

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

RENATA OLZON DIONYSIO DE SOUZA

**A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE ENFERMEIROS E FAMILIARES
DE CRIANÇAS E NEONATOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

SÃO CARLOS

2021

RENATA OLZON DIONYSIO DE SOUZA

**A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE ENFERMEIROS E FAMILIARES
DE CRIANÇAS E NEONATOS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para fins de avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.
Área de concentração: Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Giselle Dupas

SÃO CARLOS

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Renata Olzon Dionysio de Souza, realizada em 29/10/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Giselle Dupas (UFSCar)

Profa. Dra. Monica Martins Trovo (UNICSUL)

Profa. Dra. Namie Okino Sawada (USP)

Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto (UFSCar)

Profa. Dra. Amanda Aparecida Borges (UEMG)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Dedico às enfermeiras que, desejando em seu coração acalantar aqueles de quem cuidam, oferecem, a cada um, um pouco de si e buscam, incansavelmente, adquirir conhecimentos para se fortalecer neste desafio.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, a Deus, que desejando que nos tornássemos luz como Ele, nos permitiu nascer neste mundo escola e, em cada vivência conhecer, compreender e aplicar conceitos que nos tornam humanos como essência divina que somos.

Aos locais onde trabalhei e que me possibilitaram tornar a profissional que hoje sou, através das vivências atravessadas ao longo de meu percurso.

A minha família, e em especial aos meus pais, que sem nunca se cansarem me ofereceram amparo e estímulo para que jamais desistisse diante das dificuldades, sempre acreditando no meu valor.

A minha companheira, que tolerou com coragem meus dias difíceis sobrecarregando-a em muitos momentos com diversos afazeres familiares.

Aos meus filhos, que em minha “ausência presente” com paciência (ou não) esperaram esse processo de construção, através do qual me tornaria um ser humano e uma mãe mais inteira.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Giselle Dupas, que me inspirou nesta caminhada a me tornar uma enfermeira cada vez mais humana e que tivesse o amor do cuidado para com o outro em cada gesto e em cada olhar. Sempre admirei sua forma de estar no mundo, em especial, como enfermeira, desejando um dia possuir suas qualidades, escolhi a caminhada que aqui apresento.

Aos Amigos Maria Aparecida Bonelli e Gabriel Brassi Silvestere de Oliveira, que comigo compartilharam e contribuíram neste período de crescimento.

Aos diversos amigos, que durante este período me apoiaram, oferecendo a mão para me auxiliar diante dos tropeços que ocorreram durante essa caminhada.

Às enfermeiras (os) que participando da pesquisa abriram para mim sua forma de ser e me permitiram ver a partir de seus olhos a comunicação e, assim, me reconstruir diante desse aprendizado.

*“Respondeu-lhes Jesus: Não está escrito na vossa lei: Eu disse: Sois deuses? Pois, se a lei chamou deuses àqueles a quem a palavra de Deus foi dirigida, e a Escritura não pode ser anulada (...)”
João 10:34,35*

“Em verdade, em verdade, vos digo: que aquele que crê em mim também fará as obras que eu faço, e as fará maiores do que estas, porque eu vou para meu Pai.” João 14:12

Resumo

Introdução: o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva é para a família um local de grandes angústias. A enfermeira, principal representante do cuidado ofertado, prioriza o cuidado à criança e reconhece a necessidade de incluir a família. A comunicação surge como ferramenta que permeia ao cuidado, mas também como forma de cuidar e amparar a família. **Objetivo:** compreender como enfermeiras que trabalham nesse ambiente entendem a comunicação terapêutica e a realizam em sua prática no relacionamento com a família. **Método:** pesquisa qualitativa descritiva e de campo, utilizou como referencial teórico a comunicação terapêutica (CT), e método a Descrição Interpretativa. O estudo se deu com enfermeiras da unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal selecionadas a partir da técnica Bola de Neve. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, realizada, inicialmente, face a face e, posteriormente, com o advento da pandemia do COVID-19 através de vídeo-chamada. A análise de dados aconteceu de forma indutiva, evitando análises pré-determinadas, e com períodos de imersão no campo e nos dados foi possível apreender o todo, sem descartar as particularidades. **Resultados:** através de 21 entrevistas, a pesquisa trouxe como resultado a compreensão sobre a CT para a enfermeira, sendo utilizada, principalmente, para informar e esclarecer, utilizando uma linguagem clara, mas também uma comunicação na forma de relacionar-se, amparando e cuidando. Os relatos trouxeram que a comunicação foi utilizada nos diversos momentos de interação com a família, de situações corriqueiras a mais delicadas, como o falecimento da criança. Surgiram também relatos referentes ao uso desta com a equipe de profissionais de saúde, assim como o modo de comunicar atribuições, regras e rotinas da instituição. Crenças e valores da enfermeira permearam, constantemente, sua forma de comunicar-se com a família. **Considerações finais:** esta pesquisa mostrou que apesar do conhecimento sobre CT não se encontrar presente, os profissionais possuem dentro de si recursos para desenvolver um cuidado na qual a CT se faz presente e em potencial de crescimento.

Palavras Chaves:

Comunicação; Enfermagem Familiar; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

ABSTRACT

Introduction: the Intensive Care Unit environment is a place of great anguish for the family. The nurse, the main representative of the care offered, prioritizes child care and recognizes the need to include the family. Communication emerges as a tool that permeates care, but also as a way of caring for and supporting the family. **Objective:** to understand how nurses who work in this environment understand therapeutic communication and carry it out in their practice in the relationship with the family. **Method:** descriptive and field qualitative research, used therapeutic communication (TC) as a theoretical framework, and the Interpretative Description method. The study was carried out with nurses from the pediatric and neonatal intensive care unit selected using the Bola de Neve technique. For data collection, a semi-structured interview was used, initially carried out face-to-face and, later, with the advent of the COVID-19 pandemic through video call. Data analysis took place in an inductive way, avoiding pre-determined analyses, and with periods of immersion in the field and in the data, it was possible to apprehend the whole, without discarding the particularities. **Results:** through 21 interviews, the research brought as a result the understanding of TC for the nurse, being used mainly to inform and clarify, using clear language, but also communication in the way of relating, supporting and caring. The reports showed that communication was used in different moments of interaction with the family, from ordinary to more delicate situations, such as the child's death. There were also reports regarding its use with the team of health professionals, as well as the way of communicating the institution's attributions, rules and routines. Nurses' beliefs and values constantly permeated their way of communicating with the family. **Final considerations:** this research showed that despite the lack of knowledge about TC, professionals have within themselves resources to develop care in which TC is present and with potential for growth.

Keywords:

Communication; Family Nursing; Neonatal Intensive Care Unit; Pediatric Intensive Care Unit.

LISTA DE ABREVIATURAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

PICO – Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes”

SMS – Short Message Service (Serviço de Mensagens Curtas)

CT – Comunicação Terapêutica

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Fig 1	pg 23
Fig 2 ..	pg 79
Fig 3	pg 166
Fig 4	pg 167
Tabela 1	pg 25
Quadro 1	pg 85
Quadro 2	pg 86
Quadro 3	pg 87

SUMÁRIO

PREÂMBULO	pg 12
1 INTRODUÇÃO	pg 15
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	pg 17
2 OBJETIVO	pg 52
3 REFERENCIAL TEÓRICO	pg 52
4 METODOLOGIA	pg 77
5 RESULTADOS	pg 84
5.1 A Compreensão sobre a comunicação terapêutica	pg 88
5.1.1 Informar e esclarecer	pg 88
5.1.2 Falar com clareza	pg 89
5.1.3 Relacionar-se com a família	pg 90
5.1.4 Amparar através da comunicação	pg 91
5.1.5 Cuidar através da comunicação	pg 92
5.2 A utilização da comunicação terapêutica nas interações	pg 93
5.2.1 A interação com a família	pg 93
5.2.2 A interação com a equipe	pg 116
5.2.3 A interação com a instituição	pg 126
5.2.4 Sustentada por crenças e valores	pg 132
6 DISCUSSÃO	pg 139
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	pg 168
8 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	pg 170
Anexos	pg 181

PREÂMBULO

Tornar-se enfermeira tem sido uma construção que venho realizando ao longo de minha trajetória. O olhar para o outro foi sempre minha primeira motivação, amenizar seu sofrimento e sua dor através do cuidado. Como enfermeira recém-formada diante dos primeiros desafios de cuidar do outro e organizar uma equipe para realizar esse cuidado. Inicialmente, me prendia aos cuidados relacionados à patologia, e ao sofrimento que esta causava em seu portador.

O desejo de estar com a família, muitas vezes, aparecia como um pedido que buscava realizar, ou ainda em momentos em que o agravamento do estado de saúde ocorria, pressentindo, o falecimento daquele que se encontrava sob meus cuidados, me dirigia à família solicitando a sua presença mais próxima. Diagnósticos com mau prognóstico faziam-me direcionar meu tempo na tentativa de fornecer uma linguagem clara e verdadeira à família, que, em alguns momentos, era “poupada” da verdade pela equipe médica, ou ainda era oferecida em uma linguagem não acessível.

Nesse movimento, percebi o quanto que a doença também causava sofrimento nos familiares mais próximos e, lentamente, foi se instalando um desconforto em mim. Trabalhava ainda como enfermeira de uma unidade clínica adulta, onde o olhar era, excessivamente, voltado às patologias e às diversas especialidades médicas. Sentia-me desconfortável, mas não sabia precisar com o quê.

Os anos se passaram e a vida se encarregou de me instalar em uma nova proposta de trabalho: enfermeira assistencial em uma unidade de pronto atendimento infantil, onde também ocorriam internações de curta permanência. Grande foi minha satisfação ao perceber que o olhar para o todo não era apenas um esforço meu. A equipe que me circundava também se preocupava em oferecer um bem-estar à criança e, algumas vezes, estendendo esse movimento para a família e o seu contexto de vida.

Nesse período, já havia realizado alguns movimentos no sentido de aprofundar os estudos por meio de um mestrado, quando a determinação de trabalhar na área infantil se encarregou de me direcionar para meu objeto de estudo para aquele momento: a família. De início, não compreendia, exatamente, a sua relevância, mas hoje, olhando para trás,

penso que a família sempre esteve sob o meu olhar de cuidado, mas faltavam-me instrumentos para com ela trabalhar.

O mestrado me colocou em contato com famílias de crianças internadas por pneumonia, que residiam em regiões de maior vulnerabilidade social. Objetivando entender a família como unidade de cuidado, tornou-se necessário escolher um instrumento que permitisse apreender de forma mais ampla sua realidade. O modelo Calgary, construído a partir de diversas teorias, busca compreender a família de acordo a um sistema, a partir de efeitos de eventos de causalidade circular entre seus membros familiares, e considera a família parte de um sistema maior, a sociedade, no qual, outros familiares, amigos, instituições, entre outros, fazem parte e relacionam-se entre si.

Esse modelo permitiu apreender uma nova realidade, buscando compreender a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento de 14 famílias através de entrevistas realizadas em suas residências. Nos resultados observei famílias monoparentais, compostas apenas pela mãe e os filhos, e famílias extensas compostas por filhos de relacionamentos diferentes, ou seja, relacionados a criação de crianças pequenas. Além de constatar situações mistas, em que diversos membros da família, de diferentes idades possuíam diversas necessidades e funções. Quanto ao funcionamento familiar, as atividades voltadas ao desenvolvimento e cuidado à criança foram demonstradas em diversos períodos do seu crescimento, propiciando um entendimento em relação aos diversos equipamentos de saúde e a família, e também aos apoios recebidos dos familiares, assim como a forma de resolver os problemas de saúde, à medida que eles se apresentavam ao longo do desenvolvimento da criança.

Ainda dentro dos resultados deste trabalho, na interação entre a família e as instituições, os relacionamentos com os diferentes profissionais se destacavam de maneira positiva ou negativa. As entrevistas, muitas vezes, demonstravam um forte envolvimento emocional, principalmente, quando para a mãe, a vida da criança estava (ou parecia estar) em risco. Lembravam-se emocionadas de momentos em que foram acolhidas em seu desespero, ou ignoradas em sua dor, ao buscar atendimento à criança adoentada.

Tratando-se de crianças internadas por pneumonia, a prematuridade e a internação em unidades de terapia intensiva estavam presentes em parte dos relatos, e foi possível observar um maior sofrimento relacionado a esse período. Foi então que para a proposta

de doutorado, o interesse pela interação entre profissionais de saúde e família, em especial, a enfermeira começou a surgir, tornando meu objeto de interesse. Esse relacionamento traria diversos momentos, por meio da comunicação como uma forma de cuidar, acolher as aflições da família. A unidade de terapia intensiva, local onde o risco de morte se fazia mais presente, convertendo-se em um ambiente de grande importância, pois o cuidar através da convivência poderia destacar-se com mais nitidez. Assim, nascia uma nova proposta de estudo.

1. INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal é um local de tratamento onde a proximidade com o risco de morte, a separação do filho, a alteração da rotina impactam de forma intensa esse momento delicado, promovendo um sofrimento intenso dos pais (MÅNSSON et al., 2019; SANTIAGO; GALEANO; BLANDÓN, 2018).

Para a família, o sofrimento possui uma dimensão clínica e emocional, estando ligado à doença e seu tratamento, a aparência da criança e ao ambiente que a rodeia, a forma em que a equipe profissional se relaciona com ela, permitindo-lhe construir um enfrentamento que promova uma superação dos momentos de dificuldades a partir de seus recursos (RAMÍREZ LEÓN et al., 2018; HALL et al., 2019).

Por outro lado, a equipe de saúde se encontra atenta em oferecer cuidados focados ao tratamento, muitas vezes, centrados em um modelo biomédico (ESTEVÃO et al., 2016), apesar da necessidade de gerenciar o cuidado, buscando um olhar mais sistêmico, oferecendo apoio aos familiares e considerando suas necessidades (SILVA et al., 2015).

Nesse contexto, a comunicação se apresenta como ferramenta de trabalho, presente em todos os atos que a enfermeira realiza, muito além dos procedimentos, a comunicação se encontra em cada momento de interação com a criança e seus familiares, permeia as suas diversas ações da admissão a alta, em momentos de educação em saúde, em reuniões multidisciplinares, acolhimento do sofrimento, entre outros (COATS et al., 2018; CRAIG et al., 2018; PAULINE VOIE; TUNBY; SABNIS et al., 2018; STRØMSVIK, 2018).

Considerada uma atividade de grande importância para o enfermeiro, encontra-se presente nas várias teorias de enfermagem, em diferentes níveis de importância, ao permear suas diversas ações, qualifica o seu cuidado, fornecendo-lhe uma “alta qualidade científica e humanitária” (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2012). Entretanto, na unidade de terapia intensiva, o ato da comunicação encontra, muitas vezes, obstáculos para atingir o seu objetivo de transmitir a mensagem. Esses obstáculos são relacionados aos personagens que participam da comunicação, e o contexto em que ela ocorre (BLUMER, 1980; WATZLAWICK et al., 1973) Assim, a forma que o enfermeiro se comunica interfere, diretamente, no modo em que essa mensagem é recebida, desse modo, o paciente e seu familiar concernem essa mensagem de acordo com seu conhecimento de mundo. Finalmente, o contexto do ambiente interfere na medida em que a instituição pode

ou não favorecer a comunicação de uma forma ideal, oferecendo ao enfermeiro condições de aprendizado e um ambiente propício para que a comunicação aconteça sem interferências (HADIAN SHIRAZI et al., 2015a).

Ampliando essa compreensão, referentes aos obstáculos enfrentados, para o enfermeiro a sobrecarga de trabalho, algumas vezes, não permite que possua tempo para exercer seu papel de apoio aos familiares (TURNER; CHUR-HANSEN; WINEFIELD, 2014), assim como a existência de uma rede hierárquica que não favorece sua expressão (CARNEVALE et al., 2016). Por outro lado, como um obstáculo, na compreensão feita pela família, está no sofrimento que esse período significa para ela, dificultando, muitas vezes, a apreensão das informações oferecidas (O'BRIEN, 2014; TURNER; CHUR-HANSEN; WINEFIELD, 2014). Nesse sentido, para o enfermeiro, além da falta de preparo profissional, seus valores desenvolvidos ao longo de sua formação individual, as pressões que percebe da família devido ao sofrimento intenso, por vezes, o leva a um sentimento contraditório ao se descobrir dividido entre a verdade e o segredo, ao desejar evitar mais sofrimento. (GREEN et al., 2015; O'BRIEN, 2014).

Para a família, entretanto independente dos obstáculos existentes, a comunicação é considerada de grande importância, se sentindo apoiados, por meio de um cuidado mais próximo e de qualidade (BUTLER; COPNELL; HALL, 2017; OCTOBER et al., 2019; SANTOS et al., 2015; WILLIAMS et al., 2018), quando, então, percebe suas necessidades reconhecidas, valorizando a comunicação mais próxima, pessoal, humana e terapêutica (BELL, 2016).

A comunicação terapêutica surge como uma competência do profissional de saúde que utiliza o seu conhecimento para o cuidado do outro (STEFANELLI, 2012a). Utiliza-se de componentes básicos como a **empatia**, pois o enfermeiro coloca-se no lugar do outro, se envolvendo e auxiliando-o; a **confiança**, torna possível a quem recebe o cuidado, se entregue e revele seus sentimentos e expectativas ao enfermeiro; e, principalmente, o **respeito mútuo**, fazendo do cuidado uma ação sem julgamentos (STEFANELLI, 2012a).

1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Com o objetivo de identificar, na literatura atual, estudos que representassem o tema relacionado à comunicação entre enfermeiros e famílias de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica ou Neonatal, foi realizada uma revisão integrativa, apresentada, a seguir, na forma de ARTIGO. Esta revisão permitiu encontrar como lacuna a temática desenvolvida como tese.

Para o desenvolvimento deste artigo, foram realizadas duas pesquisas na base de dados. A primeira foi realizada em maio de 2020, selecionando o período de 2015 a 2020. Entretanto, no desejo de complementar a pesquisa, recentemente, foi realizada uma nova pesquisa complementar. O artigo, a seguir, representa os resultados da pesquisa referente ao período de 2016 a 2021.

ARTIGO¹

A comunicação terapêutica presente na comunicação entre enfermeiros e famílias de crianças e neonatos internados na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa

The therapeutic communication present in communication between nurses and families of children and newborns hospitalized in the intensive care unit: integrative review

RESUMO

Objetivo: apreender a produção científica sobre a comunicação de enfermeiras (os) com a família no contexto da unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Método:** As buscas aconteceram em duas bases nacionais e uma base internacional no período de 2016 a 2021, totalizando 346 artigos que após submetidos aos critérios de inclusão e exclusão **Resultados:** foram selecionados 39 artigos. A partir de uma análise qualitativa, os artigos foram organizados em 3 diferentes temas que demonstraram as diversas formas que a comunicação é utilizada pela enfermeira em sua interação com a família, se relacionando com a comunicação diária, difícil e com o foco na família. Características da comunicação terapêutica se encontram presentes em parte dos estudos. **Conclusão:** A comunicação entre enfermeiros e famílias neste ambiente se expressa de diferentes formas, utilizando diversos recursos e habilidades de acordo com a complexidade do momento.

DESCRITORES: Comunicação; Enfermagem Familiar; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

¹ Artigo a ser submetido em periódico da área

ABSTRACT:

Objective: to apprehend the scientific production on the communication of nurses with the family in the context of the pediatric and neonatal intensive care unit. **Method:** The searches took place in two national databases and one international database in the period from 2016 to 2021, totaling 346 articles that after being submitted to the inclusion and exclusion criteria. **Results:** 39 articles were selected. Based on a qualitative analysis, the articles were organized into 3 different themes that demonstrated the different ways in which communication is used by nurses in their interactions with the family, relating to daily communication, which is difficult and with a focus on the family. Characteristics of therapeutic communication are present in part of the studies. **Conclusion:** Communication between nurses and families in this environment is expressed in different ways, using different resources and skills according to the complexity of the moment.

DESCRIPTORS: Communication; Family Nursing; Neonatal Intensive Care Unit; Pediatric Intensive Care Unit.

Introdução

Definida como a transmissão da informação, a comunicação está presente nas diversas relações do ser humano. Para compreendê-la, precisamos fragmentá-la em três grandes áreas de sua composição. A primeira se refere a estrutura e forma em que a informação é transmitida, sendo composta, basicamente, por alguém que emite informação, e outro que a recebe. A segunda área é o conteúdo da informação, onde podemos considerar as diferentes palavras e significados para cada pessoa. Finalmente, o comportamento dos elementos emissor e receptor também interfere na transmissão dessa mensagem. É dessa forma que a comunicação permeia todos os momentos em que nos relacionamos, pois como evidenciado em um dos textos clássicos da comunicação, até mesmo um silêncio, transmitimos diferentes informações em diversos contextos e com diferenciadas posturas (1).

Para a enfermagem, a comunicação se encontra presente nos diversos papéis que o profissional exerce; seja através de ações de liderança e gerenciamento para que o trabalho em equipe aconteça (2,3) atividades de educação voltados tanto para os

profissionais sob sua responsabilidade como para o paciente e seus familiares (4); a atividade assistencial através do processo de enfermagem, onde a comunicação se encontra presente na forma verbal e escrita (5); ou ainda durante as diversas interações que se faz necessária para o trabalho em equipe ocorra com o objetivo de uma assistência integral (6).

No contexto da unidade de terapia intensiva neonatal, a comunicação ocorre nas diferentes relações. No momento em que chega uma criança, o primeiro contato se faz entre a família e a equipe, visando receber informações sobre a criança a partir da coleta de dados (7) e acolher a família, oferecendo orientações (8). Dentro da própria equipe, ao exercer o atendimento à criança, a comunicação acontece de diferentes formas: escrita, falada, e, assim, o cuidado acontece, tendo como principal foco o reestabelecimento da saúde da criança (9,10).

A enfermeira, como integrante da equipe de cuidado à criança, utiliza suas habilidades de comunicação para a sistematização de seu trabalho, o que ocorre em diversos momentos, ligados ao cuidado direto, assim como na continuidade da assistência, que envolve a ação de diversos profissionais (11).

Por outro lado, a família que vivencia a internação de sua criança nesse ambiente, experiência momentos de grande estresse, a proximidade com a morte, a separação do filho, a alteração da rotina promovem um grande impacto, tornando um momento de grande sofrimento para a família (12,13). Esse sofrimento encontra-se ligado não apenas a doença e seu tratamento, mas também a aparência da criança e ao ambiente que a rodeia, assim como a forma que a equipe de saúde se relaciona com ela, e como ela, a família enfrenta esses momentos, a partir de seus recursos, possuindo, então, uma dimensão não apenas clínica, mas também emocional (14).

Nesse contexto, a comunicação surge como uma ferramenta de grande importância. Reconhecida pela família como tal, permite aos familiares se sentirem apoiados, através de um cuidado mais próximo e de qualidade (15–17), ao perceberem suas necessidades reconhecidas, valorizam a comunicação mais próxima, pessoal e humana. (18).

Entretanto, dentro da unidade de terapia intensiva, alguns obstáculos podem ser enfrentados para promover uma comunicação efetiva. Considerando o fato da comunicação ser um ato bidirecional, esses obstáculos podem ser organizados em três fatores, os relacionados à organização local, às famílias e, finalmente, ao próprio

enfermeiro (19). O fator **organizacional** evidencia o conhecimento dos profissionais sobre comunicação e suas habilidades, assim como as condições oferecidas para a comunicação efetiva. Nesse sentido Rutert *et al.* (2021) demonstram como a ausência de um ambiente propício e a falta de tempo interferem no relacionamento com a família, assim como a sobrecarga de trabalho e a falta de treinamento transmitem ser um desafio para a comunicação (21,22). Ainda corrobora para os obstáculos enfrentados relacionados à organização a relação hierárquica que, muitas vezes, não permite uma expressão adequada da classe de enfermagem (23).

Por outro lado, os fatores **familiares** (19) se relacionam a características socioculturais, psicológicas e econômicas que surgem não permitindo a compreensão das informações oferecidas pela equipe de saúde, da mesma forma, o momento de crise vivenciado pela família durante a internação do filho em unidade de terapia intensiva dificulta a comunicação (24). Assim, o cuidado e a forma de oferecer a informação impacta, diretamente, sobre a compreensão familiar (7). Quanto aos fatores relacionados ao **enfermeiro**, podem ser divididos em sociocultural e psicofísicos (19). Dessa forma, as vivências relacionadas à terminalidade trazem para o enfermeiro o contato com sentimentos de fracasso e tristeza (25), outrossim, o conflito de oferecer a verdade entre as expectativas da família e a realidade enfrentada (26) se tornam desafios permanentes para a enfermeira que necessita desenvolver habilidades para enfrentar momentos de difícil comunicação (27).

Desse modo, considerando sua importância como ferramenta de trabalho, presente nos diversos momentos de cuidado à criança e sua família, torna-se necessário apreender quais conhecimentos têm sido produzidos nesse contexto na relação enfermeiro e família, no interesse de fortalecer essa ferramenta e habilidade. Dessa forma, este estudo, desejando se aprofundar no tema, tem como objetivo “Apreender a produção científica sobre a comunicação de enfermeiros (as) com a família no contexto da unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal”.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, método que busca incorporar resultados de estudos recentes e relevantes através de uma apresentação de síntese de conhecimento (28). Foi estruturada a partir de seis etapas: identificação do tema

e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (28).

Após a delimitação do tema, a construção da questão norteadora da revisão deu-se a partir da estratégia PICO (29), sendo P população (família no contexto da UTI pediátrica e/ou neonatal) I intervenção e O outcomes ou desfecho (os tipos de comunicação presentes nos estudos), não havendo a comparação (C). Assim, delimitou-se: “Qual o conhecimento científico produzido sobre comunicação de enfermeiros com a família no contexto da UTI pediátrica e neonatal?”.

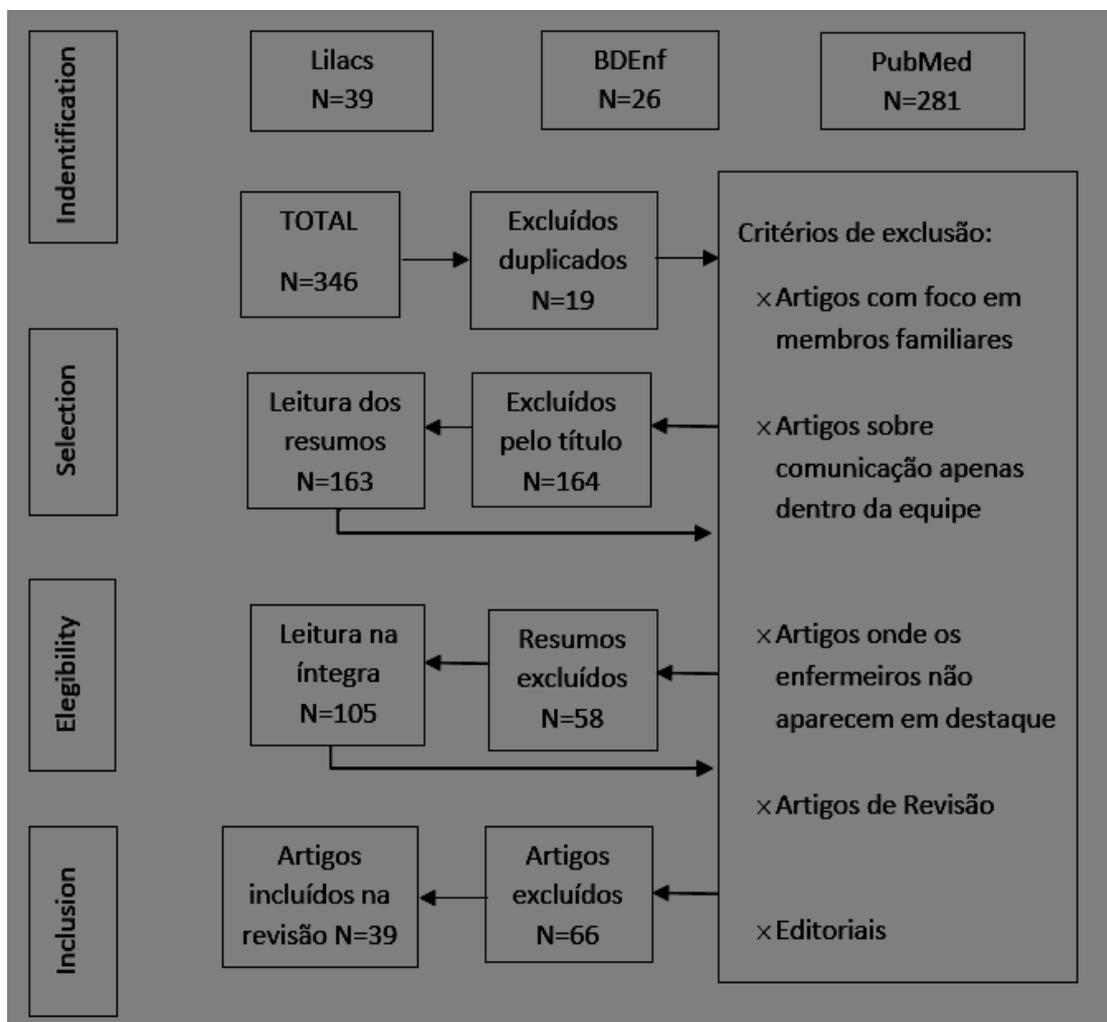
A investigação científica ocorreu em agosto de 2021 através de busca de artigos indexados nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), USA *National Library of Medicine* (MEDLINE/PubMed), e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram incluídos no estudo, artigos originais disponíveis na íntegra, nos idiomas, português, inglês e espanhol, do período de janeiro de 2015 a maio de 2021, que abordassem a comunicação de enfermeiros com a família no contexto de UTI pediátrica e neonatal. Foram excluídos, editoriais, anais de eventos, monografias, teses, dissertações, relatórios, artigos de revisões, estudos que abordassem apenas um membro familiar, produções duplicadas, e que não respondessem à questão norteadora.

