orientada (P8-24)
- mãe não tendo do que reclamar, nem das equipes, nem do horário (P9-26)
- mãe relatando sua gratidão e achando que teria tido dificuldades se seu bebê tivesse nascido em sua cidade (P4-12)
- médico levando mãe pra ver outro bebê que tinha realizado cirurgia igual o seu bebê iria realizar (P10-29)
- mãe ouvindo dos médicos que seu bebê tinha surpreendido (P4-10)
- achando que está sendo muito bem atendida pela equipe médica (P5-15)

Quadro 41. Subcategoria P3.1.1. Médicos deixando de oferecer informações espontaneamente: códigos.

Subcategoria P3.1.1. Médicos deixando de oferecer informações espontaneamente

- achando que a equipe médica deveria ter ido pelo menos até o seu quarto para dar informações sobre o bebê internado na UTIN (P1-1)
- pais com dificuldade de obter informações com outro médico (P6-17);
- equipe médica passando várias vezes na minha frente e mesmo assim não dando informação sobre RN (P1-2)
- médicos passando perto da mãe não parando para informar (P4-10);
- conseguindo informações do bebê somente quando pude ir de cadeira de rodas à UTIN (P1-1)
- equipe médica não vindo conversar com a família e família tendo que ir atrás da equipe médica para informar-se (P1-3)
- mãe tendo que abordar equipe médica para ter informações do seu bebê (P7-21)
- mãe tendo que pedir informações para os médicos quando vinha à noite (P7-21)
- mãe chamando médicos na sala deles para ter informações e sendo bem atendida (P7-23)
- mãe dizendo que o dia em que seu bebê foi entubado não ligaram na casa dela avisando porque foi na madrugada (P2-5)
- sentindo-se desinformada pela equipe médica da situação clínica do RN enquanto internada (P1-1)

Quadro 42. Subcategoria P3.1.2. Sentindo-se desconsiderados pelos médicos no processo de hospitalização: códigos.

Subcategoria P3.1.2. Sentindo-se desconsiderados pelos médicos no processo de hospitalização

- mãe achando que alguns médicos não gostam de responder perguntas (P10-29)
- mãe achando que faltou consideração da parte da equipe médica com a família (P1-2)
- família dizendo que nunca conseguia falar com equipe médica (P1-2)
- mãe percebendo que alguns médicos passam por elas no horário estipulado para informação e não conversam (P10-31)
- família aguardando resultado de exame, e médicos indo embora sem dar a informação que seu plantão era até 18 horas (P1-2)
- passaram-se dois dias e a equipe médica não procurou a mãe para falar o resultado do exame (P1-2)
- mãe achando que alguns médicos tratam-na com pouco caso (P9-26)
- pai querendo que médico converse, examine, explique os porquês da condição em que seu bebê se encontra (P6-18);
- mãe sentindo como se equipe médica fugisse dela (P1-3)
- mãe achando que equipe médica deveria ter procurado-a mais (P1-3)
- mãe querendo que equipe médica sentasse com ela e explique tudo direitinho (P4-12);
- mãe querendo ajuda da equipe médica para conseguir equipamento em sua cidade (P4-12);
- mãe falando do diagnóstico do seu bebê para equipe médica, e equipe médica sem a certeza do mesmo, aguardando exames (P1-2)
- equipe médica aguardando resultado de exames para confirmação do diagnóstico (P1-2)
- família perguntando resultado de exames para equipe médica (P1-2)
- mãe achando que equipe médica poderia ser mais atenciosa, vindo conversar quando estivessem desocupados (P1-3)
- mãe achando que equipe médica deixa muito a desejar nas informações (P4-13);

- mãe achando que equipe médica, mesmo depois de chamá-la, demora para vir dar informações (P7-22)
- mãe achando que depende do médico em ir dar informações logo que eles pedem (P7-22)
- mãe achando que a demora para informação é porque médicos estão atarefados (P7-22)
- mãe sabendo entender as prioridades do trabalho na UTIN (P7-22)
- mãe achando que médicos deveriam conversar no horário estipulado (P10-30)

Quadro 43. Subcategoria P3.1.3. Não se sentindo seguros com o tratamento oferecido ao RN pela equipe médica: códigos.