Os termos de busca - descritores indexados no sistema de Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), foram combinados por meio do operador booleano "AND" e “OR”, utilizando-se das seguintes estratégias: (communication OR conversation*) AND (family OR families OR parents) AND (pediatric OR child OR neonato OR newborn) AND intensive care AND nurse.

A seleção dos artigos foi realizada pela equipe de três especialistas, enfermeiros da área de pesquisa em família, autores desse manuscrito. O trabalho desta equipe se deu da seguinte forma: na escolha de títulos, dois especialistas realizaram a seleção e o terceiro ficou responsável pelo desempate no caso de discordância; para que não ocorresse a influência nas escolhas, os especialistas não conversaram entre si durante o processo. Da mesma forma ocorreu a escolha a partir dos resumos e da leitura na íntegra neste primeiro

momento. Para maior rigor na análise crítica dos estudos selecionados, seguiram-se as recomendações da diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA²) (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos



Fonte: Elaborado pelos autores a partir da recomendação PRISMA

Ao término do levantamento bibliográfico, foram definidas as informações que seriam extraídas dos estudos. Para viabilizar os resultados da revisão, utilizou-se de um banco de dados elaborado no *software* Microsoft Office Excel 2010, composto das seguintes variáveis: título do artigo, autor, ano de publicação, país, método, objetivos e a

²Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. [Internet]. 2009 [acesso em: 3 jun. 2020];6(7):e1000097. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707599/>.

presença da comunicação no artigo como desfecho. Este panorama possibilitou uma melhor interpretação dos estudos e desenvolvimento do quadro de resultados desta revisão.

Resultados e Discussão

A magnitude desta revisão compreendeu 39 artigos que abarcaram os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os artigos provêm de diversas realidades do mundo, sendo, quanto ao local de produção do estudo, 11 norte americanos, 5 brasileiros, 4 australianos, 4 suecos, 2 canadenses, 2 do Reino Unido, 2 colombianos, 1 alemão, 1 holandês, 1 francês, 1 finlandês, 1 multicêntrico europeu, 1 israelita, 1 da Arábia Saudita, 1 da Jordânia e 1 coreano. Quanto ao ano de publicação 5,1% foram publicados em 2021, 15,4% em 2020, 23,1% em 2019, 17,9% em 2018, 17,9% em 2017 e 15,4% em 2016. Já referente ao tipo de estudo, 24 foram qualitativos, 11 quantitativos, 3 mistos e 1 relato de experiência; dentre os estudos qualitativos a principal metodologia para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, e nos estudos quantitativos, questionários e escalas.

A organização da amostra foi feita através de análise temática, que observou o destaque da comunicação entre enfermeiras e famílias no contexto da UTI pediátrica ou neonatal, que constaram em seus resultados ou ainda presente na discussão destes, como uma forma de relacionar os resultados entre si; o que foi feito a partir de uma leitura cuidadosa destacando palavras chaves presentes no texto relacionadas ao tipo de comunicação encontrada, resultando em 3 temas: “Comunicação diária e seus desafios”, “Comunicação com o foco na família” e “Comunicação difícil”. A *Tabela 1* apresenta os artigos selecionados, seus objetivos, metodologias e o tema relacionado a cada um deles. A escolha dos temas se deu pela forma que a comunicação entre a família e a enfermeira era destaque no artigo, sendo apresentada a seguir.

Tabela 1

n°	Ano	Título (Autor)	Objetivo do estudo	Metodologia	Tema relacionado
1	2021	Parents' experiences of VOICE: A novel support programme in the NICU. (30)	Explorar experiências de pais, envolvendo o programa VOICE durante a admissão de seu filho na UTIN.	Pesquisa qualitativa, utilizou entrevista semiestruturada realizada com 13 pais, realizada análise temática.	Comunicação diária e seus desafios
2	2021	Development of an Integrative Care Program in a Pediatric Oncology Unit. (20)	Descrever o que deve ser considerado para implementar práticas de cuidado, neste caso um programa de cuidado integrativo consistindo em um tratamento antropsófico.	Pesquisa qualitativa, durante a implementação do treinamento, utilizou-se de observação participativa e entrevista semiestruturada com pais e equipe de saúde. Análise de dados a partir da teoria fundamentada nos dados.	Comunicação diária e seus desafios
3	2020	Motivos-porque da empatia de enfermeiras com os familiares de recém-nascidos em UTI neonatal. (31)	Compreender a conduta empática e os motivos-porque da empatia de enfermeiras com os familiares de recém-nascidos em unidades de terapia intensiva neonatal.	Pesquisa qualitativa fenomenológica, entrevistou 11 enfermeiras, análise de dados com base no referencial teórico da fenomenologia.	Comunicação com o foco na família

4	2020	The Parental Experience of Newborns With Neonatal Abstinence Syndrome Across Inpatient Care Settings: A Qualitative Study. (32)	Compreender a experiência de pais de recém-nascidos hospitalizados com síndrome da abstinência neonatal na UTIN para otimizar o seu envolvimento com parte da equipe de cuidados.	Pesquisa qualitativa, utilizou entrevista semiestruturada um a um com pais de 15 infantes, realizada análise temática de conteúdo.	Comunicação diária e seus desafios
5	2020	Factors Influencing Implementation of Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit. (24)	Explorar os fatores que influenciam a implementação de NICU's Family-Centered Care entre três diferentes países do Norte da Europa.	Pesquisa descritiva qualitativa utilizou entrevistas semiestruturadas com 16 profissionais de saúde. Realizou análise temática.	Comunicação com o foco na família
6	2020	Tool to Enhance Relationships Between Staff and Parents in the Neonatal Unit. (33)	Explorar experiências de enfermeiras neonatais na implementação de um instrumento para realçar relacionamentos entre equipe e parentes na UTI Neonatal:	Pesquisa qualitativa, entrevistas semiestruturadas com dois grupos focais. Realizou análise temática.	Comunicação diária e seus desafios

			o guia de berçário "Você e seu bebê".		
7	2020	Location of Clinician-Family Communication at the End of Life in the Pediatric Intensive Care Unit and Clinician Perception of Communication Quality. (34)	Examinar o estado atual da perspectiva da equipe médica sobre a comunicação com as famílias de crianças moribundas na UTIP.	Pesquisa prospectiva – análise secundária de dados de um estudo anterior de duas fases (análise qualitativa de entrevistas e análise quantitativa de questionários) com foco para a comunicação.	Comunicação difícil
8	2020	A simulation based difficult conversations intervention for neonatal intensive care unit nurse practitioners: a randomized controlled trial. (27)	Avaliar se um <i>workshop</i> de conversas difíceis baseado em simulação para enfermeiras neonatais leva a melhores habilidades na condução de conversas difíceis.	Pesquisa quantitativa, estudo quantitativo randomizado de <i>workshop</i> de comunicação simulada, com grupo controle. Utilizou um <i>checklist</i> que foi analisado.	Comunicação difícil

9	2019	Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. (8)	Compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal.	Pesquisa qualitativa, dados coletados através de entrevista semiestruturada, análise de conteúdo.	Comunicação com o foco na Família
10	2019	Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study. (35)	Explorar as necessidades de apoio psicossocial dos pais de prematuros extremos e como a UTIN, enquanto organização, e sua equipe atendem ou não essas necessidades.	Pesquisa qualitativa a partir de entrevistas de 27 pais analisadas indutivamente.	Comunicação com o foco na Família
11	2019	Healthcare Satisfaction and Unmet Needs Among Bereaved Parents in the NICU. (36)	Examinar a percepção de pais de sua experiência de final de vida com seu filho, e a satisfação com o cuidado oferecido.	Pesquisa de desenho misto coletou dados demográficos, e a partir de três escalas diferentes avaliou a satisfação com o cuidado no fim da vida, a satisfação em geral e a percepção de sintomas de sofrimento no bebê. De 437 pais elegíveis 67 participaram da pesquisa.	Comunicação difícil

12	2019	Health care professional's communication through an interpreter where language barriers exist in neonatal care: a national study. (37)	Examinar o uso de intérpretes pelos profissionais de saúde e o conhecimento das diretrizes locais para a comunicação interpretada em cuidados neonatais.	Pesquisa qualitativa realizada com 868 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras registradas e assistentes de enfermagem). Análise estatística descritiva de questionário.	Comunicação diária e seus desafios
13	2019	Exploring the experiences of parent caregivers of children with chronic medical complexity during pediatric intensive care unit hospitalization: an interpretive descriptive study. (38)	Explorar a experiência de pais de crianças com complexidade médica durante a admissão em unidade de terapia intensiva.	Pesquisa qualitativa, utilizou o método de Descrição interpretativa realizando entrevistas semiestruturadas para 17 pais de 14 crianças.	Comunicação difícil

14	2019	Exploring nurses' knowledge, attitudes and feelings towards organ and tissue donation after circulatory death within the paediatric intensive care setting in the United Kingdom: A qualitative content analysis study. (39)	Explorou o conhecimento, as atitudes e os sentimentos dos enfermeiros em relação à doação após a morte circulatória, identificando esses domínios como barreiras e facilitadores para os enfermeiros desempenharem efetivamente seu papel no processo de doação após morte circulatória.	Estudo qualitativo de fase única, coletou os dados a partir de oito entrevistas semiestruturadas dirigidas a enfermeiras que foram analisadas por análise de conteúdo.	Comunicação difícil
15	2019	Supporting Muslim families before and after a death in neonatal and paediatric intensive care units. (40)	Explorar o impacto percebido e a influência da diversidade cultural sobre como os enfermeiros de terapia intensiva neonatal e pediátrica cuidam de famílias muçulmanas antes e depois da morte de bebês / crianças.	Desenho qualitativo descritivo, realizou 13 entrevistas semiestruturadas com enfermeiras registradas. Análise indutiva de conteúdo.	Comunicação diária e seus desafios

16	2019	The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. (41)	Desenvolvimento e avaliação de programa que estimula a participação dos pais e a parceria com enfermeiras em unidades de terapia intensiva neonatal – avaliado também o impacto sobre o apego aos bebês e peso corporal dos bebês.	Pesquisa de intervenção composta pelo desenvolvimento do Programa de Melhoria de Participação dos Pais, e por ensaio clínico controlado e randomizado em paralelo para avaliar a eficácia do programa.	Comunicação diária e seus desafios
17	2019	The impact of an individualised neonatal parent support programme on parental stress: a quasi-experimental study. (13)	Avaliar o impacto de um programa de suporte individual no estresse parental	Pesquisa Quase-experimental. Comparado grupo controle com grupo de intervenção através de avaliação do estresse parental após a intervenção de quatro diálogos entre enfermeira e pais baseado em programa de comunicação centrado na pessoa.	Comunicação diária e seus desafios
18	2018	Quality of Nursing Care: Perception of Parents of Newborns	Descrever a qualidade do serviço de enfermagem a partir da percepção de pais de crianças hospitalizadas em uma unidade neonatal.	Pesquisa quantitativa, descritiva de corte transversal utilizou o instrumento de avaliação do cuidar (CARE-Q) para coleta	Comunicação com o foco na família

		Hospitalized in Neonatal Units. (12)		de dados. Participaram 121 pais de neonatos.	
19	2018	Exploring Parent Experience of Communication About Therapeutic Hypothermia in the Neonatal Intensive Care Unit. (42)	Desenvolver a consciência dos desafios de comunicação vivenciados por famílias de bebês tratados com hipotermia terapêutica.	Pesquisa qualitativa, realizou 33 entrevistas semiestruturadas conduzidas com um grupo de pais de crianças com encefalopatia severa. Análise temática.	Comunicação diária e seus desafios
20	2018	Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. (43)	Descrever as percepções dos enfermeiros sobre os benefícios e desafios da prestação de cuidados centrados na família em unidades de terapia intensiva pediátrica.	Pesquisa qualitativa, realizou Entrevistas semiestruturadas com dez enfermeiros na UTI pediátrica, cardíaca e neonatal. Análise de conteúdo.	Comunicação com o foco na família
21	2018	"Some were certainly better than others" - Bereaved parents' judgements of	Explorar os julgamentos de pais enlutados sobre profissionais de saúde, como parte de um estudo maior que examina suas percepções	Pesquisa qualitativa. Entrevista semiestruturada de 26 pais de 18 crianças, analisada a partir da teoria fundamentada nos dados.	Comunicação difícil

		healthcare providers in the paediatric intensive care unit: A grounded theory study. (15)	sobre a morte de uma criança na unidade de terapia intensiva pediátrica.		
22	2018	Provided information and parents' comprehension at the time of admission of their child in pediatric intensive care unit. (7)	Avaliar a primeira interação entre pais e o profissional de saúde no momento da admissão de um filho na UTI pediátrica neonatal.	Pesquisa quantitativa, Estudo multicêntrico de observação, utilizou questionários e entrevistas semiestruturadas, realizados durante 30 interações entre profissionais de saúde e familiares. As variáveis foram comparadas de forma quantitativa.	Comunicação diária e seus desafios
23	2018	Family Integrated Care: changing the culture in the neonatal unit. (44)	Relato de experiência.	Relato de experiência.	Comunicação diária e seus desafios
24	2018	Staff perceptions of challenging parent-staff interactions and beneficial strategies in the Neonatal	Caracterizar as percepções da equipe da UTIN quanto a interações desafiadoras com famílias e estratégias benéficas para trabalhá-las.	Pesquisa quantitativa Questionário aplicado a 168 profissionais de saúde (enfermeiras, estagiários de pediatria assistentes de neonatologia e estagiários	Comunicação difícil

		Intensive Care Unit. (45)		de enfermagem) Análise estatística descrita em frequências e percentagens.	
25	2017	Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal. (46)	Compreender dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Pesquisa qualitativa descritiva. Estudo exploratório descritivo, entrevistas não estruturadas realizadas com dez mães de recém-nascidos e 14 profissionais de saúde. Análise temática.	Comunicação difícil
26	2017	Nurses' perceptions of caring for parents of children with chronic medical complexity in the pediatric intensive care unit. (47)	Explorar a percepção de enfermeiras de cuidar de pais de crianças com complexidade médica na UTI pediátrica.	Pesquisa qualitativa utilizou a metodologia interpretativa descritiva a partir de entrevistas semiestruturadas com dez enfermeiros. Análise de conteúdo.	Comunicação difícil
27	2017	Palliative care in the neonatal unit: neonatal nursing staff perceptions of facilitators and	Explorar percepções de enfermeiras neonatais sobre facilitadores e barreiras que impactam na prestação de cuidados paliativos.	Estudo qualitativo realizou entrevistas semiestruturadas com oito enfermeiras, análise temática dentro de um referencial fenomenológico.	Comunicação difícil

		barriers in a regional tertiary nursery. (3)			
28	2017	Using an iPad for Basic Communication Between Spanish-Speaking Families and Nurses in Pediatric Acute Care: A Feasibility Pilot Study. (48)	Examinar como a interface "UTalk" é efetiva na comunicação de famílias limitadas em proficiência inglesa que se comunicam em espanhol, com enfermeiras.	Pesquisa qualitativa descritiva, realizou quatro entrevistas com díades de famílias e enfermeiras sobre a interface de comunicação, comparação entre os resultados. Análise de conteúdo.	Comunicação diária e seus desafios
29	2017	Parent Participation in Pediatric Intensive Care Unit Rounds via Telemedicine: Feasibility and Impact. (49)	Avaliar a viabilidade e o impacto da telemedicina para a participação remota de pais em rondas de unidades de terapia intensiva pediátrica, quando os pais não podem estar presentes ao lado do leito de seus filhos.	Pesquisa quantitativa. Relacionado ao encontro remoto avaliou a satisfação da equipe e o nível de interrupção a partir de 153 questionários de 51 encontros envolvendo 13 pacientes. Questionários endereçados à família, médicos e enfermeiras. Análise descritiva estatística.	Comunicação diária e seus desafios
30	2017	Exploring Parental and Staff Perceptions of the Family-Integrated Care	Explorar percepções de pais e da equipe do programa de Cuidado Integrado à Família na UTI neonatal.	Pesquisa qualitativa, realizou dois grupos focais com a participação de cinco familiares e oito enfermeiras.	Comunicação diária e seus desafios

		Model: A Qualitative Focus Group Study. (50)		Análise de conteúdo.	
31	2017	Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. (51)	Descrever o programa de colaboração com os pais (intervenção orientada a objetivos para mudar a cultura do cuidado neonatal, direcionada a toda a equipe de saúde) e descrever o protocolo de estudo que avaliou o programa.	<p>Pesquisa quantitativa, estudo prospectivo comparativo pós-intervenção.</p> <p>O protocolo do estudo é um acompanhamento prospectivo da coorte pós-intervenção, comparando-o com a coorte de base durante 5 anos (em andamento). Os resultados incluem vínculo, bem-estar e desenvolvimento da criança.</p>	Comunicação com o foco na família
32	2016	Humanization of nursing care for the family at the pediatric intensive care unit. (AMARAL; CALEGARI, 2016)	Compreender a visão de pais ou familiar responsável pela criança hospitalizada sobre humanização no atendimento da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica.	Pesquisa qualitativa descritiva, utilizou entrevista semiestruturada. Participaram dez familiares. Análise de conteúdo.	Comunicação com o foco na família

33	2016	Cuidado centrado na família na perspectiva de enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. (53)	Descrever os desafios e as estratégias para implementação do Cuidado Centrado na Família no cuidado ao recém-nascido hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva de enfermeiras.	Estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas com 14 enfermeiras. Análise de conteúdo temática.	Comunicação com o foco na família
34	2016	Needs of Parents in Caring for Their Children in a Pediatric Intensive Care Unit. (54)	Descrever as necessidades dos pais de participar do cuidado de seus filhos hospitalizados na UTI pediátrica.	Estudo qualitativo baseado no método da etno-enfermagem proposto por Leininger. Utilizado a entrevista aberta em profundidade, notas de campo e guias facilitadoras. Participaram dez famílias e quatro enfermeiras.	Comunicação com o foco na família
35	2016	Racial differences in parental satisfaction with neonatal intensive care unit nursing care. (55)	Examinar expectativa e satisfação dos pais no cuidado de enfermagem da UTI neonatal, e como essas expectativas diferem entre famílias brancas e negras.	Pesquisa qualitativa a partir de estudo coorte prospectivo, utilizou um questionário incluindo questões sobre confiança, estilo de comunicação, expectativas de cuidado e satisfação. 249 pais participaram das entrevistas.	Comunicação com o foco na família

				Análise qualitativa através de um programa (software), de acordo com teoria fundamentada nos dados.	
36	2016	Communication Challenges in Neonatal Encephalopathy. (56)	Caracterizar a experiência dos pais na comunicação com os médicos sobre a hipotermia terapêutica e a encefalopatia neonatal.	Pesquisa de métodos mistos – realizadas a partir de um estudo longitudinal coorte, onde 20 pais foram recrutados. Entrevistas semiestruturadas com pais a partir de questionário. Análise quantitativa da frequência de temas nas entrevistas utilizando do programa SPSS versão 22.	Comunicação diária e seus desafios
37	2016	The use of short message services (SMS) to provide medical updating to parents in the NICU. (57)	Avaliar o impacto do uso. Tecnologia SMS para atualizar pais de bebês prematuros com informações médicas sobre pais e equipe de enfermagem.	Pesquisa quantitativa utilizou questionários antes e após a implementação de mensagens por SMS participaram no pré e pós-teste, respectivamente, 91 e 87 pais e 27 e 35 enfermeiras. Foram avaliados a entrega de informações médicas, a comunicação e a confiança entre equipe médica, e as informações provindas da equipe, além do impacto sobre a rotina de trabalho das enfermeiras.	Comunicação diária e seus desafios

38	2016	Parents' Perceived Satisfaction of Care, Communication and Environment of the Pediatric Intensive Care Units at a Tertiary Children's Hospital. (58)	Identificar a percepção dos pais sobre o cuidado, relacionando a satisfação em três domínios: cuidado à criança, meio ambiente e comunicação entre pais e equipe.	Estudo quantitativo, utilizou um desenho cross-sectional descritivo correlacional para determinar o nível de satisfação de pais reportados à comunicação, ao cuidado da criança e ao meio ambiente na UTI pediátrica. Participaram 123 pais.	Comunicação com o foco na família
39	2016	Communication skills training enhances nurses' ability to respond with empathy to parents' emotions in a neonatal intensive care unit. (59)	Analisar o efeito de um curso de comunicação sobre o conteúdo dos encontros entre enfermeiros e pais, e a capacidade dos enfermeiros de responder às necessidades empáticas dos pais em uma UTI neonatal.	Estudo quantitativo, avaliou encontros antes e depois de um curso comunicação. Foram estudados o número de oportunidades empáticas, as respostas dos enfermeiros a elas e a maneira como envolviam os pais no cuidado de seus bebês. Participaram 13 enfermeiras.	Comunicação com o foco na família

Fonte: Pesquisa bibliográfica realizada (2020 e 2021)

A comunicação entre enfermeiras e famílias no ambiente da unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal

A comunicação entre enfermeiras e famílias no contexto da UTI pediátrica ou neonatal surge na literatura recente de diferentes formas. A mais recorrente é destacada nesta revisão com o tema “**Comunicação diária e seus desafios**” e surge na forma de uma rotina que muitas vezes traz obstáculos que necessitam ser transpostos. Dentro deste contexto, a coleta de dados muitas vezes surge como a primeira interação entre a equipe de saúde e a família. Para a enfermeira, usualmente, é neste momento que ela busca reunir o máximo de informações pertinentes à criança; já para a família esse momento é onde o vínculo com a equipe de saúde se inicia, tratando-se de um momento de grande tensão para os familiares, exige, em especial da enfermeira, sensibilidade para se relacionar, oferecendo acolhimento através das primeiras informações (7).

Nesta oferta de informações o envolvimento da enfermeira é no sentido de se fazer compreender pelos familiares e a comunicação surge como forma de esclarecer o linguajar médico, procurando traduzir para uma linguagem mais acessível para a família, o que é de grande importância, especialmente, em situações onde o desconhecimento do tratamento pode assustar a família (56). O uso da transparência na forma de se comunicar, trazendo informação consistente, semelhante por diversos profissionais, com estilos de entrega, envolvendo compaixão e empatia são percebidos de forma positiva (42).

Por outro lado, o uso de guia informativo “você e seu bebê” afetou, diretamente, o cuidado prestado aos bebês e suas famílias, promovendo uma reflexão pessoal das enfermeiras participantes sobre suas habilidades clínicas e estilo de abordagem para o envolvimento dos pais (33).

As tecnologias de comunicação também se relacionam, intimamente, com a entrega de informações à família. Foi assim que estudo demonstrou como o uso de mensagens de SMS (Short Message Service) por celular, para atualizar famílias referente a informações médicas, não apresentou impacto sobre a rotina de trabalho de enfermeiras responsáveis por transmitir a informação, e aumentou a disponibilidade em esclarecer a família em outros momentos, se tornando uma tecnologia de fácil manuseio e amigável para a entrega de informações (57). Da mesma forma o uso de iPad em encontros familiares com horários pré-determinados, intitulado como “telemedicina”, para a enfermeira demonstrou ser ferramenta que através de videoconferência tornou possível a

comunicação com pais que estariam ausentes, o que aumentou o nível de satisfação por parte da família (49).

Por outro lado, educar e encorajar os pais, através da comunicação, é imprescindível quando se deseja promover o seu engajamento no cuidado para com seu filho (30); o envolvimento familiar no cuidado também é objeto de preocupação em um trabalho sobre recém-nascidos com a síndrome da abstinência neonatal, onde o papel da enfermeira, na educação para a alta, se mostra fundamental a partir do relato das famílias (32). O modelo de cuidado integrado à família surge em estudo onde o principal papel da enfermeira é relacionado à educação familiar (44), despendendo muito mais tempo nesta função do que na de exercer o cuidado para com o bebê (50). Em alguns momentos, mais do que envolvê-la no cuidado, se torna possível construir uma parceria de cuidado compartilhado com os pais (60).

Ainda no sentido de integrar a família na participação do cuidado, práticas integrativas que relacionam diferentes formas de tratamento no ambiente hospitalar como a antroposofia necessitam da educação de familiares para ter sucesso em sua implementação, a enfermeira mais uma vez tem um papel fundamental ensinando familiares práticas de tratamento que podem ser por eles exercidos no momento de internação (20).

A preparação da família para assumir o cuidado da criança após a alta, muitas vezes, torna o momento de aprendizado um grande fator de estresse. Nesse sentido, estudo, buscando avaliar o impacto de um programa de suporte familiar no sentimento de estresse dos mesmos, apresentou pouco resultado, demonstrando que apesar da abordagem é um período de grande tensão para os pais (13).

Além destes obstáculos enfrentados, a comunicação com a família de língua estrangeira e diferentes culturas também possui seus desafios nas situações de internação em unidades hospitalares; o uso de tecnologias também possui seu papel nessa situação, quando através de uma interface específica conhecida como “UTalk” enfermeiras de língua inglesa e famílias de língua espanhola percebem melhoria em sua comunicação (48). No mesmo sentido da barreira encontrada pela língua estrangeira, o uso de interpretes para mediar a comunicação entre enfermeiras e famílias se mostrou como um instrumento nem sempre conhecido por essas profissionais (37). Mais que a barreira da língua estrangeira, a diversidade cultural enfrentada por enfermeiras estrangeiras na

Arábia Saudita ao cuidar de crianças de famílias muçulmanas, demonstrou ser grande desafio, necessitando compreender significados para adaptar o cuidado ofertado nestas situações (40).

O tema “**Comunicação com o foco na família**” surge como uma mudança de paradigma, buscando promover um cuidado humanizado e de qualidade, onde o foco não é a doença. Neste sentido, o cuidado centrado na família surge como base estrutural para a sua implementação, através da qual constrói-se o vínculo entre equipe de enfermagem e família (8). Por esse motivo, mudanças relacionadas a forma de comunicar-se com a família, tornam-se a principal estratégia de implementação desse modo de realizar o cuidado, permitindo que a interação entre família e enfermeira seja de acolhimento e oferta de informações já no primeiro (53) influenciando no sucesso do programa (24). A equipe de enfermagem percebe como mudanças na maneira de comunicar-se são necessárias para concretizar esta forma de cuidado tornando-se um benefício para as famílias (43).