Subcategoria P3.1.3. Não se sentindo seguros com o tratamento oferecido ao RN pela equipe médica

- pai achando que médicos deixaram acontecer muitas coisas com seu bebê para depois tomarem providências (P6-17)
- pai se desentendendo com a médica por nunca tê-la visto examinando seu bebê (P6-17)
- pai achando que a médica que teria que cobrar a coleta dos exames (P6-18)
- mãe achando que tiveram algumas coisas que passaram batido e ela ficou sabendo depois (P7-21)
- mãe ainda achando que faltam informações sobre equipamento (P4-13)
- mãe não entendendo, às vezes, o que é dito pela equipe médica (P2-5)
- mãe não entendendo, às vezes, o que equipe médica diz (P4-11)
- mãe achando as informações confusas sobre equipamento (P4-12)
- mãe não entendendo o sentido da palavra estável (P4-13)
- mãe não entendendo explicações do geneticista a respeito da patologia de seu bebê (P4-14)
- pai achando que médica deveria ser mais clara quanto às informações (P6-19)
- mãe tendo informações da médica de seu bebê que sempre diz que ele está estável (P8-24)
- mãe não entendendo explicações da médica no telefone, quando ligou pela primeira vez (P8-24)
- mãe entrando em desespero por não entender (não saber linguagem) que o médico estava falando (P8-24)
- mãe achando que seu bebê iria morrer, por não entender informação (P8-24/25)
- mãe perguntando novamente a mesma coisa quando não entende (P2-5)
- mãe queria saber o que havia acontecido e equipe médica explicou (P2-5)
- mãe tirando dúvidas com médicos durante a passagem de informação (P5-15)
- mãe indo para casa sem dúvidas (P5-16)
- mãe dizendo que equipe da maternidade dizia pra ela sempre tirar suas dúvidas (P5-16)
- mãe se mostrando curiosa perguntando sempre quando teve dúvida (P7-21)
- mãe achando que nunca faltaram respostas para suas dúvidas e enfermagem aconselhava-a a perguntar (P7-21)
- mãe indo dormir preocupada quando tem uma dúvida e não consegue tirá-la (P8-24)

Quadro 44. Subcategoria P3.1.4. Não compreendendo as informações oferecidas pelos médicos: códigos.

Subcategoria P3.1.4. Não compreendendo as informações oferecidas pelos médicos.

- mãe não entendendo, às vezes, o que é dito pela equipe médica (P2-5)
- mãe não entendendo, às vezes, o que equipe médica diz (P4-11)
- mãe achando as informações confusas sobre equipamento (P4-12)
- mãe não entendendo o sentido da palavra estável (P4-13)

- mãe não entendendo explicações do geneticista a respeito da patologia de seu bebê (P4-14)
- pai achando que médica deveria ser mais clara quanto às informações (P6-19)
- mãe tendo informações da médica de seu bebê que sempre diz que ele está estável (P8-24)
- mãe não entendendo explicações da médica no telefone, quando ligou pela primeira vez (P8-24)
- mãe entrando em desespero por não entender (não saber linguagem) que o médico estava falando (P8-24)
- mãe achando que seu bebê iria morrer, por não entender informação (P8-24/25)
- mãe perguntando novamente a mesma coisa quando não entende (P2-5)
- mãe queria saber o que havia acontecido e equipe médica explicou (P2-5)
- mãe tirando dúvidas com médicos durante a passagem de informação (P5-15)
- mãe indo para casa sem dúvidas (P5-16)
- mãe dizendo que equipe da maternidade dizia pra ela sempre tirar suas dúvidas (P5-16)
- mãe se mostrando curiosa perguntando sempre quando teve dúvida (P7-21)
- mãe achando que nunca faltaram respostas para suas dúvidas e enfermagem aconselhava-a a perguntar (P7-21)
- mãe indo dormir preocupada quando tem uma dúvida e não consegue tirá-la (P8-24)

Quadro 45. Subcategoria P3.2.1. Recorrendo ao auxílio da enfermagem para obter informações acerca do estado clínico do RN: códigos.

Subcategoria P3.2.1. Recorrendo ao auxílio da enfermagem para obter informações acerca do estado clínico do RN.

- obtenção de informações da equipe médica indo atrás da equipe e chamando-os médico (P1-2)
- mãe deparando-se primeiramente com equipe de enfermagem, que chama médicos para darem informações sobre o ocorrido (P2-5)
- mãe pedindo para enfermagem chamar médicos para dar informação (P4-10)
- mãe tendo que pedir para enfermagem chamar médicos todas as vezes que vinha visitar para ter informação (P4-10)

Quadro 46. Subcategoria P3.2.2. Enfermagem oferecendo informações superficiais aos pais: códigos.

Subcategoria P3.2.2. Enfermagem oferecendo informações superficiais aos pais.

- informação superficial, sobre o RN, pela equipe de enfermagem (P1-1)
- mãe achando que auxiliares que estão cuidando do bebê podem dizer alguma coisa a respeito dele.
- pai achando que equipe de enfermagem dava informações além do que podiam (P6-18);
- pai achando que equipe de enfermagem utilizava linguagem simples para informar (P6-18);
- mãe achando que enfermeiros respondem as perguntas e quando não podem responder chamam os médicos (P10-29)
- mãe perguntando pra equipe de enfermagem sobre diagnóstico do RN, equipe de enfermagem dizendo que seria somente com equipe médica (P1-2)
- mãe procurando saber o mais básico da equipe de enfermagem (P7-22)
- mãe perguntando dúvidas para equipe de enfermagem e obtendo explicações (P9-26)
- mãe achando que equipe de enfermagem pode adiantar alguma informação (P10-30)
- equipe de enfermagem ensinando mãe a cuidar de seu bebê (P4-11).