É então que a partir de interações como o foco nas necessidades familiares a família percebe a qualidade do atendimento o que relata através de sua satisfação. Assim o fornecimento de informações nesse período difícil e o relacionamento com a equipe de saúde, em especial, com a enfermagem, traz confiança e conforto, valorizando o cuidado prestado (12,58). Nesse contexto, a expectativa depositada no enfermeiro sobre a como se comunicar e quais informações deve oferecer, nem sempre são semelhantes. O relacionamento de enfermeiras e famílias com diferentes características raciais nem sempre produz o impacto esperado, demonstrando a importância do olhar para a comunicação de uma forma individualizada (55).

Se para a família é importante comunicar-se com a equipe de saúde, em especial, a enfermeira que está mais próxima do cuidado de seu filho (54), para a enfermeira, é através da comunicação que se torna possível reconhecer o que a família necessita dentro desse contexto. Desejando acolher, ela oferece apoio emocional (35) se aproximando da família, permanecendo ao seu lado, observando, escutando (51), buscando compreender ao resgatar vivências semelhantes (31), e, então, ao reconhecer os sentimentos da família, responder de forma empática (59) trazendo assim o olhar para cada família de forma única e sem generalizações.

Através do relacionamento interpessoal, o ato de comunicar-se surge como um eficiente instrumento, transformando as práticas de cuidado, tornando-as mais humanas dentro da assistência de enfermagem prestada (52). Dessa forma, se torna fundamental perceber que a família atravessa múltiplos momentos durante o período de internação da criança, de diferentes complexidades, que repercutem, diretamente, em sua vida, e olhar para elas, reconhecer e utilizar a comunicação em suas necessidades, se torna imprescindível.

O tema “**Comunicação difícil**” surge naquelas interações em que os temas a serem tratados carregam uma carga de maior tensão. Em situações específicas como no final da vida, o luto familiar solicita uma comunicação honesta e atitudes relacionadas a oferta de apoio emocional (36). Os profissionais de saúde são reconhecidos quando valorizam o papel parental, envolvendo a família no cuidado, facilitando o compartilhamento de informações e demonstrando compaixão através de sua comunicação com a família (15).

O ambiente da unidade de terapia intensiva e o constante sentimento de incertezas que acompanham a internação da criança, faz com que muitas vezes as interações entre profissionais e família se tornem desafiadoras, devido ao alto nível de ansiedade que ela provoca. Nesse sentido, o uso de estratégias como oferta de informações, educação e atitudes de apoio tendem a diminuir esse sentimento (45), demonstrando o quanto a forma de se comunicar pode se relacionar ao estresse.

Nesse sentido, para a relação com a equipe, um dos momentos de maior tensão ocorre durante a comunicação de más notícias. Compreender de que forma essas interações ocorrem considerando estratégias utilizadas, a forma que a comunicação é estruturada (46), considerando os detalhes como o local onde essas notícias são ofertadas (34), é de vital importância para que se torne possível a construção de novos comportamentos, buscando, assim, construir novas habilidades para a condução de conversas difíceis (27). Ainda dentro desse contexto, o cuidado paliativo tem na comunicação um facilitador, destacando a importância da comunicação verdadeira e honesta nesse contexto (3).

A comunicação da morte encefálica ou cardíaca aliada a necessidade de abordar a família para a doação de órgãos é situação de maior especificidade, onde destaca-se a necessidade de intervenções próprias que promovam mais conhecimento sobre o tema e

construção de recursos apropriados, requerendo atitudes facilitadoras para abordar o tema, construídas em um ambiente sensível e de confiança para a família (39).

Já a internação de crianças com doenças crônicas e de complexidade médica é situação que muitas vezes promove interações conflituosas entre a equipe e a família, que deseja partilhar seu conhecimento sobre o estado de seus filhos, sendo reconhecida como interlocutora de importantes informações; este contexto revela a necessidade de uma abordagem que valorize a comunicação, buscando construir parcerias com a equipe para otimizar o atendimento do paciente (38). Assim, torna-se necessário compreender a comunicação como parte do cuidado oferecido (47) e valorizá-la em suas diversas nuances que surgem dentro do contexto da Unidade de Terapia Intensiva infantil.

A presente revisão integrativa permitiu apreender uma variedade de formas em que a comunicação ocorre nesse contexto. Desta forma a presença de características da comunicação terapêutica na relação interpessoal de enfermeiras e famílias de crianças internadas em unidade de terapia intensiva foi observada nestes estudos o que apresentamos a seguir.

A comunicação terapêutica, competência do profissional de saúde, busca com o outro reconhecer suas necessidades, e através de habilidades de comunicação o auxiliar na solução de conflitos, buscando conduzi-lo na construção de autonomia para a solução dos mesmos (61). Na literatura recente, diversas características relacionadas a CT têm sido exploradas de forma independente, demonstrando sua importância.

O reconhecimento da família em sua singularidade, percebendo que cada uma é única em seus valores e forma de vida, possuindo diferentes necessidades, é característica importante da CT (52). Dentro do que a família precisa no contexto da internação de seu filho, em uma unidade de terapia intensiva, surge a comunicação clara sem o uso de jargões, permitindo uma melhor compreensão do que ocorre com a criança (54). O uso da linguagem clara para se relacionar com a família é de vital importância para que ela compreenda o que ocorre, mas também para que participe de forma integrada de vivências dentro da UTI, e, dessa forma, exerça seu papel familiar no relacionamento com seu filho (44). Oferecer informações claras também é oferecer informações verdadeiras; permitindo construir um vínculo de confiança no relacionamento entre a equipe e a família (35). É também uma forma de respeito a singularidade de momentos como no final da vida, onde a honestidade permite à família possuir por inteiro aquele momento, e

apesar de sua dor sentir-se, totalmente presente, participando, então, da tomada de decisões (3).

Por outro lado, estudo demonstrou como as necessidades emocionais também se encontram presentes para os familiares nessa situação, e responder com empatia é uma forma de apoio emocional que pode ser ofertada pela enfermeira (59). Nesse movimento, a enfermeira resgata situações semelhantes que vivenciou trazendo a lembrança sentimentos, mas também compreendendo que cada ser humano é único e traz respostas diferentes e singulares ao momento (31). Atitudes como observar, ouvir de forma receptiva, e com perguntas abertas, buscar compreender os familiares são os primeiros passos para agir com empatia (51). Entretanto, o constante sentimento de que a vida da criança corre perigo, ou ainda como demonstrado em outro estudo, em casos, onde a longa convivência com a doença crônica traz pais especialistas nos cuidados de seus filhos para dentro do ambiente da UTI, surge para a família o sentimento de desvalorização; ao perceberem que seus saberes não são reconhecidos, agem com hostilidade para com a equipe, o que acaba por quebrar o vínculo de confiança (38). Nesses momentos, atitudes sem julgamento, que valorizam o relacionamento de parceria com a família, tendem a diminuir esse atrito e construir o vínculo no sentido da confiança mútua (47).

Porém, mais do que utilizar uma linguagem clara e honesta, e evitar julgamentos, comunicar-se de forma terapêutica é investir na aquisição de habilidades que reconhecem no outro, sua singularidade, seus sentimentos, oferecendo espaço para que se expresse, e o acolhendo através da comunicação, como demonstrado por estudo que buscou através da simulação construir habilidades para enfermeiras utilizarem em momentos de comunicação difícil (27).

Essa revisão integrativa evidenciou a ausência de estudos específicos sobre a CT entre enfermeiras e famílias nesse ambiente.

Conclusão

Este estudo permitiu apreender como a comunicação surge nos estudos que tratam do relacionamento entre enfermeiros e famílias dentro do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Essa interação que se constrói ao longo da convivência, se inicia em um movimento de troca de informações, seja no sentido da equipe conhecer o histórico da criança, ou no sentido inverso, de oferecer à família orientações e informações. Na medida que o tempo transcorre, o desejo de envolvimento dos pais e a

busca de autonomia para o momento da alta hospitalar traz um novo papel da comunicação, que ensina a família a exercer um novo cuidado.

O uso de tecnologias surge, inicialmente, como um apoio para permitir que as informações cheguem até a família, mas também como um instrumento de auxílio na abordagem de familiares de diferentes culturas e idiomas, trazendo novos desafios aos profissionais que convivem com a família de maneira tão próxima.

Entretanto, a comunicação tem buscado oferecer cada vez mais um atendimento humano, reconhecendo o outro em suas singulares e necessidades. Dessa forma, a preocupação em compreender os sentimentos familiares têm levado a uma comunicação que reconhece o outro e busca oferecer um acolhimento através de gestos e palavras. Para isso, alguns estudos têm se preocupado na construção de habilidades, auxiliando também no enfrentamento de comunicações difíceis, relacionadas ao final da vida. A importância da comunicação vai se evidenciando no cotidiano do cuidado e na relação com a família, imprimindo qualidade e gerando satisfação em torno de si. A comunicação é instrumento que permite ao enfermeiro exercer de si o que é mais nobre: sua humanidade, que deve estar impressa em cada ato de cuidado ao outro.

Referências

1. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD, “Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação.” Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões patologias e paradoxos da interação. 1973. Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: CULTRIX; 1973. 263 p.
2. Leal JAL, Melo CMM de. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2018;71(2):441–52.
3. Kilcullen M, Ireland S. Palliative care in the neonatal unit: Neonatal nursing staff perceptions of facilitators and barriers in a regional tertiary nursery. BMC Palliat Care. 2017;16(32):1–12.
4. Brabo BCF, Laprano MGG. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO PALIATIVO EM CARDIOLOGIA. Rev enferm UERJ. 2018;12(9):2341–8.
5. Pivoto FL, Filho WDL, Lunardi VL, Silva PA da. Organização do trabalho e a produção de subjetividade da enfermeira relacionada ao processo de enfermagem. Esc Anna Nery - Rev Enferm. 2017;21(1):1–8.

6. Schorr V, Sebold LF, Santos JLG dos, Nascimento KC do, Matos TA. Passagem de plantão em um serviço hospitalar de emergência : perspectivas de uma equipe multiprofissional. *Interface Commun Heal Educ*. 2020;24(e190119):1–16.
7. Béranger A, Pierron C, de Saint Blanquat L, Bouazza N, Jean S, Chappuy H. Provided information and parents’ comprehension at the time of admission of their child in pediatric intensive care unit. *Eur J Pediatr*. 2018;177(3):395–402.
8. Rodrigues BC, Uema RTB, Rissi GP, Felipin LCS, Higarashi IH. Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Rene*. 2019;20e397(e39767):1–8.
9. Alabdulaziz H, Moss C, Copnell B. Paediatric nurses’ perceptions and practices of family-centred care in Saudi hospitals: A mixed methods study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017;69:66–77. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.011>
10. Dittman K, Hughes S. Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Parent Satisfaction. *Crit Care Nurs Clin North Am* [Internet]. 2018;30(4):445-455.e4. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.002>
11. Stefanelli MC, Carvalho EC de, Arantes EC. Comunicação e enfermagem. In: A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem [Internet]. 2012 [citado 21 de novembro de 2019]. p. 228. Available at: <https://bdpi.usp.br/item/001445027>
12. Santiago LXJ, Galeano SPO, Blandón DAS. Quality of nursing care: Perception of parents of newborns hospitalized in neonatal units. *Investig y Educ en Enferm*. 2018;36(1):e08.
13. Månsson C, Sivberg B, Selander B, Lundqvist P. The impact of an individualised neonatal parent support programme on parental stress: a quasi-experimental study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 8 de fevereiro de 2019 [citado 10 de março de 2019];33(3):677–87. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12663>
14. Ramírez León M, Navarro Tapia S, Clavería Rodríguez C, Molina Muñoz Y, Cox Melane A. Parental stressors in a Pediatric Intensive Care Unit. *Rev Chil Pediatr*. 2018;89(2):182–9.
15. Butler AE, Copnell B, Hall H. “ Some were certainly better than others ” – Bereaved parents ’ judgements of healthcare providers in the paediatric intensive care unit : A grounded theory study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017;1–7. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.12.003>
16. Williams K, Patel K, Stausmire J, Bridges C, Mathis M, Barkin J. The Neonatal Intensive Care Unit: Environmental Stressors and Supports. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 3 de janeiro de 2018 [citado 10 de março de 2019];15(1):60. Available at: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/1/60>
17. October TW, Dizon ZB, Hamilton MF, Madrigal VN, Arnold RM. Communication training for inter-specialty clinicians. *Clin Teach*. 2019;16(3):242–7.

18. Bell JM. The Central Importance of Therapeutic Conversations in Family Nursing: Can Talking Be Healing? *J Fam Nurs*. 2016;22(4):439–49.
19. Hadian Shirazi Z, Sharif F, Rakhshan M, Pishva N, Jahanpour F. The Obstacles against Nurse-Family Communication in Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: a Qualitative Study. *J Caring Sci [Internet]*. 2015;4(3):207–16. Available at: <http://dx.doi.org/10.15171/jcs.2015.021>
20. Rutert B, Stritter W, Eggert A, Auge U, Laengler A, Seifert G, et al. Development of an Integrative Care Program in a Pediatric Oncology Unit. *Complement Med Res*. 2021;28(2):131–8.
21. Campos CACA de, Silva LB da, Bernardes J de S, Soares ALC, Ferreira SMS. Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. *Saúde em Debate*. 2017;41(N. Especial):165–74.
22. Oviedo AD, Delgado IAV, Licona JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2020;24(2):1–7.
23. Carnevale FA, Canoui P, Farrell C, Hubert P, Cremer R, Lacroix J, et al. Communication in pediatric critical care: A proposal for an evidence-informed framework. *J Child Heal Care*. 2016;20(1):27–36.
24. Maatman SMO, Bohlin K, Lilliesköld S, Garberg HT, Uitewaal-Poslawky I, Kars MC, et al. Factors Influencing Implementation of Family-Centered Care in a Neonatal Intensive Care Unit. *Front Pediatr*. 2020;8(May):1–7.
25. Verri ER, Bitencourt NAS, Oliveira JA da S, Júnior R dos S, Marques HS, Porto MA, et al. PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: COMPREENSÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS. *Rev enferm UFPE line*. 2019;13(1):126–36.
26. Ellis BL, Gergen J, Wohlgemuth L, Nolan MT, Aslakson R. Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience. *Am J Crit Care*. 2016;25(1):39–46.
27. Bowen R, Lally KM, Pingitore FR, Tucker R, McGowan EC, Lechner BE. A simulation based difficult conversations intervention for neonatal intensive care unit nurse practitioners : A randomized controlled trial. *PLoS One [Internet]*. 2020;15(3):1–12. Available at: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0229895>
28. Sousa LMMS, Marques-Vieira CMA, Severino SS, Antunes AV. A METODOLOGIA DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA EM ENFERMAGEM. *Rev Investig EM Enferm*. 2017;21(2):17–26.
29. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute Reviewers ’ Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE; 2015. 24 p.

30. Hoogen A Van Den, Eijssermans R, Ockhuijsen HDL, Jenken F, Maatman SMO, Jongmans MJ, et al. Parents ' experiences of VOICE : A novel support programme in the NICU. *Nurs Crit Care*. 2021;(October):1–8.
31. Mufato LF, Gaiva MAM. Motivos-porque da empatia de enfermeiras com os familiares de recém-nascidos em UTI neonatal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(e20190508):1–8.
32. Buczkowski A, Avidan O, Cox D, Craig A. The Parental Experience of Newborns With Neonatal Abstinence Syndrome Across Inpatient Care Settings : A Qualitative Study. *J Addict Med*. 2020;14(5):183–7.
33. Eeles AL, Gibbs D. Tool to Enhance Relationships Between Staff and Parents in the Neonatal Unit. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020;49(6):593–604.
34. Lewis-newby M, Sellers DE, Meyer EC, Solomon MZ, Zurakowski D, Truog RD. Location of Clinician-Family Communication at the End of Life in the Pediatric Intensive Care Unit and Clinician Perception of Communication Quality. *J Palliat Med*. 2020;23(8):1052–9.
35. Bry A, Wigert H. Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care : a qualitative interview study. *BMC Psychol*. 2019;7(76):1–12.
36. Baughcum AE, Fortney CA, Winning AM, Dunnells ZDO, Humphrey LM, Gerhardt CA. Healthcare Satisfaction and Unmet Needs Among Bereaved Parents in the NICU. *Adv Neonatal Care*. 2019;00(0):1–9.
37. Patriksson K, Wigert H, Berg M, Nilsson S. Health care professional's communication through an interpreter where language barriers exist in neonatal care: a national study. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2019 [citado 26 de maio de 2021];19(586):1–8. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4428-z>
38. Rennick JE, St-sauveur I, Knox AM, Ruddy M. Exploring the experiences of parent caregivers of children with chronic medical complexity during pediatric intensive care unit hospitalization : an interpretive descriptive study. *BMC Pediatr*. 2019;19(272):1–10.
39. Dopson S, Long-sutehall T. Exploring nurses ' knowledge , attitudes and feelings towards organ and tissue donation after circulatory death within the paediatric intensive care setting in the United Kingdom : A qualitative content analysis study. *Intensive Crit Care Nurs [Internet]*. 2019;54:71–8. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.07.004>
40. Al Mutair A, Al Ammary M, Brooks LA, Bloomer MJ. Supporting Muslim families before and after a death in neonatal and paediatric intensive care units. *Nurs Crit Care*. 2019;(April):192–200.
41. Cholli P, Meyer EC, David M, Moonan M, Mahoney J, Hession-Laband E, et al. Family Perspectives on Whiteboard Use and Recommendations for Improved Practices. *Hosp Pediatr [Internet]*. 1 de julho de 2016 [citado 13 de fevereiro de

2019];6(7):426–30. Available at:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27354362>

42. Craig AK, Gerwin R, Bainter J, Evans S, James C. Exploring Parent Experience of Communication about Therapeutic Hypothermia in the Neonatal Intensive Care Unit. *Adv Neonatal Care*. 2018;18(2):136–43.
43. Coats H, Bourget E, Starks H, Lindhorst T, Saiki-Craighill S, Curtis JR, et al. Nurses' reflections on benefits and challenges of implementing familycentered care in pediatric intensive care units. *Am J Crit Care*. 2018;27(1):52–8.
44. Patel N, Ballantyne A, Bowker G, Weightman J, Weightman S. Family Integrated Care : changing the culture in the neonatal unit. *Arch Dis Child*. 2018;103(5):415–9.
45. Friedman J, Friedman SH, Collin M, Martin RJ. Staff perceptions of challenging parent–staff interactions and beneficial strategies in the Neonatal Intensive Care Unit. *Acta Paediatr*. 2018;107(1):33–9.
46. Cabeça LPF, De Sousa FGM. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal Dimensions qualifying for communication of difficult news in neonatal intensive care unit. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2017;9(1):37.
47. Denis-Larocque G, Williams K, St-Sauveur I, Ruddy M, Rennick J. Nurses' perceptions of caring for parents of children with chronic medical complexity in the pediatric intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2017;43:149–55. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.010>
48. Jackson KH, Mixer SJ. Using an iPad for Basic Communication Between Spanish-Speaking Families and Nurses in Pediatric Acute Care A Feasibility Pilot Study. *Comput Inf Nurs*. 2017;35(8):401–7.
49. Yager PH, Clark M, Cummings BM, Noviski N. Parent Participation in Pediatric Intensive Care Unit Rounds via Telemedicine: Feasibility and Impact. *J Pediatr*. 2017;185:181–6.
50. Broom M, Parsons G, Carlisle H, Kecskes Z, Dowling D, Thibeau S. Exploring Parental and Staff Perceptions of the Family-Integrated Care Model: A Qualitative Focus Group Study. *Adv Neonatal Care*. 2017;17(6):E12–9.
51. Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin AM, Lehtonen L. Close Collaboration with ParentsTM intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behav Brain Res* [Internet]. 2017;325:303–10. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbr.2016.10.020>
52. Amaral LFP do, Calegari T. HUMANIZATION OF NURSING CARE FOR THE FAMILY AT THE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT. *Cogitare Enferm*. 2016;21(3):1–8.

53. Silva TRG da, Manzo BF, Fiorete FCC de F, Silva PM. Cuidado centrado na família na perspectiva de enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev da Rede Enferm do Nord*. 2016;17(5):643.
54. Sanabria MLV, Rodríguez LM de. Needs of Parents in Caring for Their Children in a Pediatric Intensive Care Unit. *Invest Educ Enferm*. 2016;34(1):29–37.
55. Martin AE, D’Agostino JA, Passarella M, Lorch SA. Racial differences in parental satisfaction with neonatal intensive care unit nursing care. *J Perinatol*. 2016;36(11):1001–7.
56. Lemmon ME, Donohue PK, Parkinson C, Northington FJ, Boss RD. Communication Challenges in Neonatal Encephalopathy. *Pediatrics*. 2016;138(3).
57. Mazkereth R, Kaplan G, Glasser S, Morag I, Strauss T, Globus O, et al. The use of short message services (SMS) to provide medical updating to parents in the NICU. *J Perinatol [Internet]*. 2016;36(9):739–43. Available at: <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2016.83>
58. Abuqamar M, Arabiat DH, Holmes S. Parents’ Perceived Satisfaction of Care, Communication and Environment of the Pediatric Intensive Care Units at a Tertiary Children’s Hospital. *J Pediatr Nurs [Internet]*. 2016;31(3):e177–84. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.12.009>
59. Bry K, Bry M, Hentz E, Karlsson HL, Kyllönen H, Lundkvist M, et al. Communication skills training enhances nurses’ ability to respond with empathy to parents’ emotions in a neonatal intensive care unit. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2016;105(4):397–406.
60. Heo YJ, Oh WO. The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud [Internet]*. 2019;95:19–27. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.018>
61. Stefanelli MC. Introdução à comunicação terapêutica. In: Manole Ltda E, organizador. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. 2 Ed. Barueri - SP; 2012. p. 65–76.

2 OBJETIVOS

- Explorar a compreensão da enfermeira sobre comunicação terapêutica no contexto da UTI neonatal e pediátrica.
- Compreender como essa profissional julga aplicar seus conhecimentos sobre comunicação terapêutica para com a família que tem a criança internada em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A comunicação se tornou um tema de grande importância para a pesquisadora por dois grandes motivos. O primeiro foi por, evidentemente, se sentir desconfortável ao perceber a importância de gerar mudanças em atitudes do profissional de saúde, sendo a comunicação a habilidade que permeia todas suas ações. O interesse pela comunicação se tornou ainda mais intenso, em especial, o comunicar-se de forma terapêutica. O segundo foi o interesse pelo referencial bibliográfico utilizado na pesquisa que realizou anteriormente (SOUZA, 2016) onde a importância da família se fez presente em sua trajetória. Nesse período, o contato com o Modelo Calgary, permitiu uma aproximação com o tema comunicação e sua relação com o cuidado familiar, possuindo diversos referenciais teóricos, entre os quais os referentes à comunicação, (para Wright e Leahey (2012) descritos como “**Teoria da Comunicação**” merecem maior atenção, por se relacionarem com o objeto de estudo aqui descrito.

Dentro desse contexto, as teorias, compreendidas como a representação da realidade através de um modelo, são compostas por conceitos, relações, explicações e enunciados de valor. Objetivando compreender sobre a comunicação e as diversas teorias que levaram aos conceitos aqui estudados, foi desenvolvida uma resenha que aqui apresentamos na forma de “**estudo prévio**”; assim descrevemos algumas teorias, que foram relacionadas ao contexto histórico em que surgiram (MATTELART; MATTELART, 2011), sem, entretanto, descartar sua compreensão quanto a sua abrangência (LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016), mas também sempre que possível relacionando esses fatos históricos à atualidade através de publicações mais recentes.

3.1 ESTUDO PRÉVIO “A história da comunicação através das teorias”

A comunicação além de ser um dos fenômenos mais importantes da espécie humana, presente desde os primórdios, se encontrando, intimamente, atrelada à cultura e o desenvolvimento tecnológico (PERLES, 2007), considerada uma figura emblemática do terceiro milênio; permeia diversas disciplinas como a filosofia, a economia, a psicologia, as ciências sociais e a cibernética, entre outras. Buscando criar uma legitimidade científica, modelos foram construídos, entre as diversas tentativas de buscar articular a partir de várias divergências e oposições. Dessa forma, (MATTELART; MATTELART, 2011) constroem de forma não linear um relato da história da comunicação.

Foi no século XIX, com o nascimento de sistemas técnicos de comunicação associados ao livre comércio que a compreensão do seu papel na integração das sociedades humanas partir de redes físicas projetadas para o progresso, que a comunicação inspirou suas primeiras concepções em forma de ciência. A divisão do trabalho dentro da sociedade se relaciona, intimamente, com esses conceitos, assim como o desenvolvimento da sociedade como um todo passando estados teológico, metafísico e finalmente positivo ou científico, onde a sociedade industrial se encontra inserida (MATTELART; MATTELART, 2011). O deslocamento para as cidades em busca de trabalho gerado pelo sistema fabril, gerou, em seguida, à implantação do fordismo (1920) a preocupação com o controle de massas, surgindo estudos como “psicologia das massas” e projetos voltados a comunicação de massa (MATTELART; MATTELART, 2011).

De forma paralela, a **Escola de Chicago** nos Estados Unidos busca a construção de uma ciência social a partir de bases empíricas. Membro notório dessa escola, Robert Ezra Park autor de uma tese sobre “A massa e o público” trabalhando a relação entre os meios e a opinião pública, os meios e o controle social, entre outras, jornalista, militante da causa negra e sociólogo, influenciou Lasswell, Gosneell e Redfield, entre outros sociólogos, viu na cidade um espaço privilegiado para compreender a sociedade, percebendo o complexo de forças inerentes, buscou compreendê-la como organismo social e não apenas um espaço geográfico (SILVA, 2011). Outro nome utilizado por Park foi “ecologia humana” onde a ciência de relação do organismo com o meio ambiente é construída em um esquema teórico semelhante ao da ecologia vegetal e animal, dentro desse esquema a comunicação surge com uma função controladora, em conjunto com o

nível moral através de um nível moral e cultural, regulando e permitindo que esse complexo sistema se equilibre (MATTELART; MATTELART, 2011).

Essa dicotomia entre o organismo social também chamada de biótico e o nível social que exerce o controle e a relação suscitou diversas discussões, dificultando para Park definir uma linha demarcatória entre os dois planos. Essa diversidade já se mostrava aparente, anteriormente, se tornando um desafio relacionar e equilibrar os conceitos (MATTELART; MATTELART, 2011; SÁ MARTINO, 2020).

Dentro dessa visão, encontra-se na base da microsociologia a metodologia etnográfica, proposta que estuda as interações sociais partindo das manifestações subjetivas do ator e a filosofia do pragmatismo, destacando a importância da aplicabilidade prática dos conceitos desenvolvidos. Representado essa visão e uma busca de colocar o que é diverso como parte de um todo homogêneo, Charles Horton Cooley (1864 – 1929), em sua obra, oferece um olhar voltado para a comunicação e valoriza a singularidade de cada um, trazendo a perspectiva sociológica para o conceito de que o social é uma construção das interações interpessoais, colocando dessa forma em pé de igualdade o social e o individual, como partes complementares (SÁ MARTINO, 2020).

Por outro lado, o processo de individualização e construção do *self* que comanda a etnografia, confronta a história singular de cada indivíduo com as forças de nivelamento e homogeneização, demonstrando a tensão que percorre algumas pesquisas (MATTELART; MATTELART, 2011).

A **comunicação em massa** como peça importante dessa história é analisada por Lasswell, considerado o pai da moderna ciência política, como instrumento indispensável para a gestão governamental de opiniões, vista por ele como uma técnica de guerra (MATTELART; MATTELART, 2011). Nesse sentido, como um instrumento, a propaganda manipula a mente das massas, dirigindo seu comportamento, e anulando a participação de atores por ser unidirecional e não permitir resposta, ocupando, assim, dentro do ser humano o espaço que se encontrava vazio permitindo, então, que a vida tenha um sentido, sem perceber-se controlado por interesses políticos (RODRÍGUEZ, 2020). Como instrumento da democracia, a comunicação através de técnicas de manipulação da informação e transmissão através de mídias suscita adesão das massas, posteriormente, recursos como sondagens de opinião e pesquisas eleitorais se tornam

ferramentas de administração cotidiana do público (MATTELART; MATTELART, 2011).