- mãe recebendo explicações de todas as pessoas da equipe de enfermagem que cuidam do seu bebê (P4-11);
- mãe perguntando para equipe de enfermagem para que serve a aspiração do bebê (P2-5)
- equipe de enfermagem respondendo as dúvidas da mãe (P2-5)
- equipe ensinando a mãe cuidados com o bebê após cirurgia (P4-13);
- mãe achando que equipe de enfermagem responde a todas as perguntas, tira todas as dúvidas; (P5-15);
- mãe achando que enfermagem não sabe dar informações sobre o estado clínico do bebê, somente sobre cuidados (peso, mamadas, etc) (P7-22)
- enfermeira dizendo para mãe que tem algumas auxiliares que não sabem explicar algumas coisas (P9-26)

Quadro 47. Categoria P4.1 Tornando-se agressivos mediante insegurança com o tratamento: códigos.

Categoria P4.1 Tornando-se agressivos mediante insegurança com o tratamento.

- mãe criticando por enfermeira saber dos riscos e não se atentar para fazer o correto (P1-4)
- pai achando que deveria ter agido antes na falta de comunicação (P6-20)
- mãe ficando ansiosa por não ter vindo visitar seu bebê (P2-5)
- mãe querendo levar seu bebê para casa (P4-10)

Quadro 48 Categoria P4. Dirigindo-se à equipe com hostilidade para garantir atenção ao bebê: códigos.

Categoria P4. Dirigindo-se à equipe com hostilidade para garantir atenção ao bebê.

- mãe ficando ressentida por ter exagerado na resposta que deu à enfermeira (P1-4)
- mãe pedindo desculpas para enfermeira por ter falado grosseiramente com ela (P1-4)
- mãe ansiosa em arrumar equipamento pra poder levar bebê para casa (P4-12)
- mãe com vontade de comprar equipamento para levar seu bebê pra casa (P4-12)
- enfermeira não gostando muito do comportamento da mãe (P1-4)

Quadro 49. Categoria P4.3. Fazendo comparações entre equipes do berçário e UTIN: códigos.

Categoria P4.3. Fazendo comparações entre equipes do berçário e UTIN

- mãe achando equipe médica do berçário diferente (P1-3)
- mãe dizendo que equipe médica do berçário que a procura para dar informações sobre o estado do seu bebê (P1-3)
- mãe achando equipe de enfermagem do berçário mais responsável e respondendo a todas as perguntas, não a deixando sem respostas (P1-3)
- mãe achando equipe de enfermagem do berçário diferente da equipe da UTI (P1-3)
- mãe fazendo comparação entre o berçário e a UTIN (P3-7)
- mãe achando berçário melhor que UTIN (P3-7)
- mãe falando que tudo o que pergunta para equipe de enfermagem do berçário elas dizem e na UTI tem que chamar o médico (P3-7)
- mãe achando a equipe médica do berçário parecida com a da UTIN (P3-8)
- mãe com medo de ter outro tipo de tratamento pelas equipes do berçário; (P5-15)
- mãe gostando do atendimento na UTIN, não querendo que seu bebê tivesse alta para o berçário, mas direto pra casa (P7-22)
- mãe achando que as informações no berçário são diferentes da UTIN, pois pelo telefone a enfermeira informa (P3-7)

Quadro 50. Categoria P4.4. Passando a questionar a assistência oferecida pelas equipes: códigos.

Categoria P4.4. Passando a questionar a assistência oferecida pelas equipes.