Do ponto de vista da ciência, a contribuição desse sociólogo foi compreender a estrutura e a função da comunicação; através do questionamento: “Quem diz o que por que canal e com que efeito?”, buscou analisar, principalmente, o conteúdo e o efeito da comunicação fornecendo ao pesquisador elementos para orientar sua abordagem ao público através de uma descrição objetiva e sistemática (LASSWELL, 1971). Quanto a função da comunicação, nesse período é compreendida como a que possibilita a adaptação e o ajuste do sistema, permitindo que o equilíbrio se reestabeleça (MATTELART; MATTELART, 2011).

Lazarsfeld, psicólogo austríaco com formação em pesquisa experimental faz parte da história do funcionalismo, sendo considerado um dos pais da pesquisa da comunicação em massa. Ao receber a responsabilidade do Princeton Radio Project emigrado para os Estados Unidos, em 1935, buscou compreender a opinião pública diante de programas de rádio através da “máquina de perfis”, projeto financiado pelo diretor da rede radiofônica DBS inaugurou uma linha de estudos quantitativos sobre audiências. Preocupado em aperfeiçoar instrumentos de avaliações que fossem úteis e operatórios para os controladores da mídia, Lazarsfeld assume uma postura administradora diante da comunicação, confrontando o pensamento da época que a compreendia como alavanca para a democracia (MATTELART; MATTELART, 2011)

Em um artigo mais recente, Lazarsfeld e Merton (2007) discutem o papel atual da comunicação em massa diante da preocupação pública do seu poder quase “atômico”, temendo a onipresença da mídia, seus efeitos sobre as faculdades críticas do homem e a possibilidade de deterioração estética e cultural popular. Os autores afirmam o quanto mudanças têm direcionado as ações da mídia realizadas por grupos econômicos de grande poder para um controle mais sutil da população, através de uma exploração psicológica, entretanto não sendo possível quantificar, atualmente, seus efeitos em comportamentos e atitudes, apesar de o fazermos com o seu consumo por meio de observações do tempo gasto com elas. Dessa forma, sugerem que o poder dado às mídias é maior do que, realmente, possuem, e comparando com o desenvolvimento da sociedade e suas conquistas, acreditam que a população apesar de possuir possibilidades novas de consumo acabam por preferir absorver as mesmas mídias que anteriormente a reprimiu. Descrevem neste artigo as funções da comunicação relacionadas ao poder como sua relação com o

status, e ainda sua utilidade no controle da moralidade de uma população, mas também seu efeito narcotizante quando consumida em grande escala produzindo uma falsa sensação de participação (LAZARSFELD; MERTON, 2007).

Retornando àquela época, após um período de supremacia de Chicago, progressivamente, surgem novos polos universitários e orientações teóricas. Em 1937, Talcott Parsons (1902 – 1979), figura emblemática da Harvard contribui no sentido de uma nova concepção profissional do ofício de Sociólogo a partir de diferentes pressupostos do funcionalismo de Merton e Lazarsfeld, pois apesar de considerar a ciência social “neutra”, ao permanecer deliberadamente à margem das alianças com o poder econômico e suas lógicas de mercado, busca desenvolver uma teoria mais abrangente na tentativa de integrar todas as ciências sociais ao combinar a atividade humana e sua estrutura (MATTELART; MATTELART, 2011).

Posteriormente, desenvolvimento de modelos que motivam o consumidor progridem para novas funções para a comunicação em massa, que na década de 60 passa a assumir uma função de transformação e desenvolvimento, difundindo inovações a partir da comunicação em massa, relacionadas a diversos assuntos referentes à saúde, agricultura, consumo, estimulando o progresso (MATTELART; MATTELART, 2011).

Por outro lado, a compreensão da comunicação a partir da **teoria da informação**, tendo início em tecnologias de guerra que transmitiam informações de um ponto ao outro; permitiu que esta adquirisse seu estatuto de “símbolo calculável”, como publicado por Claude Elwood Shannon, matemático e engenheiro elétrico, em sua monografia “The Mathematical Theory of Communication”. Nessa obra, propõe um sistema linear com polos que definem origem e fim de uma trajetória, que a mensagem através de um canal chega até o decodificador (MATTELART; MATTELART, 2011). Para Shannon, o conteúdo informativo da mensagem, traduzida em números binários, era análoga à energia física, o que a tornava mensurável, demonstrado que cada canal de comunicação possui uma capacidade máxima de transmissão de informações, o que ficou conhecido como o limite de Shannon (JAMES, 2009).

A construção desta teoria se deve a esforços que se iniciaram em 1910 com pesquisas relacionadas a cadeias de símbolos e sua transmissão através da linguagem da oposição binária, assim como, trabalhos relacionados à última grande máquina de calcular elaborada a pedido do exército para calcular trajetórias balísticas; se relacionando

também com as reflexões de Norbert Wiener, Fundador da cibernética. Essa concepção de comunicação em linha reta com uma origem e um fim impregnou inúmeras escolas e correntes de pesquisas diversas, se encontrando, em alguns momentos, em posições, radicalmente opostas, entretanto com um aspecto em comum (MATTELART; MATTELART, 2011).

De forma íntima, essa teoria se relacionou com a biologia. Esse sistema linear construído em parte com auxílio de conceitos relacionados ao sistema nervoso, por sua vez, mostrou grande serventia para a compreensão por analogia do funcionamento da hereditariedade, acompanhando grandes invenções da ciência da vida. Em 1933, surge uma nova abordagem nos estudos do biólogo Ludwig von Bertalanffy, a “teoria dos sistemas”. Partilhando do conceito de função essa teoria indica a supremacia do todo sobre as partes, valorizando a globalidade e as interações entre os elementos como mais importantes do que as causas (MATTELART; MATTELART, 2011). Também conhecida como **Teoria dos Sistemas Gerais** visto que postula conceitos que regem diversos sistemas possuindo aplicabilidade e generalizações para diferentes disciplinas, permitiu a integração de conhecimentos de muitas áreas, considerada uma necessidade crítica devido à natureza disseminada de pesquisas em especial na área da comunicação; sobre sua origem, se construiu de forma concomitante com a cibernética e a teoria da informação, consideradas áreas afins e com as quais se completou, por serem abordagens que se sustentam mutuamente (LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016).

Alguns conceitos referente a essa teoria são os sistemas abertos e fechados, sendo classificados de acordo com sua relação com o meio. Os fechados, não realizando troca com o meio, não recebem ou doam matéria e energia, estando destinados à destruição e morte; sistemas físicos são um exemplo destes por não possuírem qualidade de sistema vital. Os abertos, por sua vez, ao realizarem troca com o meio estão destinados ao crescimento e à vida, são sistemas biológicos, psicológicos e sociais, tendo diversas características, podendo ser descritos como um conjunto de objetos com atributos que se inter-relacionam num meio ambiente para formar um todo, possuindo qualidades de totalidade, interdependência, hierarquia, autorregulação, intercambio ambiental, equilíbrio, adaptabilidade e finalidade (LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016; LOPES; SILVA; GOULART, 2015).

Dentro dessa compreensão, a **cibernética** desenvolvida por Norbert Wiener e seus colaboradores estudam a regulação e o controle dos sistemas através do entendimento da

natureza dos mecanismos de *feedback*, conceitos de grande importância que fornecem uma explicação concreta para qualidades do sistema, tais como totalidade, interdependência e autorregulação (LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016).

Em sintonia com essas teorias, Jurgen Ruesch e Gregory Bateson em sua obra “Matriz Social da Psiquiatria” oferecem à comunicação um papel central, pois é através dela que os problemas psiquiátricos do indivíduo se tornam visíveis, assim como é a comunicação o instrumento pelo qual o terapeuta trabalha com o paciente. Dessa forma, destacam que um indivíduo se ajusta à sociedade, à medida que pode enviar e receber informações a respeito de si, do mundo e de outros, surgem aqui a comunicação interpessoal e o enfoque hierárquico ordenado que inclui subsistemas, demonstrando o olhar sistêmico desse modelo (RUESCH; BATESON, 1951; LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016). O enfoque para a **comunicação terapêutica** viria anos depois em outra obra de Ruesch, onde descreve a comunicação como instrumento de trabalho do terapeuta por meio de procedimentos psiquiátricos de reabilitação na relação interpessoal face a face (RUESCH, 1973). Recentemente, projeto buscando criar modelo para enfermeiros se envolverem, terapeuticamente, com os pacientes em situações de isolamento onde barreiras de comunicação se fazem impostas, através da revisão de literaturas e conhecimentos produzidos relacionados à CT (MCCARTHY; O'DONOVAN; TRACE, 2021), demonstra o quanto esses conhecimentos continuam atuais.

Assim como a teoria dos sistemas e a cibernética se colocam na contramão da teoria matemática da comunicação de Shannon, um grupo de pesquisadores americanos intitulados “Colégio Invisível” ou “Escola de Palo Alto” provenientes de diversos horizontes, nos anos 40, trabalhando a partir do modelo da cibernética, como da abordagem sistêmica, da linguística e da lógica, buscam um modelo próprio para as ciências humanas. Watzlawick, como um dos representantes desse período, postula que a comunicação é ato relacional, interacional e que todo comportamento humano é compreendido como comunicação (MATTELART; MATTELART, 2011) o que fez com que seus conceitos fossem organizados como pertencentes à **teoria de comunicação interpessoal** ao ser analisada no contexto, onde a interação ocorre frente a frente (LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016).

Retornando ao contexto histórico, onde as teorias de comunicação emergiram, no período da segunda guerra mundial, o surgimento do Instituto de Pesquisa social pertencente à escola de Frankfurt, traz ideologias que questionam o uso da comunicação

em massa para a manipulação social e cultural. Max Horkheimer em conjunto com Friedrich Pollock fundam esse instituto com base nas ferramentas de Karl Marx e Sigmund Freud utilizadas para compreender a economia capitalista e o movimento operário. Com a tomada do poder de Hitler e a migração de alguns componentes da escola de Frankfurt para os Estados Unidos, essa corrente atravessa o oceano atlântico levando consigo pensamentos que criticam o uso da comunicação como meio de manipulação de uma sociedade. A cultura, inicialmente, representada pela música é vista como objeto manipulado e fabricado para iludir massas, produzindo uma “felicidade fraudulenta” (MATTELART; MATTELART, 2011).

Hebert Marcuse (1898 – 1979) pode representar esse pensamento na América, ao analisar a força da tecnologia e seu poder de anular a individualidade a favor da manutenção do poder em “o homem unidirecional”. Em continuidade a esse pensamento crítico, Jürgen Habermas em “a técnica e a ciência como ideologia” percebe o declínio do espaço público “refeudalizando” a sociedade e defende a necessidade de utilizar a comunicação como instrumento para devolver autonomia e restaurar formas de comunicação no espaço público. Para Mac Donald, esse é um período de crise para a cultura e a democracia, onde a indústria cultural, a cultura e a sociedade de massa se encontram no centro dessa crise. Por outro lado, Edward Shils discordando dessa degradação cultural acredita na estratificação desta em três diferentes níveis de cultura do mais elevado e requintado ao inferior e brutal, defendendo que a cultura superior em vez de ser arrastada pelos dois níveis abaixo, as sustenta ao se expressar através de seus adeptos. Para Daniel Bell surgiria uma nova sociedade, a “sociedade pós-industrial”, construída com base nas tecnologias da inteligência, e na indústria da informação (MATTELART; MATTELART, 2011).

O estruturalismo oferece uma relação entre cultura e comunicação ao se estender com suas hipóteses de escola linguística, disciplinas das ciências humanas. Representantes dessa visão são Ferdinand de Saussure (1857 – 1913) que por meio de cursos de linguagem, fundou essa teoria, trazendo a compreensão da língua como um sistema composto não apenas da linguagem falada, mas todo sistema de signos, como imagens, gestos, sons melódicos entre outras expressões. Todavia, em 1929, em um congresso, Roman Jakobson (1896 – 1982) utilizou o termo estrutura, e a partir de conceitos sustentados na teoria matemática da informação, organizou conceitos do estruturalismo. Foi Claude Lévi-Straus que emprestou esses conceitos para a

antropologia, buscando comparar esse modelo linguístico ao analisar os mitos (MATTELART; MATTELART, 2011).

Da mesma forma, na França, por meio de Georges Friedman (1902 – 1907), a Escola Prática de Altos Estudos se introduziu no círculo da problemática da pesquisa em comunicação. Com os colaboradores Edgar Morin e Roland Barthes, pesquisas são conduzidas, respectivamente, quanto à comunicação em massa (orientado através da cibernética e da teoria dos sistemas) e à indústria cultura (através de Barthes que se situa na órbita do estruturalismo) (MATTELART; MATTELART, 2011).

Louis Althusser (1918 – 1990) como um dos representantes desse período estruturalista considera os instrumentos repressivos do Estado que exercem controle através de aparelhos ideológicos como a escola, a igreja, a mídia e a família, entre outros. Nesse sentido, Pierre Bourdieu define sociedade como um sistema de relações de força e sentido entre grupos e classes sociais. Dentro da compreensão de controle e análise de exercício do poder, Michel Foucault (1926 – 1984) dentro do pensamento estruturalista, busca compreender o controle social que acontece através da disciplina e da vigilância, oferecendo ao poder uma vida (nem sempre negativa) que se sustenta sobre aqueles que não o têm, e por meio deles produz o real, domínios de objetos e rituais de verdade. A televisão assume um papel de controle, considerada uma máquina de organização oferece ao público uma falsa noção de controle, e através da fascinação é utilizada como instrumento para controle de massa (MATTELART; MATTELART, 2011).

Ideologicamente, esse foi um período de questionamentos sobre o marxismo dentro do estruturalismo. A liberdade na concepção humanista como um problema de consciência é confrontada com a liberdade dentro das relações sociais, onde o indivíduo é compreendido como suporte das estruturas (elemento da linguagem), participando do processo de reprodução das relações. Posteriormente, no final dos anos 70, esse posicionamento também é questionado, por legar ao indivíduo um papel secundário dentro da comunicação em posições mecanicistas do funcionamento da sociedade, que aparecia sem sujeitos, quando possuía um papel principal de ator no exercício da comunicação (MATTELART; MATTELART, 2011).

Os conceitos de Althusser e Foucault sobre repressão e controle, ainda hoje, provocam questionamentos sobre o papel das escolas e das universidades na atualidade, refletindo sobre o quanto a ideologia de uma classe dominante atua nas relações de uma

forma não determinista (NASCIMENTO, 2020). Para Mattelart e Mattelart (2011), a relação entre o ensino e as teorias, desse período, já ocorriam à medida que as escolas possuíam um papel de nivelar a cultura de uma forma a atingir níveis mais superiores através da oferta de uma abordagem das diferentes produções literárias. Essa corrente tem a origem distante nos estudos de crítica literária de Frank Raymond Levis (1895 – 1978).

Na Inglaterra, no período de 1968 a 1975, a Universidade de Birmingham, tendo Stuart Hall como diretor-geral, através do Centro de Estudos Culturais Contemporâneos encontra-se em seu auge. Assumindo um papel de ruptura com a tradição literária que situava a cultura fora da sociedade, dessa forma a definem como processo global que ocorre a partir e através da sociedade, não sendo determinada pelo poder socioeconômico, e sim por minorias que conseguem exercer um papel de hegemonia, assumindo a direção intelectual e moral sobre a sociedade. Nesse sentido, o movimento do feminismo foi um representante desse processo. O **interacionismo simbólico** é uma das influências que esse período recebe, enriquecendo a matriz conceitual ao trabalhar em uma dimensão etnográfica, analisando valores e significações vividas e o comportamento de diferentes grupos diante da cultura dominante. Stuart Hall também possui um papel fundamental ao iniciar uma análise do papel ideológico da mídia, desenvolvendo a partir de, então, um olhar em busca de compreender o reflexo da mídia não apenas nas diferentes classes sócias, mas em um público mais vasto e heterogêneo, onde as diversas camadas sociais participam da construção um senso comum popular (MATTELART; MATTELART, 2011).

Buscando compreender a relação entre economia política e comunicação, observamos que o avanço do capitalismo promove lentamente o aparecimento de cada vez mais desigualdades. Se ao observarmos uma região em franco desenvolvimento, observamos o progresso daquela sociedade nas diversas classes sociais, como descrito por Paul Baram, em 1957, esse desenvolvimento possui um reflexo que pode ser observado no “sistema-mundo”. Nesse sentido, Fernad Braude com seu conceito de “economia-mundo” demonstrou como de uma forma global e universalista que as trocas comerciais aconteceram, favorecendo algumas regiões tidas como “polo”, a partir de uma dominação imperialista, em detrimento de outras que a sustentaram. A guerra fria dentro desse contexto desenvolveu armamentos e instrumentos de informação e comunicação como computadores e satélites (MATTELART; MATTELART, 2011; UNGER, 2017).

O capitalismo e a comunicação possuem uma estreita relação à medida que é utilizada como instrumento para manutenção de poder da classe dominante. Vários estudos surgem no sentido de buscar compreender como se dá esse movimento da mídia em relação à sociedade, em processos que é introduzida no sistema moderno mundial. Na contramão, a América Latina com Paulo Freire iniciou um movimento onde a sociedade, através do aluno, se coloca como protagonista, não apenas recebendo, mas também produzindo conhecimento em um movimento de troca dialógica, produzindo, assim, uma reflexão sobre o vínculo entre a comunicação e a organização popular, do ponto de vista social e político (MATTELART; MATTELART, 2011; RIBEIRO, 2013). Nesse sentido, a partir do movimento de países não alinhados, com o debate sobre os desequilíbrios de fluxos de troca, surge na década de 70 a nova ordem mundial da informação e da comunicação, tendo na Unesco seu principal foco de expressão, surgindo, então, uma visão bipolar como reflexo das representações formuladas por um Sul subjugado, rompendo o isolamento de países como o Brasil (CARNEIRO, 1977; MATTELART; MATTELART, 2011).

Nesse contexto político e econômico do capitalismo, a soberania pertencia aos Estados Unidos que detinha o controle da indústria cultural, responsável por uma grande diversidade de elementos, diferentes em sua forma e conteúdo. Enquanto, na Europa, a mudança nas esferas governamentais tornavam os ministros responsáveis por assuntos culturais, e ainda a privatização de indústrias audiovisuais transformava a sociedade, a América solicitava relatórios, avaliando o peso da economia da informação, temendo que a globalização abalasse sua primazia (MATTELART; MATTELART, 2011).

Por muito tempo, as teorias estruturais funcionalistas dominaram a cena sociológica, progressivamente, outras unidades de análise a pessoa, o grupo, as relações intersubjetivas, ou seja, a vida cotidiana ressurgiu nos debates. Paulatinamente, a partir dos anos 60, as correntes reunidas sob o termo de “sociologia interpretativa” se desenvolvem nos países anglo-saxões, valorizando o pragmatismo diferente do movimento estrutural. Essa transformação foi construída a partir dos diversos olhares dos teóricos, assim, enquanto para Talcott Parsons a ação do ator ocorria a partir de imposições de normas da sociedade, em uma perspectiva da sociedade como um objeto dado, onde o saber do ator tem pouca importância. Harold Garfinkel compreendia que a construção desse saber provinha do externo nos diversos contextos de interação. Um passo à frente, a **etnometodologia** considerava que a relação entre a ação e seu contexto

ocorria em uma troca recíproca, em um sentido progressivo, de forma que para essa teoria o fato social estava em permanente construção (MATTELART; MATTELART, 2011).

Dentro desse mesmo pensamento, encontrava-se o **interacionismo simbólico** desenvolvido a partir de George Hebert Mead, ressaltando a natureza simbólica da vida social, encarando o desafio metodológico lançado pela sociologia das interações sociais, buscando compreender o mundo a partir da perspectiva do ator. O que para Mead significa “pôr-se no lugar do outro” e por meio de uma observação participante obter conhecimento. Como método, o interacionismo simbólico é desenvolvido por Herbert Blumer, e através de três premissas, descreve a natureza do símbolo dentro da interação com o outro e com o próprio ator, em uma constante construção (BLUMER, 1980; MATTELART; MATTELART, 2011).

A linguagem deixou de estudar a estrutura e passou a observar as relações, a fala passou a ser um instrumento de ação e formação (John L. Austin – *How to do Things with Words*) não sendo mais descrita como uma estrutura formal, mas sim como o uso prático que dela se faz no cotidiano. Esse movimento descrito como uma reviravolta linguística nos anos 60 por Mattelart e Mattekart (2011), também afetou os teóricos das sociologias da ação. Jürgen Habermas elaborou o “agir comunicativo” onde a ação e a interação são analisadas associadas a tramas e trocas simbólicas e contextos linguísticos, sugerindo a necessidade de estudar as redes de interação (MATTELART; MATTELART, 2011).

Por outro lado, essa concepção também interferiu nos estudos das audiências. Ao se preocupar com a concepção dialógica de linguagem, onde é apreendida por causa de sua orientação e direção a outrem, sendo assim “multiacentuadas”. Dentro dessa concepção Jean Paul Sartre (1905 – 1980) viu na obra literária, o resultado da ação do autor e do leitor, indicando como diria Roland Barthes (1915 – 1980) “a morte do autor” conforme retrata em seu ensaio ao expressar que o sentido do texto é liberado pelo leitor. Ainda sobre os estudos de audiências, obra de David Morley, referente a televisão, ao tratar da relação de poder entre os sexos, vai de encontro com estudos feministas realizados por Janice Radaway e Laura Mulvey, demonstrando o papel feminino partilhado de forma masoquista como espectadoras de programas criados para agradar a população masculina. (MATTELART; MATTELART, 2011).

Finalmente, o domínio da comunicação se dá, para Mattelart e Matelart (2011) a partir da **comunicação em termos de rede**. Compreendendo que essas definições ao buscarem compreender e relacionar o todo a partir de conexões e fluxos estruturados de comunicação, permitem que uma sociedade repleta de segregações possa ser vista a partir de um sentido de harmonia, permitindo que as exclusões se manifestem e se tornem legítimas por meio da comunicação. Nesse sentido, Everret Rogers (1931-2004) busca a partir de um modelo compreender a existência dos grupos e suas relações através de pontes, propondo que as tecnologias leves de comunicação favorecem esse modelo horizontal (MATTELART; MATTELART, 2011).

A **cibernética**, por outro lado, busca compreender a comunicação e a mente através de comparações com o computador, em uma hipótese cognitivista que levou a acreditar que seria possível criar uma inteligência artificial com as mesmas características da inteligência humana, compreendendo que essa organização se dá a partir de um sistema aberto em constante interação com o meio. Essa compreensão, porém é refutada pelos biólogos Humberto Maturana e Francisco Varela, que construíram sua compreensão a partir do sistema autopoietico e suas interações de rede, implicando em autonomia, circulação e autorreferência, compreensões relacionadas ao sistema fechado e circular.

O desenvolvimento dessa teoria se transformou em um rompimento com a ciência ocidental e o estudo da experiência humana, construindo caminhos para a compreensão do todo como um organismo vivo, sendo, exatamente, seu mérito: lembrar que as capacidades cognitivas se vinculam também ao corpo e não apenas ao cérebro (MATTELART; MATTELART, 2011; UHLMANN, 2002).

Ao longo dos anos, e a transformação mundial no sentido da globalização, o capitalismo invade, lentamente, e domina a ponto de se tornar a única perspectiva de cultura, desenvolvimento e democracia. Os fluxos de comércio e comunicação tendo o lucro como seu único objetivo, fortalecem a polarização e a hegemonia dos países mais desenvolvidos. Por outro lado, o surgimento de novas formas de comunicação a partir de organizações não governamentais, visando um futuro digno para a humanidade, desvalorizando o determinismo que tem no mercado o principal fator de regulação, permitindo surgir uma nova realidade no processo de mundialização (MATTELART; MATTELART, 2011). Atualmente, a crise do sistema capitalista acelerada pela pandemia do coronavírus coloca em cheque essa visão determinista, e um novo destino do capitalismo é disputado pelas diversas forças existentes (ROXO, 2020).

Ao fim da era industrial, a pós-modernidade apresenta uma cultura que busca abranger o todo, e acaba por se mostrar superficial, reinventando o que já está feito, sem novidades. O surgimento de um ambiente cada vez mais tecnológico não promove esclarecimento, educação ou consciência na sociedade, que a cada dia se torna mais caótica e complexa, se distanciando da emancipação. O movimento de unir e reconhecer o todo acaba por diluir o que existia, perdendo referências para a história, a realidade e a verdade. O mundo da comunicação explode sobre a pressão da multiplicidade de racionalidades locais, étnicas, sexuais e religiosas, sugerindo que a liberação das diversidades criasse, enfim, um novo ser humano (MATTELART; MATTELART, 2011).

Para Mattelart e Matellart (2011), a comunicação assume seu lugar como um parâmetro de excelência da evolução da humanidade, onde procura sentido para o seu futuro. Apesar da constante busca de utilidade na construção de novos saberes a respeito da comunicação, a crescente presença da tecnologia promove um controle cada vez mais contínuo e ilimitado, oferecendo uma liberdade democrática e política, onde a presença da vontade própria não deve sobrepujar o outro, tornando necessário o domínio da vontade e, assim, a **sociedade da informação** se torna, para ele, a “sociedade prometida” (MATTELART; MATTELART, 2011).

3.2 Conceitos fundamentais na comunicação

Apresentamos alguns conceitos de grande importância para a compreensão da CT, sendo considerados como base e pressupostos para a comunicação em enfermagem (STEFANELLI, 2012a).

Em sua obra “pragmática da comunicação humana” Watzlawick, Beavin e Jackson (1973) consideram, inicialmente, três grandes áreas para compreender a comunicação: a **sintaxe** que se refere à estrutura e a forma que a informação é transmitida, sendo exemplificada pelos canais que emitem e recebem a comunicação, ou com a interferência de um ruído, considerando os elementos emissores e receptores da comunicação (WATZLAWICK et al., 1973). A **semântica**, por sua vez, se refere ao conteúdo da informação, se referindo aos significados e símbolos, dessa forma, uma palavra pode ter diferentes significados, dependendo do contexto ou da vivência em que esteja inserida. A **pragmática**, finalmente, é a principal área em que a teoria da

comunicação se detém, e se refere ao comportamento provocado pela estrutura que emite e recebe a informação. Assim, para essa relação é dada uma grande importância, e ao comportamento que a partir da transferência de informação surge, por meio de um relacionamento.

Essa teoria possui algumas propriedades ou axiomas que passaremos a definir. A primeira delas é a **impossibilidade de não comunicar**. Refere-se ao fato de que mesmo o silêncio e a imobilidade são carregados de significados que provocam uma reação no outro, se tornando, assim, uma comunicação. Então, não existe o oposto de comunicação, ou seja, a “não comunicação”. Toda e qualquer atitude que emitimos, ou mesmo a ausência de atitudes, provoca no outro uma compreensão de mensagem e, por sua vez, uma reação, caracterizando, assim, a comunicação sempre presente (WATZLAWICK et al., 1973).

O axioma seguinte é a respeito do **aspecto relacional da comunicação**, sendo que para essa propriedade é necessário compreender que toda informação a ser transmitida necessita de uma forma, ou seja, uma ordem. Portanto, compreende-se que essa transmissão exige um compromisso de quem deseja passar a informação, assim como, da consciência do eu e do outro para que a mensagem seja processada e efetivada. Designada pelo autor como “Metacomunicação”, isto é, a comunicação feita se refere a própria comunicação, e de que forma as mensagens são transmitidas. Para a efetivação da mensagem, é preciso levar em consideração aspectos importantes referentes a linguagem, como a acentuação das palavras, o tom de voz, as expressões e até mesmo o contexto. Esses recursos devem ser utilizados para que a informação compreendida esteja de acordo com a intenção do locutor (WATZLAWICK et al., 1973).

Considera ainda como propriedade a **organização das seqüências de interação**, ou a organização de eventos, quando se torna possível pontuar quem inicia e quem responde ao evento, destacando que diferentes pontos de vista podem olhar o mesmo evento e oferecer diferentes seqüências. Utilizando a comunicação entre a enfermeira com o paciente, como exemplo, pontuamos a seguinte seqüência: o enfermeiro solicita informações sobre a dor do paciente, e responde como é sua dor; para o paciente esse fato pode ser pontuado de outra forma, quando ele considera que o interesse por sua dor ocorreu, porque ele apertou a campainha, solicitando o enfermeiro para atendê-lo. Entretanto, compreender a comunicação na forma de seqüências entre estímulo e

resposta, torna-se importante para organizá-la e compreendê-la (WATZLAWICK et al., 1973).

A comunicação **digital e analógica** é outro axioma importante a ser considerado. A comunicação analógica se refere a toda comunicação não verbal, abrangendo postura, gestos, expressão facial, inflexão de voz, sequência, ritmo, entre outros. E toda manifestação não verbal de que o organismo é capaz, em qualquer contexto, em que a interação ocorra, é muito anterior a qualquer tipo de comunicação humana, tornando-se mais concreta. A comunicação digital é um conceito mais abstrato, à medida que nomeia os objetos e ações, a palavra é utilizada para denominar algo, sendo essa relação entre nome e coisa, arbitrariamente, estabelecida. Da mesma forma, uma enfermeira que utiliza-se de uma linguagem muito técnica pode não se fazer entender pela palavra, mas utilizando gestos e expressões se faz entender, ou ainda quando se comunica com um paciente de origem estrangeira, sem utilizar o seu idioma (WATZLAWICK et al., 1973).

Finalmente, a **interação simétrica e complementar** descreve a relação entre os comunicantes do ponto de vista hierárquico, se é assim que podemos definir. A interação simétrica define a forma que como o nome sugere uma relação de **igualdade**, onde os parceiros tendem a refletir o comportamento um do outro, tornando-se uma relação mais equilibrada. Já a interação complementar demonstra uma concordância que pode ser estabelecida por um contexto social ou cultural, onde existe a **diferença**, como por exemplo, o caso de mãe e filho, ou professor e aluno, ou ainda entre enfermeira e paciente, descrito por um estilo, onde um dos parceiros se coloca em uma posição superior, primária ou “de cima”, enquanto o outro corresponde a uma posição inferior, secundária ou “debaixo” (WATZLAWICK et al., 1973).

Para a **Enfermagem Familiar**, essa teoria se faz de grande utilidade, visto o seu olhar para as relações, padrão de interação processual entre duas pessoas, baseado em suas percepções recíprocas (LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016; WRIGHT; LEAHEY, 2012). O pragmatismo da comunicação humana, assim como o interacionismo simbólico (apresentado em linhas gerais a seguir) forneceram elementos que também foram importantes para a comunicação em enfermagem e para o desenvolvimento da CT (STEFANELLI, 2012a), utilizada como referencial teórico.

Desenvolvido a partir de concepções teóricas de Georg Hebert Mead, seu principal inspirador, o **Interacionismo Simbólico** recebeu influência direta de Darwin, de

concepções behavioristas (preocupadas com a interação entre indivíduos e o ambiente) e pragmáticas, compreendendo a linguagem como um fenômeno inerentemente social (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Hebert Blumer, aluno e discípulo de Mead, foi um dos interacionistas que trouxe a tradição escrita dessa teoria, enquanto Mead trouxe a tradição oral (LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016). Três premissas direcionam sua contribuição. A primeira refere-se ao fato dos seres humanos se relacionarem com o mundo através de significados que representam os elementos de seu universo, podendo ser desde objetos físicos a sentimentos abstratos. A segunda premissa envolve a interação social onde esses elementos participam por meio da comunicação, ou seja, o significado não se encontra intrínseco no objeto, nem é apenas referente aos processos psíquicos que ele desperta, mas nasce dentro das interações sociais, de acordo com a ação que ele desperta nas outras pessoas. Finalmente, a terceira premissa se refere ao fato desses significados possuírem uma maleabilidade, podendo ser transformados e construídos à medida que essas relações entre o ser humano e os elementos se estabelecem, visto que o significado ocorre através do processo de interpretação, que acontece a partir de duas interações, fora e dentro de cada indivíduo, a partir de uma comunicação consigo mesmo (BLUMER, 1980).

Charon (2010) apresenta alguns conceitos que são de grande importância para a compreensão do interacionismo simbólico, e que relacionamos com conceitos básicos ou imagens raiz da sistematização analítica da sociedade e do comportamento humano de Blumer (1980). Entre eles, o principal e, a partir do qual os próximos se desenrolam, é o **símbolo**, ganhando importância à medida que de forma intencional representam o significado de objetos sociais, podendo ser de três categorias: físicos, sociais ou abstratos (BLUMER, 1980), sendo representados na forma de palavras, objetos ou ações humanas, participando, dessa forma, da comunicação interpessoal.

Outro conceito de grande importância o **self**, permite a interação com o objeto, e percebendo-se como objeto ao buscar se compreender no olhar do outro, nasce dessa forma o “eu” e o “mim”, onde o primeiro representa o sujeito de forma impulsiva e espontânea, e o segundo é construído a partir da interação com a **mente** e a compreensão do que dele é esperado, a atividade mental surge em forma de resposta, à medida que o indivíduo analisa, rotula e organiza, criando uma estrutura de interpretação dos objetos e seus significados (BLUMER, 1980; CHARON, 2010).

Por outro lado, é a **interação social** que permite a construção desses conceitos, o relacionamento entre os diversos indivíduos, o fato de nos tornarmos objetos sociais para o outro. Os símbolos surgem, se constroem, se transformam dentro da interação, e, da mesma forma, se tornam para ela necessários, à medida que por meio deles a comunicação suceda (CHARON, 2010; LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016). Dentro desse conceito, a **sociedade** integra todos os conceitos apresentados ao auxiliar na compreensão da natureza do ser humano e sua forma de organizar-se, sendo tanto o ponto de partida como o de chegada e o palco onde a interação ocorre (BLUMER, 1980; CHARON, 2010).

3.3 Comunicação Terapêutica

Competência onde o conhecimento sobre a comunicação é utilizado no cuidado do outro, auxiliando-o a descobrir suas formas de solucionar conflitos, reconhecendo suas limitações pessoais e fortalecendo sua autonomia, a CT utiliza-se de recursos que interferem de forma benéfica no processo de comunicação (STEFANELLI, 2012a). Fundamenta-se em várias teorias da comunicação, com destaque para as teorias interpessoais aplicadas à saúde. A teoria das relações interpessoais na enfermagem é, especialmente, importante, pois valoriza o relacionamento entre enfermeiro e paciente no planejamento do cuidado e nos diversos papéis que o enfermeiro representa durante o cuidado, como, por exemplo, no primeiro contato com o paciente, ou ainda oferecendo orientações, agindo com liderança, aconselhando, entre outros (PEPLAU, 1991).

Jurgen Ruech afirma que essa comunicação tem a capacidade de produzir um efeito terapêutico, podendo ser utilizada por qualquer pessoa que possua conhecimento a respeito e a forma de utilizá-lo a favor de alguém. Assim, o intercâmbio assume um caráter curativo, unido à percepção de que a outra pessoa tenha disposição e boa vontade para compreender, reconhecer e responder. O terapeuta ao exercer essa forma de terapia, procura capacitar o paciente para que realize uma comunicação mais efetiva, que permita o seu crescimento e desenvolvimento como pessoa (RUESCH, 1973).

Da mesma forma, o enfermeiro que busca realizar uma CT age de forma **empática**, se colocando no lugar do outro, procurando compreender seus sentimentos, e comunicando os sentimentos que percebe ao outro. O seu envolvimento deve existir de forma que não prejudique os resultados da assistência planejada. Ao mesmo tempo a **confiança** é um sentimento que deve permear essa relação, estando presentes, também,

através do **respeito**, da honestidade. O enfermeiro deve acreditar na dignidade e no valor do outro, independente do seu comportamento não julgando, mas colocando limites quando necessário (STEFANELLI, 2012a).

Relacionando-se a empatia, a ausência de **julgamento**, reconhecendo as necessidades do outro como legítimas e evitando rotular, emprestando à necessidade sua característica humana, de experiência que deve ser valorizada e reconhecida (TRAVELBEE, 1969). Ainda neste sentido e se relacionando ao **respeito**, Travelbee (1969) destaca a importância de reconhecer a própria individualidade, o ser único que somos, com habilidades e limites que possuímos, respeitar-se, inicialmente, é necessário para, então, transcender e respeitar o outro, reconhecendo no outro, sua individualidade, seus limites, suas habilidades, e, então, agir com compaixão. Nesse sentido, a aptidão para amar como uma atitude relacionada à saúde mental, valoriza a capacidade de amar-se para, então, amar o outro, mesmo quando não é possível aprovar todos os seus atos. A enfermeira de igual forma, quando reconhece no outro, sua individualidade e colocando-se em seu lugar, oferece o cuidado através da comunicação, ou seja, age com amor em relação ao outro (PAROLA et al., 2020).

A CT eficiente deve possuir características de flexibilidade, eficiência, propriedade e resposta. A **flexibilidade** significa que o enfermeiro percebe as mudanças e reações do outro, mudando suas atitudes sem, no entanto perder o foco da assistência que deseja realizar, nesse sentido, a comunicação deve acontecer de forma espontânea, e a resposta deve ser adequada, buscando sempre oferecer benefícios (RUESCH, 1973; STEFANELLI, 2012a). A capacidade de enfrentar a realidade é outra atitude relacionada à saúde mental pois torna-se necessário avaliar o ocorrido e agir de maneira adequada a cada situação, evitando repetir padrões de comportamento, sem levar em conta as características que tornam cada momento único, solicitando uma ação singular do enfermeiro como enfrentamento (TRAVELBEE, 1969).

Já a **eficiência** existe quando as mensagens são enviadas com clareza e simplicidade, sendo compreendidas pelo outro na sua totalidade. A **propriedade** ocorre quando a mensagem é oferecida no momento certo, tornando-se relevante para a situação. O enfermeiro encontra-se atento ao momento presente, evocando o passado apenas se contribuir para elucidar o momento atual (RUESCH, 1973; STEFANELLI, 2012a). A **resposta** é o efeito gerado pela mensagem, a enfermeira deverá estar atenta e realizar

possíveis correções, se necessárias, à mensagem original (RUESCH, 1973; STEFANELLI, 2012a).

Em uma relação terapêutica, a enfermeira procura compreender as ideias, experiências e sentimentos do paciente, percebe suas forças e dificuldades, buscando fortalecê-lo. Utiliza-se de suas habilidades de comunicação e os seus conhecimentos sobre o comportamento humano. Em conjunto, então, identificam necessidades e metas, que, periodicamente, reavaliam, buscando compreender onde houve avanço. Dessa forma, o relacionamento é focado em seus problemas e necessidades (VARCAROLIS, 2002). Peplau (1991) também destaca, em sua teoria, o processo interpessoal como um reconhecimento de necessidades e a busca da autonomia na resolução dos problemas, o que é possível observar nas diversas fases de sua teoria, onde na orientação surge a percepção dessa necessidade e a busca por auxílio, na identificação, o outro expressa o interesse de mudança, tornando-se o primeiro passo em direção à autonomia, durante a fase de exploração aparece o conflito entre a dependência e a independência, finalmente na solução, percebendo suas necessidades atendidas ocorre a liberação gradual da identificação com a pessoa que proporcionou ajuda.

Nesta pesquisa, a CT de interesse é aquela realizada para com os **familiares** da criança, mais, diretamente, seus pais. Essas necessidades refletem no sistema familiar do qual a criança faz parte, ao mesmo tempo em que o sofrimento da criança e sua situação de doença refletem, diretamente, na família e suas necessidades.

3.3.1 A comunicação terapêutica como um processo

Se descrevermos o passo a passo de uma CT, considerando-a como um processo composto por elementos dentro da relação enfermeiro e paciente (ou família), devemos lembrar que vários desses elementos se relacionam à enfermeira, mas também ao paciente. O conhecimento é quem orienta as atitudes do enfermeiro, e permite que ele faça relações entre o que vive e conceitos teóricos que, por ventura, possam ser empregados, compreendendo meios e métodos para chegar a um objetivo (TRAVELBEE, 1969).

A **observação** é primeiro e talvez mais importante passo, pois é dela que surgem a interpretação e a ação da enfermeira. Compreende-se por observar o ato de entrar em contato com a informação, seja através da visão, da audição, do olfato, ou qualquer sentido que torne perceptível essa informação que se deseja captar. Para não se perder na

observação, ter em vista um objetivo é primordial. Reconhecer necessidades e problemas, e colher dados para auxiliar, outros profissionais no desempenho de suas funções, visto que a enfermagem é profissão, que em conjunto com outras áreas busca reestabelecer a saúde, sendo a meta a seguir.

Para que se torne possível observar, estar atento ao outro, antes de tudo é necessário dedicar um tempo, e, assim, possa estar atento e observar, além da fisionomia, os gestos e as expressões. É importante compreender que deve observar o todo, significando além do indivíduo, buscando apreender seu contexto, tornando possível compreender uma pessoa. Outro aspecto importante da observação é o valor de cada informação. É preciso “ver com olhos novos”, considerando que cada evento é, necessariamente, diferente por mais que já o tenha visto em outra situação, a diferença principal está em que cada ser é único, e cada experiência, cada gesto ou expressão, têm seu valor próprio (TRAVELBEE, 1969).

Interpretar a mensagem recebida é o passo que se segue na execução desse processo, e significa em dar uma explicação para as informações recolhidas. Para que a transmissão da mensagem aconteça, é necessário utilizar o conhecimento empírico e teórico que se possui, construindo hipóteses que possam ser validadas. Nesse sentido, a interpretação caminha, paralelamente, ao conhecimento que se possui e a relação que se estabelece entre ele e a informação, podendo, dessa forma, ser classificada em níveis de interpretação (TRAVELBEE, 1969).

Travelbee (1969) classifica da seguinte forma os níveis de interpretação: o primeiro nível compreendido como “Assunción” é aquele que ao interpretar as informações lhe oferecendo um significado, a verdade é estabelecida sem que haja uma análise crítica, e que coloca a pessoa que interpreta na defensiva, pois a verdade pertence a ela. O segundo nível compreendido como “Opnión” a interpretação ocorre com base em um conhecimento de experiência pessoal, crenças anteriores que são relacionadas a informação recolhida para criar um significado, o intérprete ainda se coloca na defensiva, mas já se encontra em um nível mais alto do que o anterior. O terceiro nível “Suposición”, diferente dos dois anteriores, o intérprete se coloca como quem busca a verdade, considerando sua interpretação como provisória, utiliza seus conhecimentos e sua experiência de vida para direcionar a busca da verdade, sem se fechar para diferentes resultados. Finalmente, o nível de “Hipótesis” é considerado o mais alto, busca através de um conhecimento teórico, relacionado também com sua experiência anterior,

possibilidades de trabalho, analisando sempre novos dados e novas relações. Faz parte dessa etapa comprovar as interpretações, devolvendo ao outro, sua compreensão para que ela seja validada (TRAVELBEE, 1969).

A próxima etapa desse processo consiste na **tomada de decisões** e na **ação**, apesar de ambas se encontrarem, profundamente, entrelaçadas, a qualidade da decisão remete a diversos fatores, tais como o conteúdo apreendido através do nível de interpretação utilizado e a capacidade comprová-lo como verdadeiro. A escolha de um caminho a seguir, exige que a enfermeira, dentre várias alternativas de ação, opte por uma mais adequada naquele momento, exigindo dessa flexibilidade, ao se colocar entre sua bagagem teórica, imaginação e sua criatividade. Apesar da importância de realizar trocas com profissionais mais experientes nesse momento, muitas vezes, esse processo acontece ao longo da relação, solicitando da enfermeira uma prontidão. Uma consciência do momento se faz importante, e qualquer nível de ansiedade do profissional, que possa interferir no processo, pede distanciamento para refletir. Finalmente, agir consiste em colocar em prática o que foi deliberado. A ação pode ser, simplesmente, uma resposta através de uma comunicação verbal ou não verbal, como também um forma de conduzir a conversa durante o momento de interação com o paciente (TRAVELBEE, 1969).

A última etapa é a **avaliação** das ações, ela acontece de forma contínua durante a relação entre a enfermeira e o paciente, e permite direcionar e redirecionar as ações de acordo com as respostas recebidas, e à medida que o objetivo é atingido (TRAVELBEE, 1969).

É importante compreender que durante esse processo é necessário manter algumas características para que a comunicação aconteça de maneira terapêutica. É necessário que exista um comprometimento emocional por parte da enfermeira, um real interesse, reconhecendo no outro um ser humano único. Apesar de acreditar-se que comprometer-se, emocionalmente, com o paciente resulta em uma relação não profissional, para Travelbee (1969) comprometer-se, sentindo felicidade com as conquistas do paciente, ou com ele sofrer, sem que, no entanto se torne inábil para exercer o cuidado é qualidade humana que não deve ser omitida na forma de relacionar-se com o outro, mesmo de forma profissional. Aprender a comprometer-se em um nível maduro, onde a qualidade profissional é mantida e ambos são reconhecidos como seres humanos e relacionar-se, crescem em sua humanidade (TRAVELBEE, 1969).

A respeito do julgamento, considerando a necessidade de não julgar, e aceitar o outro tal como ele é, necessitamos reconhecer que nem sempre as atitudes do outro nos afetam de forma que a aceitação ocorra. Em determinadas situações, onde a atitude do outro é agressiva, ou entra em choque com as crenças da enfermeira, é natural que ela sinta uma certa aversão pelo comportamento do outro. Entretanto, é necessário que, reconhecendo seus sentimentos, ela busque uma ação que não reflita de forma negativa em seu compromisso no cuidado do paciente. Evitar o julgamento significa evitar juízos morais sobre o outro, ou dizendo de outra forma, evitar que os juízos sobre a conduta do paciente interfiram em sua forma de exercer o cuidado (TRAVELBEE, 1969). Esse comportamento do enfermeiro traz ao outro um espaço para se expressar sem medo, assumindo suas reais necessidades sem culpa (RUESCH, 1973).

Finalmente, a CT deve caminhar no sentido de transformar, promover mudança de comportamento em ambos, o paciente e a enfermeira através do processo interativo; enfrentar a realidade e reconhecer soluções práticas deve ser o resultado dessa transformação para o paciente, enquanto para a enfermeira essa interação promove um crescimento como ser humano, permitindo um autoconhecimento e que ela desenvolva a habilidade de controlar e transformar seu comportamento (TRAVELBEE, 1969).

3.4 A Família como quem participa da relação

Em seu livro *Comunicação Terapêutica* Ruesch (1973) descreve como a família, sistema no qual o paciente está inserido, deve ser reconhecida, valorizada e, igualmente, participar do tratamento, na qual a CT é o instrumento de transformação do conjunto onde o paciente vive. Do ponto de vista da enfermagem familiar, o conceito de sistema valoriza o contexto em que o paciente está inserido, ações que promovem o cuidado, considerando a interação entre os membros familiares elevam a prestação de serviços de saúde a um nível familiar e interacional (WRIGHT; LEAHEY, 2012). A família, definida como pessoas que unidas por laços de partilha e proximidade emocional, assim, se identificam (FRIEDMAN, M. M.; BOWDEN, V.R.; JONES, 2003), é fator importante na manutenção ou desequilíbrio do estado de saúde e bem-estar dos indivíduos que a constituem (KAAKINEN et al., 2018).

Especialmente, para a criança em desenvolvimento, o sistema familiar traz uma relevância que não pode ser descartada. Caracterizado pela aquisição de habilidades

motoras, cognitivas, psicossociais e linguísticas que permitem a realização de atividades cada vez mais complexas no desempenho de um papel social, ocorre após uma sucessão de eventos, progredindo, lentamente, como resultado de interações entre a herança genética, aspectos biológicos e a influência do meio que cerca a criança (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A família, considerada como protagonista tanto na promoção do desenvolvimento infantil como na identificação de alterações, é com quem a criança passa a maior parte de seu tempo, e através de interações que ocorrem, o estímulo acontece, permitindo que ela adquira cada vez mais habilidades que impactarão no seu desenvolvimento (SANTOS et al., 2021; WANG et al., 2020). Os diversos fatores relacionados à família, como renda, nível socioeconômico, escolaridade dos pais (BORGES et al., 2020) e ainda o ambiente oferecido e os materiais utilizados para estimular como livros e brinquedos próprios (WANG et al., 2020), promovem grande impacto, demonstrando a necessidade de ampliar o olhar para o sistema familiar, considerando a relevância do seu papel na promoção de um desenvolvimento adequado (NETO et al., 2020; YAKUWA; NEILL; MELLO, 2018).

Além de um período de desenvolvimento, é na infância que, muitas vezes, o adoecimento se faz presente, devido a características inerentes à fragilidade infantil e fatores relacionados ao meio em que se desenvolve (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, 2017; MACEDO et al., 2019). Atualmente, o adoecimento para a população, em geral, refletindo na infância, se relaciona tanto a doenças transmissíveis, como também de forma cada vez mais frequente às doenças crônicas, o que se relaciona ao aumento da expectativa de vida saudável da população, da mesma forma situações de violências e acidentes têm se tornado cada vez mais prevalentes (DE SOUZA et al., 2018). Para a família, alterações da saúde da criança provocam sentimentos de incerteza, medo e insegurança que levam a necessidade de adaptação familiar e reorganização para o enfrentamento dessa situação (SOUZA et al., 2019; MIRANDA et al., 2020).

De forma mais intensa, essas transformações abalam a família em situações de doenças crônicas, onde a família se faz suporte, sendo percebida pela criança como um porto seguro (AGUIAR et al., 2021), demonstrando que a situação de adoecimento de um membro familiar promove uma desacomodação do sistema, que buscando, novamente, o equilíbrio, mobiliza-se em direção da busca de saúde (SANTIAGO; GALEANO; BLANDÓN, 2018; WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Quando se tornam de extrema gravidade as transformações, expondo a criança ao risco de morte, e resultando em internação em unidade de terapia intensiva, torna-se para a família um momento de grande incerteza, provocando tensões, além de um desgaste físico e mental ao buscar equilibrar as experiências familiares com a internação da criança (DAVIES et al., 2016; DOS ANJOS et al., 2019). Desejando compreender melhor o que se passa com a criança (BÉRANGER et al., 2018), e necessitando receber o acolhimento da equipe de saúde nesse momento difícil (BUTLER; COPNELL; HALL, 2019), a família se aproxima da equipe de saúde.

A relação entre família e equipe de saúde é permeada por facilitadores como a comunicação com os profissionais e a proximidade da equipe de enfermagem, mas também por barreiras expressas, principalmente, diante da incerteza do prognóstico da criança (GANZ, 2019). A equipe procura oferecer informações em linguagem acessível à família (PATEL et al., 2018), além de exercer a compaixão, no cuidado emocional ao buscar compreender e acolher seus sentimentos (YOO; LIM; SHIM, 2020). É dessa forma que a comunicação torna-se instrumento, e permite a interação entre a equipe de saúde e a família em um movimento circular, recíproco na forma de processo que buscamos sistematizar a partir da importância do uso da CT como instrumento de cuidado para atender as necessidades da família.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva e de campo. Emergente das ciências Sociais tem sido utilizada de forma intensa em pesquisas de enfermagem, permitindo compreender o objeto de pesquisa (SASSO et al., 2018), A escolha dessa metodologia reflete o desejo de compreender de forma profunda como a comunicação se dá entre a enfermeira e a família no ambiente da unidade de terapia intensiva infantil e neonatal, fenômeno que é o objeto de estudo escolhido. Este gênero de pesquisa ocorre em um universo de significados, no qual busca compreender fenômenos que ocorrem a partir do que o ser humano produz, no mundo das relações, representações e da intencionalidade (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015).

Seguindo os preceitos éticos, a pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (anexo1), em cumprimento à Resolução 510/2016 proposta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. Os enfermeiros foram convidados a participar, após solicitar o consentimento espontâneo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo2) de acordo com a referida resolução.

4.1 Preceitos éticos:

Respeitando os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas, envolvendo seres humanos, foi submetida ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de São Carlos de acordo com o parecer nº 3.318.922 (anexo 1).

Para quatro dos participantes que realizaram a entrevista de forma presencial, foram informados a respeito dos objetivos, e como a pesquisa seria realizada, sendo oferecidas informações referentes aos aspectos éticos da pesquisa, sua gravação e transcrição, esclarecendo a respeito do sigilo e anonimato de sua participação. Após o aceite da participação, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (anexo 2), os demais (16 realizaram a pesquisa de forma remota) realizaram o processo da assinatura a partir de um documento construído por meio do *Google forms* (anexo 3) onde o participante assinalava se estava ou não de acordo em participar da pesquisa. Os participantes não receberam remuneração para a participação da pesquisa,

assim como não foi cobrado nenhum valor em dinheiro. Foi oferecido ao participante, o direito de desistir da pesquisa, mesmo após ter assinado seu consentimento. A respeito das entrevistas, todas as mídias foram gravadas em CD e permanecem aos cuidados da pesquisadora e da orientadora, conforme pactuado em Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

4.2 Participantes da pesquisa:

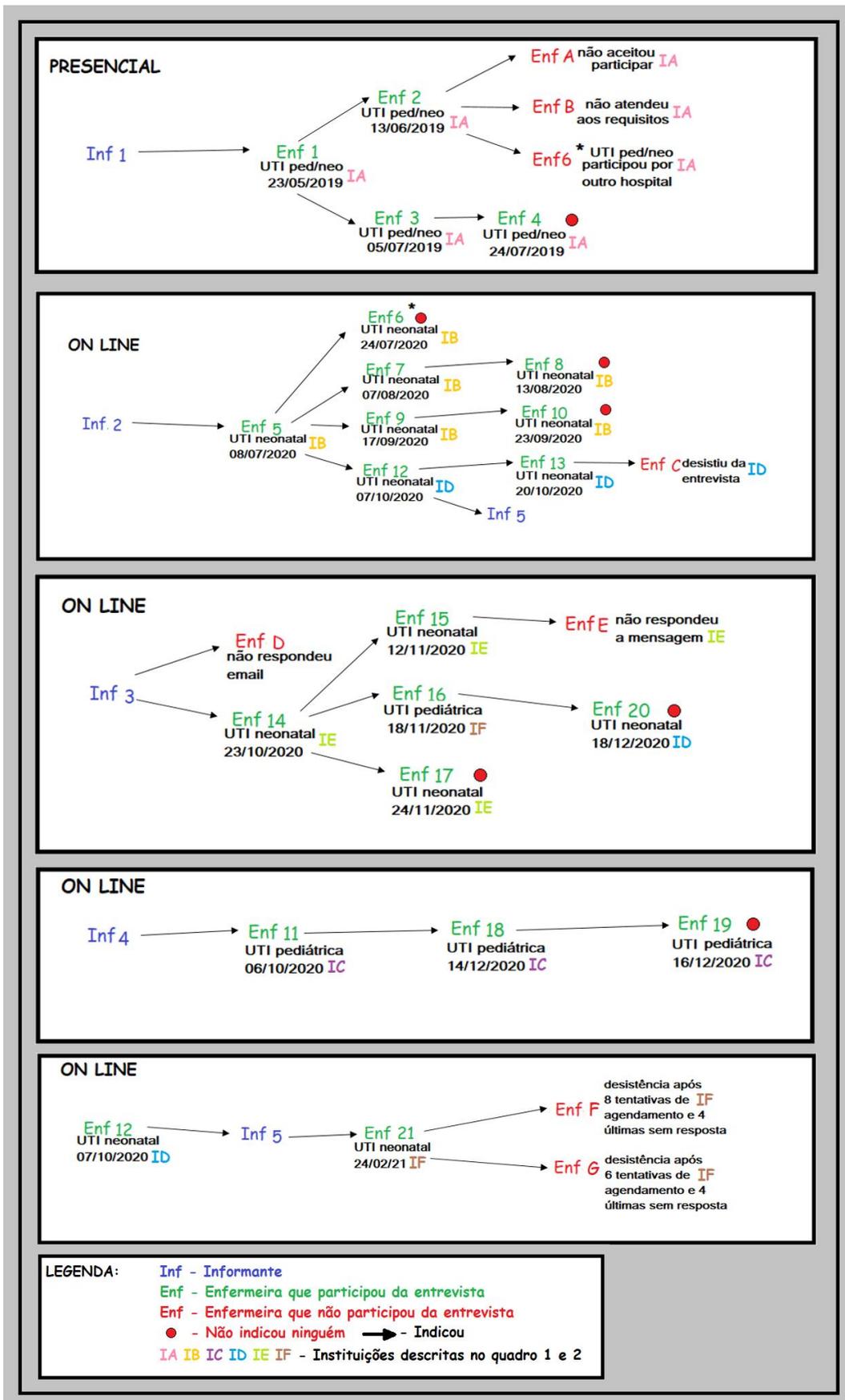
O estudo se deu com enfermeiros trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e/ou Neonatal (UTIP/N) de cidades do interior do estado de São Paulo. A técnica de captação da amostragem utilizada foi por bola de neve ou *snowball sampling*, forma de amostra não probabilística, utiliza cadeia de referência, oferecendo diversos benefícios para problemas de pesquisa específicos, onde apesar da não possibilidade de determinar a probabilidade de seleção de cada participante de pesquisa, é de muita utilidade para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (VINUTO; VINUTO, 2014).