- mãe sabendo que exposição dos olhos ao banho de luz causa cegueira (P1-3)
- mãe encontrando seu bebê sem óculos de proteção ao entrar pra visitá-lo (P1-3)
- mãe surpreendendo funcionárias conversando e seu bebê ficando sem óculos de proteção (P1-3)
- mãe perguntando ao médico quais as conseqüências, da exposição por muito, tempo à luz (P1-3)
- mãe preocupada com RN por equipe não ter colocado fita na touca do seu bebê para colar óculos de proteção (P1-4)
- mãe encontrando seu bebê, no dia seguinte, sem a proteção (P1-4)
- mãe indo falar com a enfermeira para colar fita nos óculos do seu bebê (P1-4)
- mãe achando que enfermeira estava com má vontade para colar a fita que pediu na touca de seu bebê (P1-4)
- mãe achando algumas pessoas da equipe de enfermagem boas e educadas e outras não (P3-7)
- mãe achando que técnica ou auxiliar que está cuidando do seu bebê deve se apresentar e falar como ele está (P10-30)
- mãe achando que quando membros da equipe de enfermagem saem para fumar deveriam tirar o avental que cuidam dos bebês (P3-7)
- pai questionando as atitudes da segunda médica que assumiu o caso do seu bebê (P6-17)
- pai questionando o tipo de informação que é dada para outros pais que são leigos (P6-18)
- pai achando que teve negligência na parte de coleta de exames, pois via o pedido vários dias colados na incubadora (P6-18)
- pai duvidando se realmente tivessem colhido os exames, médicos teriam descoberto este fungo antes (P6-18)
- pai duvidando se seu bebê era examinado, se colhiam exames (P6-18)
- mãe indo embora, ou fazendo perguntas para enfermeiras ao ver que médica que a tratava com grosseria estava de plantão (P9-27)
- mãe achando que comportamentos e tratamento é questão de informação (P9-27)
- pai achando que a falha da falta de comunicação com a médica pode ter sido dele (P6-20)
- pai questionando outras pessoas sobre situação de seu bebê (P6-18)
- pai colocando em questão a competência da médica (P6-18)
- pai achando que o ponto negativo foi ele não ter confiança na médica que estava cuidando do bebê (P6-19)
- pai questionando atitudes tomadas por médicos (P6-19)
- pai dizendo que mesmo após ter informações o que mais “pegou” foi a falta de confiança na médica que estava atendendo (P6-20)
- pai achando que a primeira médica deveria ter continuado a cuidar de seu bebê, pois confiava nela (P6-20)
- mãe achando que equipes passava confiança e segurança, com sensação de bem cuidado (P7-22)
- pai achando que médicos deixaram acontecer muitas coisas com seu bebê para depois tomarem providências (P6-17)
- pai se perguntando se o que estava acontecendo poderia ser evitado (P6-17)
- pai achando que seria bom os médicos examinarem seu bebê quando estivessem presentes (P6-19)
- pai vendo outros médicos examinando outros bebês, ficando com dúvidas se era feito isso no bebê também (P6-19)

- pais vendo seu bebê piorar (P6-17)
- pai indignado com a piora da situação do bebê (P6-18)

Quadro 51. Categoria P4.5. Tentando transgredir-se com as rotinas da UTIN: códigos.

Categoria P4.5. Tentando transgredir-se com as rotinas da UTIN.

- mãe não ligando na UTI para ter informações sobre seu bebê, porque não tinha o número do telefone (P2-5)
- mãe achando que é regra a enfermeira não dar informações pelo telefone, somente os médicos (P3-7)
- mãe não sabendo que poderia pedir informações pelo telefone (P7-21)
- mãe preferindo vir receber informações pessoalmente (P7-22)
- mãe achando que é correto ter horários na UTIN (P9-27)
- mãe dizendo que tem dificuldades para entrar na UTIN, pois não tem a roupa (avental) apropriada para vestir (P5-16)
- mãe assustada por ter uma aranha no cobertor do bebê (P5-16)
- mãe tendo dificuldade com horário de visita por chegar muito cedo no hospital e ficar muito tempo esperando (P8- 25)
- mãe chegando muito cedo não conseguindo ter muito tempo para ficar com seu bebê (P8-25)
- mãe ficando nervosa quando não pode ficar muito tempo com seu bebê, pois tem que se retirar para serem dados os cuidados (P8-25)
- mãe querendo ir reclamar com enfermeira supervisora sobre o horário de visitas (P8-25)
- mãe tendo que deixar outros dois filhos em casa (P4-12)
- mãe não podendo ficar na casa de apoio para poder ficar mais tempo com o bebê (P8-25)
- médicos pedindo que mãe vá atrás de suporte ventilatório para seu filho em sua cidade (P4-11)
- mãe não tendo orientação de médicos sobre equipamento que iria usar em seu bebê em casa (P4-11)
- mãe pedindo orientação para médica de sua cidade, sobre equipamento (P4-11)
- mãe tendo dificuldades para achar equipamento para seu bebê (P4-12)
- mãe precisando que médicos dêem informações à assistente social (P4-14)
- mãe pedindo ajuda para equipe médica para poder arrumar o equipamento (P4-12)
- mãe vindo pelo menos uma vez por semana durante, para obter informações mais precisas do médico que cuidava diretamente de seu bebê (P7-21)
- equipe médica pedindo para mãe passar o dia junto do bebê (P4-9)
- equipe médica da maternidade não querendo dar alta para mãe para ela poder ficar mais próxima do bebê (P4-9)
- equipe médica pedindo para mãe ficar um dia todo no hospital para aprender cuidados (P4-13)
- mãe não sabendo quem são os docentes pois eles não se apresentam à elas (P10-31)
- mãe achando que equipes deveriam se apresentar melhor, para maior conforto (P10-31)