Os critérios de inclusão foram enfermeiros que exerciam sua função na assistência direta em UTIP/N há pelo menos 6 meses; e os critérios de exclusão foram enfermeiros exclusivos da área administrativa em UTIP/N ou ainda enfermeiros assistenciais de outras unidades.

A escolha dessa forma de amostragem se deu pelo fato da pesquisadora conhecer informantes de diferentes instituições que poderiam de forma mais rápida indicar novos integrantes para participar do estudo, evitando, assim, a necessidade de documentação através de instituições o que causaria uma demora desnecessária para o início da coleta de dados.

A construção da amostragem de dados (Figura 2) se deu a partir do primeiro informante (Inf1) que indicou a primeira enfermeira (Enf1) que correspondia aos critérios de inclusão. Realizada a entrevista solicitou-se novas indicações. Duas enfermeiras (Enf2, Enf3) foram indicadas, e correspondendo aos critérios, indicaram cada uma mais três e uma, respectivamente. Dessas quatro indicações, apenas uma (Enf 4) foi entrevistada, as demais por motivos diversos descritos na figura não participaram, totalizando quatro entrevistas desde a da primeira informante. A partir disso foi feita a qualificação.

Figura 2 – Construção da amostragem de dados



Fonte: Construída a partir de resultados da pesquisa da própria autora (2020,2021)

Em seguida, não conseguindo mais nenhum entrevistado dessa UTI Pediátrica e Neonatal desta instituição filantrópica (IA), a pesquisadora buscou novo informante.

O segundo informante (Inf2) indicou a quinta enfermeira para entrevista, que preenchendo os critérios de inclusão realizou nova indicação de enfermeiro (Enf5), resultando em seis entrevistas realizadas na mesma UTI neonatal de uma instituição particular (IB). Finalizando com os enfermeiros dessa instituição, totalizou-se dez entrevistas (E1 – E10).

Desejando o contato com novas realidades, a pesquisadora a partir de dois novos informantes (Inf 3 e Inf 4) e uma enfermeira entrevistada (Enf 5) conseguiu o contato com três diferentes instituições de outras cidades no interior de São Paulo, sendo uma UTI neonatal de um hospital particular (ID), outra uma UTI neonatal de um hospital filantrópico (IE), e a terceira uma UTI pediátrica de um hospital universitário (IC). Um dos entrevistados ainda indicou uma entrevista de uma quarta instituição diferente: outro Hospital Universitário (IF). A partir dessas indicações surgiram nove enfermeiros dos quais seis (Enf 12 – Enf 17) foram entrevistados e três (Enf C, Enf D, Enf E) por motivos diversos não participaram, totalizando desde a primeira 17 entrevistas de seis instituições diferentes (IA, IB, IC, ID, IE e IF).

A análise demonstrou que a pergunta inicial e da pesquisa havia sido respondida, os objetivos atendidos, não surgindo novas informações que pudessem acrescentar no quadro de análise, indicando saturação da amostra (VINUTO; VINUTO, 2014).

Entretanto, desejando uma maior uniformidade entre o número de participantes de cada instituição, optou-se por buscar totalizar três entrevistas nas instituições IC, ID, e IF. Solicitando novas indicações entre as entrevistas realizadas, foi possível completar o número para as instituições IC e ID. Para a instituição F depois de muitas buscas foi indicado um novo informante (Inf 5) por um dos entrevistados, que indicou uma enfermeira (Enf 21) que pertencia a instituição F, entretanto era da UTI Neonatal, esta, por sua vez, indicou duas outras enfermeiras da UTI pediátrica (Enf F e Enf G) da mesma instituição. Após quatro tentativas sem sucesso, optou-se por entrevistar a enfermeira da UTI neonatal (Enf 21), totalizando, então, duas entrevistas da instituição F de diferentes unidades. Dessa forma, a amostra de dados totalizou em 21 entrevistas. Não observando prejuízo para o resultado devido duas entrevistas (Enf 16 e Enf 21) dessa instituição (IF), optou-se por finalizar a coleta de dados.

A escolha dessa amostragem também se deu em consonância com a metodologia escolhida, a **Descrição Interpretativa**, pois foi selecionada de maneira intencional, escolhendo indivíduos que tenham vivenciado o fenômeno a ser estudado, o que permite que a descrição interpretativa reflita as diversas excentricidades e semelhanças daqueles que experimentaram o fenômeno. Outra orientação desse método é que a amostra não seja limitada e, sim, que seja definida à medida que os dados são coletados e analisados, para o melhor conhecimento daquele fenômeno (THORNE; KIRKHAM; MACDONALD-EMES, 1997).

A **coleta de dados** se deu a partir da **entrevista semiestruturada**, modalidade de entrevista que combina perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender a indagação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2015), com o objetivo de compreender como a comunicação entre a enfermeira e as famílias ocorre pela perspectiva da enfermeira, em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal.

As primeiras quatro entrevistas ocorreram antes da pandemia do COVID-19, sendo possível realizar de forma presencial, os enfermeiros foram convidados, pessoalmente, a participar. Foi estabelecido um local e horário para a entrevista de acordo com a disponibilidade do entrevistado, as quais o entrevistador procurou se adaptar. As entrevistas aconteceram na residência do entrevistado ou, em outro local, onde ele compreendesse ser o mais adequado. A vida cotidiana do entrevistado, em alguns momentos, dificultou o agendamento, como aconteceu com a entrevistada “Enf6”, que por estar com bebê recém-nascido, recusou a primeira possibilidade de entrevista, mas em um segundo momento, convidada a realizar a entrevista on-line relatou a maior facilidade para participar da mesma.

As entrevistas seguintes foram realizadas de forma remota, a partir da ferramenta Skype, que através de um *link* era encaminhado para os participantes. Estes foram convidados, principalmente, através de mensagens, sendo apenas um por e-mail. A opção pela ferramenta se deu pela necessidade de observar a feição do entrevistado, permitindo, assim, utilizar a comunicação não verbal, e uma melhor interação entre entrevistado e entrevistador, proporcionando, muitas vezes, um momento terapêutico ao relatar vivências do dia a dia e sentir-se valorizados pela contribuição que ofereciam para a pesquisa, o que foi relatado por muitos, e permitiu pactuar novas indicações para entrevistas. A dificuldade de se comunicar, pessoalmente, com os próximos entrevistados,

fez com que a pesquisadora solicitasse ao entrevistado que convidasse, pessoalmente, o próximo, o que era feito de forma a valorizar a experiência anterior, percebida como agradável pelos entrevistados. Dessa forma, houve poucas negativas a partir dessa metodologia aplicada.

Os enfermeiros foram instigados a discorrer sobre sua compreensão e experiência em relação a comunicar-se com os familiares, utilizando conhecimentos sobre comunicação terapêutica, inicialmente, a partir da seguinte questão norteadora: “O que para você é comunicação terapêutica?” E, a seguir: “Me conte como você a utiliza ao se comunicar com as famílias das crianças em seu trabalho”. A partir das respostas dadas às questões, outras eram formuladas, tendo como referência as respostas anteriores dos entrevistados e os objetivos a serem alcançados, assim como após cada análise de entrevista e a partir de sua relação com a fundamentação teórica, foram observados conteúdos relevantes que necessitavam ser explorados, o que ocorreu sempre na entrevista seguinte, buscando aprofundar cada vez mais o conteúdo.

Como método, utilizou-se a **Descrição Interpretativa**, que caracteriza-se por um desenho qualitativo derivada da filosofia e da ciência da enfermagem, utiliza-se de adaptações metodológicas rigorosas e confiáveis que refletem a singularidade da enfermagem e seus fundamentos, a compreensão do fenômeno em sua intimidade, como só o enfermeiro pode fazê-lo, refletindo na construção de um conhecimento sólido e com utilidade para a aplicação (THORNE; KIRKHAM; MACDONALD-EMES, 1997).

A **análise dos dados** aconteceu de forma paralela, à medida que as entrevistas eram realizadas, de forma indutiva, evitando análises pré-determinadas, de unidades, excessivamente, pequenas tais como palavras ou frases. O primeiro olhar do pesquisador se deu para o todo, antes da codificação, classificação ou de criar ligações. Inicialmente, a imersão repetida, sempre alternando entre períodos de imersão no campo através de entrevistas e períodos de imersão nos dados por meio de diversas leituras, permitindo, assim, uma melhor compreensão do todo, no esforço de contextualizar, sintetizar e teorizar os dados. Observando a semelhança entre os dados obtidos e buscando compreendê-los de forma independente, separando por categorias, mas também retornando a entrevista em um movimento de “vai e vem” como olhar para o todo e para as categorias que emergiam, tornou-se possível estruturar grupos que foram organizados em temas e categorias, auxiliando na compreensão do todo e na codificação das unidades de análise, estimulando estruturas analíticas mais coerentes para uma descrição interpretativa e

menos para uma classificação, arquivamento e combinação de pequenas unidades de dados (THORNE; KIRKHAM; MACDONALD-EMES, 1997).

As primeiras impressões de cada entrevista foram anotadas, em seguida, de sua finalização, e após a leitura das entrevistas escritas, novos detalhes foram considerados a respeito da compreensão do todo, permitindo, assim, uma interpretação do contexto em que o fenômeno ocorreu na descrição interpretativa (THORNE; KIRKHAM; MACDONALD-EMES, 1997).

Conceitos que foram emergindo de cada análise de dados foram, sendo de forma sutil, levados a cada entrevista posterior, buscando, assim, compreender a importância do fenômeno. Para exemplificar, as entrevistas, que ocorreram de forma semiestruturada, as primeiras questões, foram, inicialmente, guiadas a partir do tempo de relação com os familiares, assim a entrevistadora solicitava que o entrevistado descrevesse os diversos momentos desde a internação, o cotidiano, e os momentos difíceis como falecimento e oferta de notícias difíceis.

À medida que outros temas surgiam, como a importância da verdade ser dita aos familiares, eram explorados de forma a não induzir a resposta, como por exemplo: “Me conte como as notícias mais difíceis são oferecidas...”. Nesse momento, outros temas emergiam como importantes, como por exemplo, *Humanizando o momento difícil*. Essa forma de conduzir a entrevista, como exemplificado, permitiu novas formulações e levou a um maior refinamento, fundamentando os conceitos e dados representativos, como o método da **Descrição Interpretativa** orienta, com a finalidade de desenvolver conhecimento de enfermagem a partir de análise rigorosa, representando uma base para a formação de conhecimento(THORNE; KIRKHAM; MACDONALD-EMES, 1997).

5 Resultados:

Participaram da coleta de dados 20 enfermeiras e um enfermeiro de seis instituições diferentes (quadro 1). A média do tempo de formação foi de 6 anos, variando entre 20 anos e 2 anos, quanto à pós-graduação, todos possuíam *Lato Sensu*, sendo a maioria especialização em UTI Pediátrica e/ou Neonatal, apenas duas possuíam pós-graduação *Stricto Sensu* (mestrado). Quanto à função, apenas uma das enfermeiras era responsável pela unidade (exercia funções assistenciais), e o restante era assistencial, trabalhando na unidade, em média de 5 anos, variando entre 7 meses e 20 anos. A carga horária variou entre 6hs e 12/36, na sua maioria, variando entre diurno e noturno sem prevalência. Como apenas um dos profissionais entrevistados era do sexo masculino, utilizaremos o termo “enfermeira” para designar todos esses profissionais.

Quanto às instituições (quadro 2), foram seis, sendo duas filantrópicas, duas particulares e duas universitárias, o número de leitos variou de 7 a 24, sendo que a maioria possuía dez leitos, quanto à organização, possuíam enfermeiras supervisoras e assistências, em média um técnico de enfermagem para cada dois leitos, e médicos plantonistas. Quatro das instituições possuíam plano multiterapêutico. Referente à planta física, as unidades variaram entre um salão grande sem separação entre os leitos, separados por biombos, ou ainda alguns separados por quartos. A inserção da família no ambiente acontecia através de visitas diárias ou ainda através da permanência de um ou dois acompanhantes com a visita periódica de avós e irmãos anterior à pandemia por COVID 19. A maior parte das entrevistas aconteceram ao longo da pandemia, e a inserção da família ocorria de forma reduzida a visitas diárias ou apenas a permanência de um acompanhante de acordo com a instituição.

A partir das entrevistas e suas análises foram organizados dois temas com categorias e subcategorias (quadro 3) referentes à compreensão do tema CT, e sua utilização. Abaixo cada tema, categoria e subcategoria são descritos, detalhadamente. A palavra “criança” será utilizada tanto para denominar indivíduos internados na unidade de terapia intensiva pediátrica como da neonatal, visto que segundo a enciclopédia KOOGAN/HOUAISS, por “criança” compreende-se o indivíduo da espécie humana na infância, na qual por infância define-se o período da vida humana desde o nascimento até cerca de 12 anos (KOOGAN, 2000).

Quadro 1- Enfermeiros entrevistados

Enfermeira(o)	Tempo de formação	Pós graduação	Função no setor	Tempo nesta função	CH e turno de trabalho
E1	20 anos	UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Docência, Acesso Vascular e MBA Gestão	Enfermeira Responsável	20 anos	8hs diurno (D)
E2	10 anos	Docência, Ginecologia e Obstetrícia, UTI Neonatal	Enf. Ass. folguista	2 anos	12/36 (D/N)
E3	5 anos	Aprimoramento em Neonatologia	Enf. Ass. folguista	4 anos	12/36 D/N
E4	3 anos	Aprimoramento em Neonatologia	Enfermeira Assistencial	2 anos	12/36 noturno (N)
E5	9 anos	Neonatologia e Mestrado	Enfermeira Assistencial	9 anos	12/36 D
E6	3 anos	Enfermagem Pediátrica e Neonatal	Enfermeira Assistencial folguista	2 anos 6m.	12/36 D/N
E7	7 anos	UTI Neonatal e Pediátrica, Gestão de Qualidade	Enfermeira Assistencial	7 anos	12/36 N
E8	13 anos	Urgência e Emergência e UTI Adulto	Enfermeira Assistencial folguista	1 ano	12/36 D
E9	16 anos	Urgência e Emergência, Saúde do Trabalhador e Auditoria	Enfermeira Assistencial	3 anos	12/36 N
E10	7 anos	UTI Neonatal e Pediátrica, Gestão e Docência	Enfermeira Assistencial	7 anos	12/36 D
E11	10 anos	Residência Multiprofissional em UTI Neonatal, Mestrado	Enfermeira Assistencial	10 anos	12/36 6hs ou 24hs
E18	5 anos	Neonatologia e Obstetrícia	Enfermeira Assistencial	7 meses	12/36 ou 6hs
E19	24 anos	Licenciatura e outra relacionada à Docência	Enfermeira Assistencial	22 anos	6hs manhã
E12	8 anos	UTI Neonatal e UTI adulto	Enfermeiro Assistencial	8 anos	12/36 N
E13	10 anos	UTI Neonatal	Enfermeira Assistencial	4 anos	12/36 N
E20	2 anos	UTI Neonatal e Pediátrica	Enf. folguista (Pediatria, P. S. Infantil e UTI Neonatal)	1 ano 2m.	12/36 D/N
E14	2 anos	Pediatria e Neonatologia e extensão sobre “Final de Vida”	Enfermeira Assistencial	1ano 10m.	6hs tarde
E15	4 anos	UTI Neonatal e Pediatria	Enf. Ass. UTI Neonatal e Centro Cirúrgico	1 ano	12/36 noturno
E17	2 anos	UTI Neonatal e Pediatria	Enfermeira Assistencial	2 anos	12/36 noturno
E16	1 ano 6m.	UTI Pediátrica	Enfermeira Assistencial	1 ano e 3 meses	12/36 noturno
E 21	13 anos	UTI Neonatal	Enfermeira Assistencial	11 anos	6hs manhã

Fonte: dados coletados durante a entrevista (2020,2021)

Quadro 2 – Instituições descritas pelos enfermeiros

Instituição	Setor	Número de leitos	Organização	Planta física	Inserção da família no ambiente
IA	UTI Pediátrica e Neonatal	10 Pediátricos e 10 Neonatal	Instituição filantrópica com leitos do SUS e particular. Uma enfermeira coordenadora, uma enfermeira assistencial para cada unidade, e três técnicos por unidade, um médico plantonista.	Corredor principal UTI Pediátrica de um lado com oito leitos em um salão, poltronas para cada leito, dois leitos separados para isolamento. Do outro lado UTI Neonatal, salão com nove leitos poltronas para cada leito, e um leito separado para isolamento.	Uma visita diária, oferta de extensão do horário de visitas de forma informal, crianças crônicas, a família pode ficar durante todo o dia. Em gestão anterior, eram duas visitas diárias para a família, visita agendada para irmãos e avós, e havia iniciado a adaptação para o Método Canguru.
IB	UTI Neonatal	8 leitos	Instituição particular. Uma enfermeira coordenadora, uma enfermeira assistencial para a unidade, e 1 técnico para cada dois leitos, um médico transversal alternando com médicos plantonistas, plano multiterapêutico.	Seis leitos em um salão, poltronas para cada leito, dois leitos separados de isolamento.	Duas visitas diárias, uma visita nos fins de semana para avós e irmãos (com acompanhamento da psicóloga) para bebês estáveis permanência liberada para um acompanhante o dia todo. Durante a Pandemia apenas uma visita diária.
IC	UTI Pediátrica	10 leitos	Hospital Universitário. Uma enfermeira coordenadora (UTI Pediátrica e Neonatal), uma enfermeira assistencial para cinco leitos, e um técnico para cada dois leitos, com médicos plantonistas, plano multiterapêutico.	Nove leitos em um salão, poltronas para cada leito, um leito separado de isolamento.	Um acompanhante o tempo todo, possui um local dentro do hospital para descansar, os avós e irmãos (acompanhados do psicólogo) tem dias de visita. Durante a Pandemia permanência de apenas um acompanhante sem troca, e não é permitido descansar dentro do hospital, sem horário de visita.
ID	UTI Neonatal	9 leitos	Instituição particular. Uma enfermeira coordenadora, uma enfermeira assistencial para a unidade, e um técnico para cada dois leitos, com médicos plantonistas, plano multiterapêutico.	Sete leitos em um salão, poltronas para cada leito, dois leitos separados de isolamento, sala para ordenha.	Duas visitas diárias, uma visita nos fins de semana para avós e irmãos (com acompanhamento da psicóloga) para bebês estáveis permanência liberada para um acompanhante o dia todo. Durante a Pandemia apenas uma visita diária.
IE	UTI Neonatal	10 leitos	Instituição filantrópica com leitos do SUS (dois leitos) e particular (oito leitos). Uma enfermeira assistencial para cada unidade, e um técnico para cada dois ou três leitos, um médico plantonista.	Salão com cinco blocos separados por divisórias com duas incubadoras para cada bloco, sala de amamentação. Uma poltrona para cada leito.	Duas visitas diárias, método canguru para bebês estáveis, horários de amamentação. Durante a Pandemia apenas uma visita diária.
IF	UTI Pediátrica / UTI Neonatal	7 leitos (pediatria) 24 leitos (12 neonatal semi-intensiva e 10 UTI neonatal)	Hospital Universitário. Uma enfermeira supervisora, uma enfermeira assistencial para UTI Pediátrica e duas para a UTI Neonatal, e um técnico para cada dois leitos, um técnico para cada três leitos na semi-intensiva, com médicos plantonistas, plano multiterapêutico.	Pediatria: Salão com leitos separados por divisórias, poltronas apenas nos leitos com acompanhante Neonatologia: leitos divididos em três quartos contendo de dois a seis leitos unidos por um corredor.	Um acompanhante o tempo todo (pediatria), mãe e pai o dia todo (neonatologia); visita de avós e irmãos (acompanhados do psicólogo). Durante a Pandemia permanência de apenas um acompanhante sem troca, sem horário de visita, na neonatologia pai presente no momento de informações médicas.

Fonte: dados coletados durante a entrevista (2020,2021)

Quadro 3 – Organização dos Temas

5.1 A Compreensão sobre Comunicação Terapêutica	5.1.1 Informar e Esclarecer	
	5.1.2 Falar com clareza	
	5.1.3 Relacionar-se com a família	
	5.1.4 Amparar através da comunicação	
	5.1.5 Cuidar através da comunicação	
5.2 A Utilização da Comunicação Terapêutica nas Interações	5.2.1 A interação com a família	5.2.1.1 Coletando dados e transmitindo as primeiras orientações
		5.2.1.2 Desconstruindo o estigma de morte da UTI
		5.2.1.3 Apresentando-se e chamando pelo nome
		5.2.1.4 Informando sobre o estado de saúde
		5.2.1.5 Esclarecendo dúvidas
		5.2.1.6 Reconhecendo outras necessidades
		5.2.1.7 Estabelecendo o vínculo entre a equipe e a família
		5.2.1.8 Sentindo os efeitos da longa permanência
		5.2.1.9 Instrumentalizando a Família para o cuidado do bebê
		5.2.1.10 Percebendo a importância de não julgar
	5.2.1.11 Humanizando o momento difícil	
	5.2.1.12 Relatando o inevitável	
	5.2.1.13 Desejando acolher quando a dor é maior	
5.2.2 A interação com a equipe	5.2.2.1 Tendo conflito hierárquico com o médico	
	5.2.2.2 Encontrando no médico um aliado	
	5.2.2.3 Alinhando o cuidado da equipe de enfermagem	
	5.2.2.4 Tendo parceria com a equipe multiprofissional	
	5.2.2.5 Liderando a equipe de enfermagem	
5.2.3 A interação com a instituição	5.2.3.1 Reconhecendo suas atribuições de enfermeira	
	5.2.3.2 Sentindo-se presa às regras e rotinas	
	5.2.3.3 Percebendo o papel da instituição	
5.2.4 Sustentada por crenças e valores	5.2.4.1 Prezando pela verdade	
	5.2.4.2 Utilizando a espiritualidade como apoio	
	5.2.4.3 Valorizando a comunicação e o relacionamento	

Fonte: resultados da pesquisa realizada (2020,2021)

5.1 Tema: A Compreensão sobre Comunicação Terapêutica

Cada profissional descreve como compreende a CT, sendo esse conceito dito como não conhecido, buscam definir com o que compreendem como importante sobre comunicação, o que é apresentado, desde como oferecer a informação, até como utilizar a comunicação como uma forma de cuidado à família.

5.1.1 Informar e esclarecer

Oferecer orientações relacionadas às rotinas da unidade, informações a respeito da doença, do tratamento, cuidados de enfermagem e prognóstico, são considerados como os principais assuntos comunicados, da mesma forma o esclarecimento aos familiares quando surgem as dúvidas relacionadas a essas informações. Os assuntos técnicos de evolução clínica são evidenciados.

“Fazer uma comunicação com os familiares sobre o que está acontecendo. Sobre a prematuridade. Se for prematuro, ou uma criança na UTI Pediátrica, o que realmente está acontecendo com esta criança, e expor o que o hospital tem para oferecer para essa mãe, tirar as dúvidas (da mãe), e a gente também tira as dúvidas em relação à criança.” E1

“Penso que é passar todo o contexto daquele bebê para os pais, não só a parte clínica, o que, geralmente, é resultado de exames, essas coisas, a gente tenta não entrar muito nestes detalhes porque é da parte médica, mas falar de todo o conjunto, de tudo que envolve aquele cuidado com o bebê, todos os cuidados, não só a parte médica. A parte de exames, de imagens, essas coisas, para mim é todo o contexto da UTI...” E2

“Acho que é, realmente, você conversar com alguém de forma que, pensando na área da saúde ou no ambiente que a gente está, de você responder as questões que a pessoa está trazendo” E4

“A forma de lidar com a família. Como que é transmitida alguma mensagem mesmo, para família de como que está o ente querido deles. Tipo filho, ou seja, um irmão, um pai, eu entendo por isso. É a forma como a gente leva até eles como é que está a pessoa da família.” E10

“Muitas vezes, as pessoas falam, trazem muita informação para os familiares, e não espera para ouvir se a pessoa entendeu, se ela tem alguma dúvida, se ela não entendeu

alguma coisa. (...) às vezes, eles têm uma dificuldade de entendimento mesmo. Tem várias mães que, às vezes, não entendem o que os médico fala, e aí a gente tem que ir lá e tentar dar uma explicada.” E18

5.1.2 Falar com clareza

Se comunicar com cuidado é transmitir as informações de forma objetiva e ordenada, pactuada por todos profissionais. Existe a preocupação em utilizar uma linguagem clara e acessível para os pais, repetindo sempre que necessário, buscando esclarecer o que não foi compreendido.

“Ir para aquela questão, que para eles, aquilo não é normal... Então, a gente precisa... falar de uma forma simples, de uma forma que aconchegue, de uma forma que eu cuide deles também!” E5

“Eu acho que comunicação já é o princípio de tudo na área de enfermagem, principalmente, quando a gente lida com recém-nascido prematuro, prematuridade onde tudo é muito diferente, tudo é muito novo para a família, seus pais, então, a comunicação é essencial. Conversar sobre a terapia, sobre o tratamento, de forma detalhada com a família, com os pais, tentando explicar de forma mais criteriosa possível. Ser humana porque é muita humanização nesse momento, ser clara e objetiva ao conversar com a família porque é um momento muito confuso tudo é muito confuso” E8

“Eu percebi que neste âmbito, quanto mais você explica, menos eles absorvem. Então, quanto mais comunicação (ela se refere a uma comunicação adequada para ser efetiva), quanto mais explicação sobre a doença, sobre o agravo é de suma importância. (...) Então, a comunicação tem que ser bem clara objetiva e humana.” E8

“Comunicação terapêutica eu acho que é abordar, é conversar com a família de uma forma clara que ela possa entender e dar um esclarecimento sobre o que está acontecendo.” E9

“Eu entendo como uma comunicação esclarecida, uma linguagem bem clara para os pais, passando, realmente, o que está acontecendo com o bebê, o quadro clínico do bebê e também da forma que a gente pode acolher estes pais, pode estar abordando, pode estar ajudando, da melhor forma possível.” E13

“Se a gente observa que a família está com alguma dificuldade de entender, (...) Eu entendo que é deixar o familiar a par de tudo que está acontecendo da melhor forma, da forma mais clara possível, não sei se o pensamento é esse.” E16

“A comunicação terapêutica ela teria ela tem que ser algo sustentável assim, uma comunicação geral. (...) de manhã, de tarde, de noite ela tem que andar no mesmo ritmo, no mesmo sentido de comunicação com a equipe, com o médico, com os pais” E17

5.1.3 Relacionar-se com a família

O enfermeiro acredita que a comunicação é uma forma de ajudar a família a adaptar-se à condição de prematuridade, assim como estabelecer uma relação de confiança e criar um vínculo entre a família e a equipe.

“Tem sim, eu acho que nós, como cuidadores deste recém-nascido, nós temos que preparar tanto o pai e a mãe destes prematuros destes RN que precisam de nossos cuidados, porque para eles é um momento diferente, eles não estavam preparados para receber um bebê prematuro, eles não estavam preparados para receber um bebê mesmo se a termo com desconforto respiratório, então, nós temos obrigação de nos preparar para receber da melhor forma possível estes pais, e também fazer com que ele se reformulem, planejem esta sua nova vivência. Porque eles vão ter que se reinventar, eles vão ter que se planejar novamente...” E7

“A comunicação também é um bom princípio para você fazer com que os pais possam interagir com a doença, interagir com o problema do bebê (...)” E8

“Então, por isso, que eu falo que a comunicação terapêutica tanto entre os profissionais como a gente a família, é o princípio de tudo. É o que define muito lá na frente com o bebê. (...) Porque aí vai nascer tudo, vai nascer a confiança, vai nascer o bom tratamento, o cuidado, o olhar, vai criar vínculos.” E8

“Sim é uma comunicação, é como se fosse uma intervenção. Quando eu avalio que há uma necessidade de trabalhar com os pais, então, esta comunicação já é o nosso NIC; por exemplo, a intervenção é a própria conversa diária permite o seu NOC. É um avaliar, se foi efetiva essa intervenção que eu fiz baseada no diagnóstico que eu determinei sabendo as necessidades dos pais e querendo interferir na criança.” E12

“A nossa relação com a família é mesmo assim, quando a gente precisa explicar alguma coisa para ela quando elas querem conversar e a gente para conversar, quando a criança está fazendo alguma coisa que pode prejudicar, tentando puxar alguns fios, aí a gente vai lá... Ou quando elas estão fazendo alguma coisa bonitinha. Que a gente fica assim do lado e conversa.” E18

5.1.4 Amparar através da comunicação

A comunicação é ferramenta para amparar a família, sendo importante comunicar-se com a mãe de uma forma que console, pois acredita que o seu bem-estar reflète no bebê. Para que essa comunicação ocorra, um ambiente acolhedor, paciência para com a família, o cuidado com a escolha das palavras e o tom de voz, demonstram uma preocupação com o que fala e de que forma fala.

“Não só para você explicar mas que dê uma certa aliviada na situação pesada que a gente já tem. Por ser uma UTI, que é um ambiente onde as pessoas não estão acostumadas... que tem uma carga emocional muito forte para quem vem de fora” E4

“Você esclarece uma questão que para ele...(...) o fato de você explicar para que serve, e como funciona para que funciona, você dá uma certa... (...) aliviada” E4

“Você dizer o grave, mas não dizer aquele grave que vai desesperar aquela mãe... que vai deixar aquela mãe naquele momento desamparada... não! Eu acho que é aquela comunicação que tem que ter jeito no que eu vou falar... Eu preciso falar para aquela mãe, mas de uma forma que eu, não machuque tanto (...) é uma comunicação que tem que ter um cuidado, tem que ter um carinho. Tem que ter uma fé para aquela família (...) uma conversa, uma comunicação que não seja rápida, que seja tranquila e delicada, sem pressa.” E5

“Então, para mim, vai muito além do que só o verbal. Por exemplo: lá na unidade a gente tem uma estrutura bonita de se ver... acho que quando você chega no lugar organizado, que tem tudo no lugar, tem os armários organizados para você guardar as suas coisas, para você poder entrar na unidade. A gente já começa com um ponto positivo” E6

“Assim, eu percebo que muitos pais e mães já chegam lá com esgotamento físico e mental muito grande, então você fala, e eles não captam o que você fala, porque eles

estão muito estressados emocionalmente. Então, você cuidar desse emocional também é importante. Porque eles estão com o emocional tão abalado, que eles não conseguem entender o que está se passando. Então, muitas vezes, nós temos que repetir várias vezes, vários dias, para que eles realmente saibam que está acontecendo. Então, nós temos que ter essa paciência, para com esses pais” E7

5.1.5 Cuidar através da Comunicação

Mais do que uma ferramenta, a comunicação é um instrumento que pode ser afinado com intenção de cuidar da família. Ao reconhecer como legítimas as necessidades familiares através da escuta e da observação atenta, oferece o acolhimento através da comunicação. Dessa forma, considera importante para oferecer esse cuidado a escolha das palavras, da forma de falar, os gestos que utiliza, e também o momento certo para a sua presença.

“Eu acho que, terapêutica, se a gente for pensar por esse lado, vem muito da palavra tratamento para mim... cuidado, então... é aquela comunicação que a gente tenta cuidar do pai e da mãe também. Tenta levar para o bem, para o bom.” E5

“Eu acho que o tom de voz também, estar aberto para ouvir o outro também, não só falar! Isso também. Eu acho bem interessante, eu acho que isso traz conforto para família (...). É a gente estar atenta às necessidades do outro e não necessariamente a gente precisa falar. Eles percebem no nosso agir também.” E6

“E eu vejo assim, que isso falta de muitos profissionais. Aí já vai julgando que o pai é desinteressado, que o pai a mãe é isso, aquilo... então, nós não devemos julgar! Nós devemos acolher a família para que eles entendam o que está acontecendo naquele momento. Este é o meu ponto de vista.” E7

“Uma comunicação que traga algum alívio, que traga algum tratamento, seja para a criança ou seja para a família. Então, eu acho que a comunicação terapêutica seria como um tratamento, um remédio, para alguma coisa que esteja acontecendo, ali no momento, ou que seja uma demanda do familiar da criança que, queira conversar ou que esteja aí passando por alguma necessidade de conversa.” E11

“A comunicação é uma ferramenta.” E15

5.2 Tema: A Utilização da Comunicação Terapêutica nas Interações

Nem todas habilidades utilizadas pela enfermeira para se comunicar se relacionam ao conhecimento que foi exposto sobre CT. Boa parte delas se relaciona à vivência no trabalho e na vida cotidiana. Nesse sentido, surgem habilidades de comunicação que nem sempre foram apresentadas como um conceito, e se encontram presentes nas diversas ações da enfermeira, em sua relação com a família, durante sua estadia na UTI, de acordo com a regra de cada instituição. Nas diversas ocasiões em que a família se relaciona com a enfermeira e a equipe de saúde, ela procura compreender sobre o estado de saúde da criança. Os principais momentos onde essa relação entre enfermeira e família surgem são durante a internação, no dia a dia, e nos momentos de piora, quando a vida da criança corre risco. Compartilhada com outros profissionais de saúde, e obedecendo a organização institucional, essa comunicação surge permeada por crenças e valores.

5.2.1 A interação com a família

A partir do momento em que a enfermeira recebe a criança acompanhado da família para que os cuidados de reestabelecer sua saúde, iniciam-se inúmeras oportunidades de interação. Estas serão descritas a partir de categorias que surgem de uma forma temporal, ligada a situações que ocorrem em cada momento, passando pela internação, o dia a dia, com conversas rotineiras, e no momento de piora do quadro e de falecimento.

Cada um desses momentos carrega diferentes vivências, relacionadas a transmitir informações e esclarecer, ou ainda a acolher a família nos momentos onde a dor é muito grande. A relação entre a família e a equipe se torna, lentamente, mais próxima, permitindo uma cumplicidade, onde a equipe vive as alegrias e tristezas da família, e a família se aproxima da rotina de cuidado à saúde de seu filho, tendo a oportunidade de se instrumentalizar para o cuidado.

5.2.1.1 Coletando dados e transmitindo as primeiras orientações

Logo após estabilizar o paciente, a enfermeira tem o primeiro contato com a família. Nesse momento, acontece a primeira abordagem, onde são coletados dados para o histórico de enfermagem, assim como a rotina da unidade é informada à família para que ela compreenda o seu espaço dentro da unidade. Horários de visita e o funcionamento da unidade são informados.

“Então, nós vamos sentar com esta mãe, com este pai e aí a gente vai conversar. Então a gente vai querer saber tudo desta criança (...) a gente vai ver quais os hábitos que ela tem em casa, o que ela estava se alimentando, do que ela gosta do que ela não gosta, isso tudo dentro do perfil da idade de cada criança” E1

“Eu gosto de conversar, quando a gente tem uma internação, eu sempre converso, após estabilizar o bebê, sempre libero... geralmente, é o pai, a mãe ainda está hospitalizada, e aí eu converso com ele, explico todas as rotinas da UTI, todos os dispositivos do bebê, todas os horários, o que a gente precisa, o que a gente não precisa” E5

“Sempre quando nós recebemos um prematuro na UTI Neonatal, os pais, a mãe nunca está porque ela acabou de ter o bebê (...) E sempre a gente tenta conversar com os avós ou com o pai de uma forma clara e humana (...) A primeira comunicação, porque o primeiro rosto que eles nunca vão esquecer é o seu, que vai ser aquele que vai falar. (...) A primeira pessoa que vai dar esta notícia” E8

“Pergunto se eles estão se sentindo confortáveis no ambiente em que eles estão, porque, às vezes, a gente aborda ali na porta da Neonatal que tem muito tumulto, entre sai de pessoas (...) E a partir daí eu falo: você está em condições ou não de me ajudar; a responder algumas perguntas, e a gente tem o histórico para ser coletado” E9

“(...) explicar tudo como que funciona a unidade de terapia intensiva, o que a gente vai fazer com o bebê lá. (...) O que a gente espera da evolução dele e receber mesmo a família, sabe acolher explicando tudo, esclarecendo tudo, porque o momento difícil para eles. Para mãe por exemplo e para o pai também que esperam um tempão, 9 meses e daí idealiza uma gestação toda e de repente cai lá” E10

“A parte mais de rotinas, então, lavagem das mãos, não entrar com adornos, não entrar com bolsa, não trazer nada lá de fora. A importância da lavagem das mãos, então

eu lavo a mão junto com elas, têm sempre as figuras da lavagem das mãos ali na pia de entrada; e explicar também um pouco sobre a rotina da unidade, quando que ela pode entrar, quando que o pai pode entrar, quando que pode ter visita de outra pessoa” E11

5.2.1.2 Desconstruindo o estigma de morte da UTI

O primeiro contato com a Unidade de Terapia Intensiva acontece no momento da internação. Para a família é quando acontece o contato com o desconhecido, se encontrando desorientada e assustada, ao se deparar com o imprevisto de ver o sonho de um filho sadio desmoronar. Desesperados com o risco de morte, buscam, ansiosamente, por consolo. A enfermeira em contrapartida busca desconstruir a impressão de que a UTI é um local de morte. Apresenta o local como um lugar de luta pela vida, oferecendo esperança ela tenta reerguer a família para que acredite que todos estão juntos, com o mesmo objetivo, o de preservar o que lhe é mais precioso.

“E, eu sempre falo para os pais, que eles, que a UTI neonatal não é correlacionada à morte, que é relacionada com a vida. É um bebê grave, mas ele está para ficar melhor, e a chance de ele ficar melhor é muito maior do que ele morrer. (...) Aqui é para o melhor do bebê, ele está vindo para terminar a gestação, ele não está vindo porque ele está no fim da vida. É claro que depende da gravidade do bebê, depende de outros fatores, o ele viver ou o ele morrer... mas a gente sempre tem que pensar que a UTI neonatal não é morte, é vida. E aí a partir disso eles ficam mais tranquilos” E5

“(...) porque o que acontece a gente espera que um RN (...) nasça bem, que fique bem, que vá para a mãe. E quando acontece isso eles ficam muito perdidos, muito desorientados (...) Muitos (...) não esperavam que a gravidez tivesse alto risco, que tivesse problema ao nascer (...) que depois tivesse que ficar 15, 20 dias internados” E8

“(...) quando a gente admite, acaba deixando o bebê, digamos da melhor maneira possível para que o pai possa vê-lo. Eu acredito que seja mais fácil mostrar a criança para o pai ou para mãe, quem estiver lá, porque isso dá uma certa tranquilidade para eles. Embora tenha gravidade o caso de estar numa UTI, eles vendo o que aconteceu e como foi admitido, a gente consegue ter uma conversa um pouco mais tranquila, porque no primeiro momento sempre traz insegurança e medo” E9

“E dando força também, às vezes, a gente conta história de RN mesmo que a gente já recepcionou, já recebeu e foram assim prematuros extremos ou então outras situações e que saíram dessa.” E10

“Como que eu gosto muito de ser uma enfermeira que está na primeira visita, que está aí no primeiro momento, gosto de apresentar a unidade. Eu gosto de apresentar o que é UTI Neonatal de falar que aquilo é passageiro, que o bebê dela vai precisar, mas que depois ele vai conseguir sair dali e que ela vai conseguir ter o bebê dela no lar dela.” E11

“Primeiro, eu tento dar uma esclarecida, olha eu sei que UTI assusta, eu tento mostrar um pouco de segurança, que a criança vai estar lá, vai estar assistida, é porque lá tem toda uma equipe que dá uma assistência melhor, vai poder ficar em cima, se de repente ela estivesse no quarto, no alojamento conjunto, esse bebezinho não ia ter esse suporte que ele vai ter lá na UTI. Então, tentar mostrar para ela que aquele bebezinho naquele momento é o que ele precisa, o que tem de melhor para ele é isso, é estar ali naquele ambiente.” E20

“A gente tenta não tocar na palavra, não falar UTI o tempo todo, mas assim elas verbalizam isso quando a criança vai para o semi-intensiva quando vai para o berço, então, elas vibram meu Deus saiu da UTI saiu da incubadora elas relacionam muito UTI com incubadora.” E21

5.2.1.3 Apresentando-se e chamando pelo nome

Nesse primeiro contato, e também, diariamente, a enfermeira busca de uma forma respeitosa se aproximar da família com cordialidade, empatia, se colocando no lugar, demonstrando profissionalismo e comprometimento. Então, ela se apresenta criando, assim, o primeiro elo entre ela e a família. Sentindo-se mais segura, a família percebe que possui alguém com quem pode contar. Da mesma forma, a enfermeira usa o nome para chamar os membros da família, o que permite que sintam-se reconhecidos em sua individualidade.

“Então, a gente conversa com a mãe na passagem de plantão, se a criança internou à noite, a gente chegou de manhã, é... nós vamos no leito passar o plantão, a enfermeira que internou esta criança à noite apresenta a gente para a mãe: ‘Olha, então agora o

plantão vai ser desta, fala o nome, apresenta, ela vai estar aqui, o que a senhora precisar a senhora pode chamar’. E as funcionárias fazem a mesma coisa” E1

“Mas, você tem que falar com muita empolgação do seu trabalho, porque que você está ali, eu sempre me apresento: “Boa noite! Eu sou a (fala seu nome), enfermeira responsável por este plantão de hoje, e quem vai cuidar do seu filho hoje é e a fulana de tal, ela é técnica de enfermagem, ela vai dar toda assistência, e o que vocês precisarem, com dúvida, com relação ao tratamento do vosso filho, vocês podem me chamar. O que estiver dentro da minha possibilidade, eu respondo, e o que não tiver eu vou orientar vocês a estarem perguntando na visita de amanhã.” E7

“Quando chegou à noite na visita, eu fui devagar porque eu já sabia que existia este conflito, que existia esta falta de comunicação, então, eu cheguei na (fala o nome novamente), me apresentei e falei assim puxando, conversando com ela.” E7

“Muitas vezes, quando eles chegam lá na porta, eles estão agitados, já estão querendo entrar com tudo. Aí neste momento, eu acho que tem que ter cordialidade. (...) Nos apresentar como enfermeiros do setor, apresentar a equipe e falar um pouquinho do que é a Neonatal. Qual que é o intuito, e daí por diante dar sequência no caminhar, então entrar na UTI e apresenta a nossa unidade e como vai estar o bebê.” E9

“Com a mãe no primeiro dia que ela chega, primeiro dia de visita eu me apresento, pergunto como que ela está, se está tudo bem” E10

“Você gostaria que alguém chamasse o nome da filha porque até os 30 dias é o bebê RN de ... depois de 30 dias que ele vai ter o nome inteiro, mas desde o primeiro dia quando eu falo com o pai quando interna eu falo: ‘Pai como chama o seu bebê? Primeiramente, parabéns’. E eu falo o nome do bebê... eu tento sempre tratar esse bebê pelo nome. ‘Então pai, hoje a Maria aconteceu isso, nosso João me surpreendeu fez aquilo...’ Então empatia, eu gostaria de tratar seu filho como que ele é não pelo leito, o leito 384.” E12

“Lá não tem esse negócio de mãezinha não’... Lá é por nome. A criança também (...) Mas, a gente chama pelo nome, sim. A gente faz uma interação assim entre elas, porque elas já se conversam na salinha de espera. Então, a gente fala: ‘Nossa, o Arthur hoje está terrível! Está igual a Martina, sabe? Misericórdia!’” E14

“Bom dia, eu sou fulana de tal, eu vou ficar com seu filho (...) E eu acho que é uma abordagem boa de certa forma porque eu gostava que as pessoas me falassem o nome pessoas que vão ficar com meu filho (...) Porque a mãe pensa: sério? Quem é você? Vai colher sangue e nem olha para sua cara, isso eu acho muito ruim. Então, eu acho que essa é uma das formas de abordagem inicial que eu gosto de fazer” E19

5.2.1.4 Informando sobre o estado de saúde

Considerado como parte de sua rotina, informar sobre o estado de saúde é falar sobre como a criança passou, como ela está clinicamente, os cuidados prestados, o plano terapêutico e sobre os dispositivos que estão na criança, é uma atitude que acontece desde o primeiro contato com a família, assim como, rotineiramente, seja em momentos de visita ou a cada momento de assistência com a criança, no caso dos locais onde a permanência da família acontece de forma mais contínua. A enfermeira confirma se foi compreendida, percebendo que a informação oferecida de certa forma conforta, busca utilizar uma linguagem mais clara e acessível para que a família tenha maior compreensão.

“(...) resultado de exames, essas coisas, a gente tenta não entrar muito nestes detalhes porque é da parte médica, mas falar de todo o conjunto, de tudo que envolve aquele cuidado com o bebê, todos os cuidados (...) o contexto da UTI. (...) Do cuidado, do que pode acontecer com o bebê...” E2

“Eu tento explicar da forma mais simples, termos não técnicos, para ele poder entender... (...) olha isso que está no bracinho é para a gente ter acesso na veinha... sabe? Igual? O senhor já tomou soro? A gente vai tentando passar de acordo com o entendimento dos pais...” E5

“E lá no leito a gente elogia o bebê fala que ele ficou bonitinho, e enfim... e apresenta o plano. Fala que o plano do dia já está disponível, que eles podem dar uma olhada e se quiserem podem perguntar, não tem problema nenhum, se tiverem alguma dúvida relacionada ao plano. E também já falo que logo em seguida o médico vai passar. Em geral, é assim que eu faço...” E6

“Às vezes, eles são leigos, entendem pouquíssimo sobre a nossa área, pouquíssimo sobre isso, então você tem que explicar de uma forma bem simples, clara e objetiva,

explicar, olha ele está com um tubo no pulmão. Este tubo é para ele respirar melhor, porque o pulmão dele não está preparado para estar aqui fora, respirando sozinho. E essas sondas? E aí a gente vai conversando, está vendo um monitor como funciona? Está vendo esse aqui? É a saturação, olha o traçado. Então, a gente vai explicando os detalhes...” E8

“E quando já está entrando na UTI eu procuro abordar os pais ali na porta, porque da porta até o bebê eu já vou conversando explicando com o que eles vão se deparar, eles vão se deparar com uma criança com tubos, como monitorização, com fios, e desde os alarmes que assustam muito as visitas, porque às vezes o familiar entra e vai direto no leito e dá um alarme, ele já entra em desespero.” E9

“(...) eu falo: ‘Olha, está vendo esse negócio no nariz? É para ajudar a respirar, porque, por enquanto, o pulmãozinho dele é pequenininho e imaturo.’ (...) falar na linguagem dela e principalmente eu gosto de perguntar: ‘Você, entendeu? Então, o que eu falei? O que é isso daqui?’ Eu procuro perguntar para ver se, realmente, elas entenderam para ela me verbalizar o que é que eu expliquei.” E21

5.2.1.5 Esclarecendo dúvidas

Após o médico informar sobre o estado de saúde da criança e o tratamento utilizado, a família se sente perdida, pois a linguagem utilizada para informar nem sempre é compreendida. Ao perceber essa dificuldade da família através de diversos questionamentos, a enfermeira busca esclarecê-los, utilizando uma linguagem que acredita ser mais acessível sobre o motivo da internação, os tratamentos e os cuidados prestados.

“Esclarecer, porque na verdade, quando isso acontece, até independente de ser um bebê que acabou de nascer, é muita dúvida, é muita insegurança para os familiares, tanto para o pai quanto para a mãe, para os avós, para todo mundo e isso fica muito pior, fica muito mais acentuado quando esta criança já é uma criança maior...” E1

“Nem todo médico fala de uma forma simples de uma forma clara, o que de fato está acontecendo, o porquê da piora, entendeu? Que esta piora é uma coisa esperada para o quadro do bebê. Acho que falta, às vezes, isso, eu sinto uma falha desta comunicação (...) e, às vezes, eles perguntam, eles falam que não entenderam. Você tenta explicar (...) o bebezinho nasceu muito pequenininho, que o pulmãozinho dele não estava maduro, não

estava formadinho, não estava pronto para nascer (...) tentar falar de uma forma mais simples...” E2

“Às vezes, tecnicamente, ela quer saber o que está acontecendo e, muitas vezes, isso (...) é passado de uma forma muito rasa, ou de uma forma que a família não entende, numa linguagem que não é acessível a ela. (...) Então, quando eu falo de esclarecer, eu penso nessa parte técnica mesmo de esclarecer aspectos da doença, do problema e quais serão os próximos passos para o acompanhamento.” E3

“Você acha que para ele seria complicado, e deixa que ele te faça as perguntas e você responda ou converse com base naquilo. Porque senão você acaba dando mais informação do que realmente ele precisava naquele momento (...) dependendo do que o médico fala, a família fica muito mais angustiada, às vezes também por não entender o que ele falou (...) mas sempre tem deles ficarem em dúvida, a enfermagem que vai lá e conversa, e explica que é isso que ele quis dizer.” E4

“Agora no momento de visita mesmo eu sempre passo nos leitos, pergunto se está tudo bem, se eles tem alguma dúvida (...) Não perguntando, dos dispositivos, aí eu falo para o que serve. E tento ir acalmando neste lado, mas é difícil, o primeiro dia ninguém entende nada, chega no outro dia ninguém sabe o que a gente falou, tem que contar tudo de novo... porque é muita adrenalina, o novo... ninguém sabe o que vai acontecer” E5

“Às vezes, o médico não é esclarecedor de dados. Eles passam as coisas muito cientificamente e os pais não entendem, os pais não têm obrigação de entender (...) Então, eles querem um esclarecimento que os médicos não dão, os médicos falam só cientificamente e esquecem que aquelas pessoas são leigas no assunto.” E7

5.2.1.6 Reconhecendo outras necessidades

Necessidades diferentes da informação e do esclarecimento surgem para a família a todo momento. Através de uma escuta qualificada e também se colocando no lugar a enfermeira percebe que algo mais é desejado. Buscando acolher essa necessidade de várias formas, oferece espaço, e oferta para que coloque a mão no bebê, se coloca aberta para ouvir as angústias, buscando suavizar o momento com outros assuntos. Nesse movimento, outras vezes, percebendo a dificuldade de compreensão devido à ansiedade, ela, pacientemente, oferece mais informações, acreditando que o esclarecimento também

pode promover conforto. Com a reação da família ela percebe que o seu esforço surtiu efeito.

“E é incrível que se você perguntar para ela no outro dia o que foi que a gente orientou, ela não lembra (...) então, o que que a gente tenta fazer? Fazer isso. Acolher a mãe, acolher o familiar, acolher o pai se não tem mãe (...) eu acho que assim esta questão, de trazer, de acolher, a enfermeira, isso é essencial, na internação, e mesmo depois, mesmo depois...” E1

“A gente trabalha com pedacinhos de gente, que é importante para outras pessoas, a gente trabalha com o mundo de outras pessoas, uma criança ali dentro é a vida de um pai, é a vida de uma mãe, é a vida de uma vó, entendeu? Então, eu acho que a gente precisa olhar para o outro, de uma forma carinhosa, de uma forma respeitosa. E acho que isso só acontece quando tem realmente esta humanização, de se colocar no lugar do outro ali dentro... no lugar do bebê que está sendo furado, na hora de você tocar, entendeu?” E2

“Então, tento trazer o conforto conversando, tentando me aproximar, e tentando mostrar isso, que aquele ambiente também é um ambiente para eles, e que eles podem se sentir à vontade lá.(...) Que a gente está ali para eles também. Eu acho que entra nessa parte do acolhimento de você fazer, de você tentar se colocar no lugar do outro e mostrar que ali também é um espaço para ele” E3

“Eles já não querem ir embora, deve ser horrível, eu não sei porque eu não tenho filhos, mas deve ser horrível. Você tem seu filho em casa, você leva para lá ruim, você tem que voltar para casa seu filho fica, ou você está grávida por 9 meses, deixa seu filho, simplesmente vai embora. E você ficou esperando meses. Por uma coisa que você ainda não tem. Por uma pessoa que você não tem ainda. E aí você tem que lidar com o fato de que talvez não sobreviva de que talvez tenha uma piora. De que a qualquer hora que o telefone tocar, e talvez não seja uma notícia muito boa... então, deve ser bem ruim” E4

“Para tentar deixar um ambiente... como que eu vou dizer mais acolhedor (...) Tentar deixar eles fazerem parte. Então, falar para mãe: pode trazer uma luvinha pode trazer uma toquinha para o seu neném, pode trazer um lacinho... pôr a mão... quer pegar no colo? Toda essa parte de deixar o pai e a mãe estar ali junto com o neném no maior tempo possível que eles têm... e não assim: ah não, você não pode pôr a mão... não põe

a mão!! Então você não pode saber o que tá acontecendo. Não!!! Eles são os donos da criança, eles tem que saber tudo!” E5

“Olha eu acho que é mais nesse sentido das angústias mesmo (...) Acho que nesse sentido de ouvir as angústias, ouvir as dificuldades... não é só isso: olha engordou tanto, está tomando tal leite, não é só isso... é deixar o outro falar também.” E6

“Então, o que foi que eu fiz: eu cheguei nela, conversei, percebi que ela estava com medo perguntei e ela começou a chorar e disse: ‘eu não achava que teria minha filha prematura, e eu acho que as pessoas estão achando que eu não quero a minha filha. Eu estou morrendo de medo. Eu tenho muito medo dela morrer. Então, o fato de eu não querer pegar é porque eu não quero transmitir nenhum bicho para ela vindo de fora.’” E7

“Tendo condições, eu acho interessante o toque. Às vezes, a gente vê que o pai está lá, foi com a gente, abre um pouquinho na porta da incubadora e quer colocar a mão, só o fato de tocar no bebê, tanto para um quanto para o outro parece que tem uma energia, um negócio que funciona muito bem. E de fazer eles se sentirem o mais próximo possível. (...) Tem os pais que querem orar, os pais que querem cantar, enfim, a gente respeita isso, nós estamos do lado do pai e do bebê até eles se sentirem mais tranquilos e seguros de ficarem só (...). Porque tem essa barreira também que a Neonatal acaba tirando um pouco do contato, do primeiro impacto, porque a ideia quando nasce, é dos pais levarem para casa, amamentar, pegar no colo e diante das possibilidades fazer que ele sinta o mais próximo possível.” E9

“É na fisionomia deles, você vê que eles estão chorando, mas eles saem, até a postura deles, você vê assim que o olhar deles muda, a postura assim... (ela demonstra com os ombros primeiro contraídos e tensos, e depois mais soltos e relaxados) Então, isso para mim é satisfatório ver que eles entram bem grudadinhos e já saem, tipo: a gente vai conseguir, a gente vai conseguir!” E15

“Eu vejo que as meninas (funcionárias da UTI) vem no cuidado com a paciente, vai conversando com a mãe e às vezes vai perguntando coisas da vida para que ela vá se esquecendo daquele momento, perguntar se ele vai para escola, se tem outros filhos, o que ele gosta de fazer. Abordando outras coisas para que naquele momento ela consiga dar uma desviada daquilo” E16

“Existe sim um momento que eles choram, e aí é aonde vai depender muito se a mãe não tiver a criança no colo, eu não tenho esse problema, eu encosto, se a mãe permitir eu colocar o braço nela para que ela sinta abraçar, eu abraço, eu converso, eu sento, eu faço com que ela se sinta bem naquele momento” E17

“A gente pensa na dor delas! Porque você vê o seu filho sendo picado duas, três vezes, dói mais na gente do que na criança, você ver ele sendo aspirado, parece que ele está sufocado, ela sofre demais.” E21

5.2.1.7 Estabelecendo o vínculo entre a equipe e a família

A equipe de enfermagem devido ao cuidado próximo à criança se relaciona com mais frequência com a família. À medida que o tempo passa, essa convivência frequente com a equipe, a percepção da forma que o cuidado é oferecido, as conversas, brincadeiras, a disposição e o profissionalismo da equipe, fazem com que a família pouco a pouco se sinta fazendo parte, e crie um vínculo com os profissionais da equipe de enfermagem. Esse vínculo permite cumplicidade e o estabelecimento de uma relação de confiança.

“Eu acho que a equipe precisa estar muito inserida nisso porque, às vezes, não é para a gente que elas perguntam. Tem muitos casos que perguntaram para a técnica, porque eles criam laço, criam vínculos.” E2

“A gente vê que aquela família, a gente consegue se aproximar mais, consegue estabelecer um vínculo, que está um pouco menos sofrida, que a pessoa se sente mais segura mesmo, que ela se sente mais à vontade para expor os questionamentos ou dizer aquilo que ela pensa.” E3

“Durante o dia, como tem os horários de visita, e as meninas estão lá, acaba que elas têm uma relação um pouquinho melhor com as mães” E3

“Quando você cria o vínculo, a família passa não só admirar como profissional, mas ter respeito por você, porque ela é multiplicadora do que você faz, entendeu? Ela sai da UTI com outra visão. Não pensa que ali é o final da linha, mas sim que ali é o começo de uma linha, ali é o começo de uma vida, então ela sai com outra perspectiva, e ela vai ser multiplicadora do seu trabalho. (...) Ela vai falar bem da instituição e dos

profissionais, porque é isso que eles costumam relatar. Quando eles chegaram, eles chegaram com uma visão, com medo. Mas, no decorrer do tempo este vínculo que eles tiveram com a equipe fez com que eles confiassem” E7

“Se comunicando: (...) Bom dia! Boa noite, como você está? Se você precisar eu estou aqui, pode me chamar. Se disponibilizar. Você cria um vínculo muito grande com os pais, você mostra o seu conhecimento, a sua técnica, a sua habilidade de uma forma segura” E8

“Eles vão se familiarizando e como em qualquer situação ou lugar, eles acabam pegando mais confiança; isso vale também para a equipe. Então, muitas vezes, o bebê está sendo cuidado por um profissional. Mas eles se identificaram com quem estava cuidando na noite anterior. (...) é uma questão de identificação mesmo. Às vezes, uma palavra de conforto, alguma coisa que chamou mais atenção naquele momento, então, nós fazemos isso, nós permitimos que eles se sintam mais à vontade possível.” E9

“É através dos cuidados que a gente oferece para o bebê, e dá confiança mesmo no dia a dia, nas conversas. A gente vai tentando passar confiança para eles e conversando mesmo, explicando tudo que a gente vivenciou” E10

“No dia a dia, eu acredito, que eles (técnicos de enfermagem), por serem as pessoas que arrumam o bebê, que trocam fralda, que tem um pouco mais de cuidado, que é o que o pai e a mãe veem muito isso: como o bebê está vestido, como o bebê está arrumado dentro da incubadora... se ele está confortável... então, o nome dos técnicos é o que eles aprendem mais rápido. Então eles começam a preferir algumas, sabem quem são... então, diante do dia a dia o cuidado e abordagem que eles têm com a família, é muito mais próximo que o enfermeiro.” E11

“É de encostar, de conversar, de perguntar se tem mais filhos, de perguntar se não é da cidade, como que está fazendo? Onde que está ficando, se está vindo de ônibus de prefeitura? Se está indo comer (...). Os dias calmos são um pouco mais produtivos em relação a ter este momento de conversa (...) Eu gosto de conversar bastante sobre coisas bem aleatórias, assim que não são do bebê, que não são sobre UTI. Para dar uma distraída na mãe.” E11

“A gente vê quando eles têm uma empatia maior com a gente, (...) algo que sempre faço é falar da minha família, olha parece que família” E12

“No horário da visita, eu brinco com os pais. Se esse neném fizer cocô na hora da visita quem troca é o pai. Isso, pode trocar! Pode assim... eu do lado, ajudo a trocar a fralda também com o pai, porque o pai ele fica um pouco perdido assim, porque ele fica um pouco longe dessa situação de Neonatal. Mas, é legal dar risadas entre parentes.” E14

“É difícil aquela mãe que fala assim: ‘ ah! Não lembro do seu nome...’ aí quando tem alta as mães voltam para mostrar o bebê, elas trazem coisa para gente. E assim, conversa lógico sobre a criança, sobre os cuidados que tem que ter, mas também conversam coisas aleatórias sabe tipo uma série, um filme, o que que ela fez no final de semana...” E14

“A gente da enfermagem tem mais contato com a família do que os próprios médicos (...) é o que faz também a gente sofrer quando a criança vai a óbito.” E16

“Você começa a conversar, falar, perguntar, às vezes, de alguma coisa que aconteceu, às vezes, teve uma criança que ficou muito tempo com a gente que eu vi que o pai era religioso ele trazia livrinho da Bíblia para contar historinha da Bíblia. Então, essa foi uma forma que eu achei de entrar, fazer parte (...) então, eu comecei a ter uma gama de assuntos diversos para poder criar um elo com a família.” E19

5.2.1.8 Sentindo os efeitos da longa permanência

O longo período de internação pode ocorrer tanto para os bebês prematuros como para aquelas crianças que possuem doenças crônicas. Para os familiares, a vivência da internação traz características diferentes, tais como uma compreensão que se inicia superficial e se torna cada vez mais profunda, mas também uma maior sobrecarga emocional devido a longos períodos de hospitalização, onde o convívio com o risco de morte é diário.

“É bem complicado, as situações que a gente tem lá... são crianças muito crônicas (...) A criança não basta ter uma doença, não basta ter nascido doente. Sempre tem alguém da família, algum familiar, que também não está bem. Mas, é porque aquela situação não deixa ninguém bem. Não deixa ninguém normal (...)é muito difícil aquela situação, de outras pessoas cuidarem do seu filho.” E11

“No dia a dia, elas têm muito tempo para ficar aí na UTI. E aí a equipe, por ser uma equipe assim, mais profissionais para menos pacientes (...) elas acabam dando mais

atenção, acabam explicando mais, elas questionam. Então, a gente tenta o máximo explicar o que você está fazendo, tudo” E20

“Quando é uma criança crônica que, às vezes, já está na unidade, já internou, algumas vezes, eles ficam mais tranquilos, em relação ao estado da criança, bem mais tranquilos.” E18

“Então, aí com o passar do tempo, dos dias, essas internações são bem longas, elas estão ali, elas estão só ouvindo o que a equipe está falando, fingem que estão quietinhas na dela ali, mas estão por dentro de tudo mesmo. (...) elas questionam mesmo, o que elas não sabem elas questionam.” E20

“Quanto aos cuidados, eu sinto que elas tem bastante segurança, então quando você vai ali acolher, fazer os sinais vitais, colocar qualquer dispositivo na criança, principalmente, por exemplo, um monitor multiparâmetros ali, o que você vai colocar ela já sabe para que serve, quanto que está normal, o que não está normal, se de repente apitou alguma coisa ali, se está com traqueostomia, elas têm muita segurança no que elas estão fazendo, elas percebem se você fizer alguma coisa errada, elas tem segurança.” E20

“A gente tem criança de que fica quatro, cinco, até seis meses com a gente (...) é diferente. O que a gente percebe um pouco, é que elas ficam um pouco mais assim, elas sabem mais, é lógico que elas estão lá há muito tempo. Elas ficam mais cansadas, eu sempre falo isso. (...) Eu sempre falo isso, ela está cansada, imagina seis meses você pegando transporte no seu município vindo para o hospital sem saber se vai encontrar o seu filho vivo ou morto? E não saber se vai levar ele embora para casa, então uma hora dá uma estafa, então, às vezes, elas começam a descontar um pouco na gente, a frustração, essa insatisfação.” E21

5.2.1.9 Instrumentalizando a família para o cuidado do bebê

Percebendo a importância do vínculo entre mãe e bebê, e vislumbrando a necessidade de aprendizagem do cuidado à medida que a alta se aproxima, de forma gradual a enfermeira incentiva a mãe que amamente seu bebê, e participe dos cuidados. Apesar da insegurança, muitas vezes, presente, a equipe age com paciência e persistência, orientando e permitindo que ela exercite, e, por fim, tem seu esforço reconhecido pela mãe, que pouco a pouco consegue autonomia na realização de alguns cuidados.

“(...) ir mostrando; tentar ajudar na adaptação; uma adaptação na verdade, porque, às vezes, é por um período curto e que a criança vai precisar de determinados cuidados, quando voltar para casa não vai ser igualzinho como era antes, é, às vezes, é uma coisa permanente.” E5

“O técnico de enfermagem, quando a mãe está lá, amamentando, o suporte que eles dão é muito grande, eles que ajudam a colocar no peito, ajudam na pega, ensinando, orientam quando precisa de alguma coisa especial.” E6

“Eu falei para ele assim: ‘está na hora de pegar o seu bebezinho no colo. Quer experimentar?’ E ele disse: ‘será que eu sou capaz?’ Eu disse: ‘é claro, eu vou te ajudar’ e coloquei a poltrona e ele sentado, coloquei o bebê no colo dele. E aí ele falou para a esposa dele (...) olha que enfermeira mais solícita.” E7

“Porque tem momentos que são extremamente estressantes na amamentação. Que um prematuro é diferente de um bebê a termo, é demorado, é difícil, e aquela mãe pensa que aquele bebê nunca vai pegar seu seio, então, a gente fica 3, 4 plantões tentando, e esta mãe fica muito estressada. Então a gente tem que dar um conforto para ela, calma, porque o que está acontecendo, a prematuridade não é o mesmo. ‘Era para ele estar dentro da sua barriga neste momento, então, ele vai se desenvolver antes dos outros, a prematuridade um desenvolvimento diferente da sua barriga, ele vai se desenvolver antes dos outros vamos imaginar este bebê, então, vai passar (...)’ Então você tem que ter paciência, tem que ter calma, tem que passar, tem que sempre conversar, explicar (...)” E8

“Mãe de primeira viagem, principalmente, tem bastante insegurança (...) A gente tenta colocar ela para fazer isso (cuidar do bebê) mais vezes até perder o medo sentindo-se mais segura e conversa, sempre conversa para tirar dúvidas.” E10

“Na UTI Neonatal a gente fala muito em vínculo do bebê, da evolução do bebê quando tem uma participação da família nos cuidados. Eu penso muito nisso, quero que o pai participe, quero que mãe participe, vamos fazer juntos, então vai trocar uma cama: ‘Você quer pegar a criança?’ Já vamos dando serviço... então, tem algumas mães que eu até falo: ‘olha, vou te contratar, pode trazer seu currículo amanhã!’ E elas se sentem úteis, participativas, então... eu acho que é um momento legal aí também escutar algumas dúvidas algumas angústias.” E11

“Aí esqueci de pegar a fralda... e ela vai lá pega a fralda... até que a gente consegue fazer ela pôr a mão no bebê, vai trocando que eu estou aqui do lado, para fazer elas participarem. Tem umas não, que já falam: aí, quando que eu posso trocar meu filho? Quando que eu posso pegar meu filho? Daí é mais fácil... mas tem umas que tem muito medo...” E14

5.2.1.10 Percebendo a importância de não julgar

Diante da incerteza sobre a vida do filho e a mudança de rotina, muitas vezes, para os profissionais, a família age de maneira inapropriada dentro da unidade de terapia intensiva. Em um primeiro momento, a equipe nem sempre entende essa reação, apresentando atitudes que, muitas vezes, comprometem a fluidez do cuidado para com o bebê e a família. A enfermeira, atenta aos motivos da família, utiliza a empatia para compreender e evitar o julgamento, favorecendo, assim, o entendimento entre a família e a equipe.

“Não que aquilo seja certo, não que ofender a equipe e causar desconforto seja tranquilo, não é, e nem o sofrimento dela é desculpa para isso, mas diante daquele contexto, da gente saber quais são as dificuldades e as limitações que aquela mãe tem, ela só queria ficar com a filha dela” E2

“Quando eles fazem alguma solicitação e parece um absurdo, quando eles chegam atrasados para o horário pré-estabelecido de visita ou se um dia eles não vão, não vão visitar, e aí já tem um monte de julgamentos (...) Perdeu o ônibus chegou cinco minutos atrasado. Ah, chegou atrasado, então não está interessado, não vai entrar, entendeu?” E3

“Mas, assim, a gente sempre tenta conversar, às vezes até para você perder um pouco daquela imagem, de que a mãe é difícil, de que a pessoa difícil, de que (...) ela não quis conversar... mas, às vezes, ela só não estava num bom dia. A gente sempre tenta abordar para perder um pouco disso também esse prejulgamento nosso, de que tem por parte de todo mundo, dos técnicos...” E4

“Porque é assim, às vezes, nós profissionais da Saúde, estamos aqui e o pai chega, aí você já cria uma barreira; pelo comportamento (da família), e você não busca saber o porquê daquele comportamento, você começa a julgar. (...) Um preconceito com aquela família, entendeu? Vejo na passagem de plantão, porque será que este pai e mãe só

reclamam? (...) Você procurou saber porque eles só reclamam? Então, você começa a fazer julgamentos, um julgamento até precoce” E7

“Ele prejudica muito no cuidado, deixa restrito cuidado, porque faz com que os colaboradores, se sintam inseguros em lidar com a mãe, ou com receio que a mãe faça alguma reclamação e eles sejam prejudicados. E isso se torna, o que podem ganhar de conhecimento ganhar de crescimento de ensinar essa mãe, eles ficam presos. E aí perde-se muito. Eu percebi isso que se perde muito. (...) é uma barreira muito grande, quando eu vejo que eles não tem empatia pela mãe.” E8

“(...) a mãe ficar estressada e eles (a equipe de enfermagem) não entendem a situação e ficam nervosos, a gente tenta dar uma acalmada, falar calma com eles. Tenta passar segurança. Mas, às vezes, não dá certo na hora. E aí depois, eles pensam. Vai passando os dias e vai melhorando. A mãe fica bem nervosa e estressada, é um ambiente estressante.” E10

“Olha eu acho que eu ainda julgo muito as pessoas. Então, na minha cabeça eu estou julgando, mas eu estou ali para cuidar daquele bebê e também da família (...) Então quando acontece essas situações, de afastamento, eu vejo que não é examinado corretamente, que, às vezes, aquela informação não é passada, corretamente, para família, por conta aí de contaminação mesmo de opiniões alheias, de um grupo, de uma formação de opinião de um grupo. (...) Então, eu tento sempre ouvir, não gosto de me afastar, porque eu acho que piora a criança, assim piora condição da criança, e piora a condição que se formou ali. Então, quando acontece esse tipo de coisa eu gosto de me aproximar. Eu não me isolo. Não gosto de me isolar.” E11

“Na internação mais longa, este lidar com os pais fica mais difícil, porque cria esse, às vezes, uma intimidade que dificulta no relacionamento. Eu digo isso porque eles começam a fazer comparações. Ah, mas o plantão da manhã é desse jeito, o da tarde é desse daqui, até a noite sabe? E eles acabam criando um desconforto entre os colaboradores, então, é importante trabalhar isso para eles entenderem que há diferença entre os plantões e a empatia. Às vezes, o pai vai ter mais empatia com plantão da tarde ou da manhã” E12

“Eu não consigo julgar uma mãe porque eu não vivo com ela. Eu não estou com ela. Eu não sei da vida dela. Então, é muito difícil a gente julgar e mesmo se a gente

conhecer, quem somos nós para julgar, condenar. Eu não consigo fazer isso, é muito forte a palavra julgar, condenar é muito forte.” E17

5.2.1.11 Humanizando o momento difícil

Nesse momento de grande dor, o enfermeiro busca amenizar o sofrimento nos detalhes. Busca demonstrar que foi feito tudo para salvar a vida do bebê, e ao mesmo tempo deixar uma boa lembrança de um momento tão difícil para a família. Ele arruma o bebê e procura deixar o ambiente de alguma forma acolhedor.

“Então, a gente prepara, deixa a criança lá bonitinha, não enrola ela... a criança fica no leito como se estivesse dormindo, a gente deixa ela desta forma, não tem aquela coisa de a gente enrolar, envelopar e deixar só o rosto de fora para a mãe ver... não, a gente deixa a criança lá, a mãe faz o que ela quiser, ela pega no colo, ela beija, ela chora, ela tira foto, eu já tive que tirar foto do bebê morto no colo da mãe” E2

“Então, quando teve o óbito comigo, eu fiz questão de deixar pelo menos a criança, tirar todos os equipamentos dela, porque, às vezes, você nem viu o seu filho sem aquilo, que para mim é uma coisa que não é nada, mas eu acho que... é a última imagem que você vai ter, então, para mim afeta (...) se eu estou fazendo as coisas, eu tiro tubo, a sonda, os cateteres, deixa ali organizado para mãe ver” E4

“Depois que o médico dá notícia, eu sempre pergunto se eles querem ver o bebê. (...) antes de eles entrarem, eu levo, um coeirinho de bichinho sabe? Para arrumar o bebê com coeirinho bem bonitinho. Porque lá o bebê fica dentro de um saco, é bem ruim, é muito desagradável ver (...). Então, eu tiro o bebê do saco enrolo ele em um paninho, deixo ele bonitinho. E aí eles entram na sala para poder se despedir... pega no colo... a gente deixa a família ali, fazerem o que eles querem fazer...” E5

“Então, a gente tira todos os cateteres, tudo que dá cara de UTI, embrulho o nenenzinho, deixo só o rosto aparecendo aí a gente coloca no colo e eu fico do lado sem falar nada, só se realmente me perguntarem alguma coisa. Mas, eu fico ali 100% a disposição deles neste momento que é um momento muito difícil.” E12

“Então, vamos supor se eu vi que não estava grave, mas ficou grave a gente já deixa todo o maquinário para ver que foi feito tudo no bebê, mas, infelizmente, não conseguiu.” E13

“Então, deixamos assim, de uma forma bonitinha, arrumadinho, cobertinho, sabe? Para eles poderem ter uma última imagem. Não bonita, mas de uma forma como se estivessem dormindo, descansando.” E 15

“Eu arrumo, geralmente, se é menina eu coloco um lacinho, eu já deixo tudo preparado o corpinho com lacinho para ficar uma imagem mais bonita, se é menininho eu ponho uma pulseirinha tudo feito de coisas de máscara de touca de luva tudo que você imaginar, (...) o que que a gente faz, geralmente, se tem uma sala mais tranquila, a gente tenta transferir esta criança para uma sala mais tranquila” E21

5.2.1.12 Relatando o inevitável

O risco de piora do quadro, ou mesmo o falecimento são, muitas vezes, situações inevitáveis para algumas famílias. O primeiro contato é feito por telefone, solicitando a presença da família com urgência. O relato do ocorrido é feito pelo médico, o momento de comunicação é difícil, desejando diminuir o sofrimento, a enfermeira esclarece utilizando uma linguagem cuidadosa. Com um tom de voz firme e de forma pausada, busca oferecer maiores informações de forma acolhedora. Quando a notícia é de falecimento é a enfermeira que quase sempre oferece as primeiras orientações sobre documentos e funeral.

“A notícia quem dá de óbito é médico acompanhado do enfermeiro, aí ele dá a notícia, e tchau, já fez a parte dele... aí você tem que orientar, muitas vezes, a família vira para você assim: ‘como que eu faço? O que que eu faço? Como que eu enterro?’ Então, você tem que saber para onde você tem que mandar...” E1

“E depois, às vezes, começam a surgir as dúvidas, então, a gente até tenta explicar, que era um quadro muito sério, que aspirava cuidados, que tudo que precisou que a gente podia ter feito naquele momento a gente fez... mas que a gente também precisa de resposta da criança, e infelizmente não teve resposta positiva (...). O lado de você tentar explicar todo aquele contexto da criança para a mãe tentar entender que aquele foi o desfecho... entendeu?” E2

“Então, tem que ligar para família, tudo começa no telefone, quando você liga e fala que é enfermeira da UTI já... já tem um desespero, assim, um desespero, um choro,

e aí eu falo: olha a criança teve uma piora e o médico está chamando a família aqui para conversar” E3

“Eu converso um pouco, assim que eles entram no quarto: olha, teve isso mesmo, acho que o médico conversou com vocês, que ela piorou... ela está com esses e esses itens agora que serve para isso, para isso e para isso... mas agora ela está bem mais estável, ela está assim, a gente vai te contando conforme for acontecendo.” E4

“E aí entre a enfermagem logo após, para consolar e para conversar da notícia após o médico fornecer esta notícia. (...) Olha aconteceu, isso é esperado. Que o bebê possa piorar, foi conversado, a gente conversou que estava sendo feito de tudo e o que está sendo feito ainda (...) O resultado que a gente espera, existe nosso plano terapêutico diário, o que a gente espera para as 24 horas para este bebê. Então, o que ela espera para bebê, eu espero que ele melhore depois de ter feito isso” E8

“Eu me mantenho firme assim procuro não chorar na frente dos pais, eu fico séria, bem séria mesmo, converso, falo para eles, porque muitos têm dúvida em relação a plano funerário, essas coisas. Então, eu dou as orientações que é bem difícil. Eu fico séria.” E15

“Aí a gente chama e o médico expõe a gravidade do caso e aí a gente deixa aberto a visita (...) o médico vem conversa com a família e fala que a partir de hoje a visita está aberta, então, a gente só pede para organizar, estipula um período tipo no período da manhã está aberto (...) aí neste caso a gente deixa esta visita das 11 ao meio-dia ficar aberta para quantas pessoas a família achar que precisa” E16

“Fui tentando falar com ele da maneira mais calma, que os médicos estavam no atendimento, seu filho parou (...) os médicos estão lá, quando eles terminarem você pode ligar. Ele vai te atender e falar o que aconteceu. Sabe assim, ele foi se acalmando, eu vi que ele foi se acalmando e ficando tranquilo (...) Aí eu vi que o jeito de falar, o tom de voz, o jeito firme, não gaguejar, tudo isso aí, eu achei que foi bom no sentido de acalmar ele” E19

5.2.1.13 Desejando acolher quando a dor é maior

A família ao se deparar com a situação desconhecida, onde o futuro fica incerto, ou ainda com o falecimento de sua criança, se desespera. A enfermeira percebe que surgem outras necessidades, pois as informações não são assimiladas, e a família precisa

ser amparada. Se coloca no lugar do outro e no desejo de oferecer apoio para aliviar essa dor tão intensa, então, arruma espaço para que esteja com a criança. Outras vezes, se aproxima em silêncio, ou abraça e se coloca à disposição, procura escutar o que a família tem a dizer, e compreender, pois sabe, que nesse momento, o seu amparo é o que há de mais importante. Muitas vezes, nesse momento, solicita o acompanhamento da psicóloga para que acolha as emoções familiares. Em diversos momentos, essas ações despertam a gratidão da família.

“Muitas vezes, eu chamo o psicólogo, dependendo do caso... dependendo do horário, porque precisa de ajuda, sabe? De todo mundo... aí todo mundo vai ajudar, você vai ficar ali... você vai dar o apoio, em silêncio porque não adianta você ficar falando...”
E1

“Às vezes, a gente só acolhe, porque também naquele momento ela não está preocupada no que levou àquele desfecho, ela só está vivendo aquele momento do luto, então, todo resto para ela é perdido e esquecido, você não consegue assimilar ela, você não consegue assimilar a pessoa, naquele momento, você só consegue tentar falar alguma coisa que a gente, às vezes, acha que é reconfortante.” E2

“Em uma situação de morte, você sabe que nada ali vai trazer um conforto. Não que não traga conforto em algum sentido, mas não aquilo que, aquela pessoa gostaria que estivesse acontecendo ali, sabendo que é permanente, que não vai acontecer nunca mais. Mas, eu sempre fico ali perto (...) tento ficar ali do lado (...) e fico à disposição. Aí a gente abraça, e a mãe vem e abraça a gente. Quando faz mil questionamentos eu tento responder aquilo que há resposta, porque para muitas coisas eu acredito que não tem uma resposta concreta, de você... ‘Porque que aconteceu isso comigo?’ Às vezes, não tem, mas eu procuro ficar sempre à disposição, é difícil, é uma situação difícil.” E3

“Ele sabia que era assim mesmo, de que essas coisas acontecem, então assim, você tenta, sei lá... dar sua opinião, pergunta se ele quer ver, se ele quer fazer, se ele quer tirar alguma dúvida, se ele está com alguma dúvida em relação ao que o médico falou, ao que aconteceu com a criança, ao que levou a isso (o que levou ao falecimento da criança)...” E4

“Tem hora que a gente tem que sair de perto, senão a gente chora. Chora muito, porque são situações que a gente tem que engolir seco... não dá para ficar e chorar, como a gente quer... não pode.” E5

“Ah eu tento acalmar. Eu tento conversar com ela, falar que ela tem que ser forte, que o bebê precisa dela... ela tem que acreditar que ele pode ficar melhor... que ela não pode se desesperar, tem que ficar firme, por mais difícil que seja... mas que o bebê precisa dela, que ela precisa estar lá, com ele então. Então, eu tento essa parte, mas é difícil.” E5

“Então, foi bem difícil para ela, e aí a gente não tinha o que fazer, ele precisava daquele suporte. A gente nem tinha muito que fazer na verdade... a gente tentava ter um pensamento positivo: não, amanhã você vai ver ele já vai estar melhor amanhã! Você já vai conseguir pegar ele no colo...” E6

“E aí quando o pai vê, e ele, às vezes, chora, e, às vezes, ele olha para você dizendo vai dar certo e você não pode dizer que vai. Mas, você diz assim, olha tem tudo para dar certo, nós vamos nos empenhar, nós vamos fazer tudo que for possível para dar certo. Porque você não está se comprometendo em dizer que vai dar certo, mas você está pensando em dizer para ele, olha vai dar certo sim, confia que vai, mas você não pode ir com tanta empolgação. Você tem que se ponderar ao falar. Você tem que se acautelar ao falar e saber o que vai falar. (...) porque pode não dar certo e aí ele vai dizer assim. Nossa, mas enfermeira me garantiu que ia dar certo, entendeu? Então, olha eu estou aqui para tudo dar certo.” E7

“Porque, às vezes, você conversa com a família como eu estou conversando com você, eu posso estar conversando desta forma, olha vai ficar bem. Vai dar tudo certo. Direcionar um olhar, eu acho que um olhar diz tudo, te sustenta, um olhar te carrega, um olhar que conforta. Então, às vezes, você não precisa falar nada, é você estar ali olhando, prestando atenção. Este é o meu olhar, o meu olhar para ela. Posso ter dez bebês, mas eu estou com ela naquele momento.” E8

“E eu acho que a abordagem é (...) procurar um tom de voz calmo, falar mais ou menos na mesma altura para que se sintam mais amparados, e, às vezes, os familiares tão sozinhos, seja a mãe, seja o pai que vai lá. É perguntar se gostaria que alguém próximo da sua família entrasse junto para ficar lá (...) então, às vezes, está lá a avó do bebê, a mãe sente segurança que ela esteja presente e não o pai, então, a gente acaba flexibilizando algumas coisas nesse sentido.” E9

“Abraçar mesmo, nessa hora nada que você fale vai estar bom. Nada vai resolver. Então, deixar a mãe chorar mesmo, faz bem, é dar um espaço para ela pensar mesmo porque não é fácil.” E10

“Na piora do quadro, quando o bebê afunda mesmo, que aí a gente começa a colocar droga, a gente começa a ver que o negócio está ficando feio, eu gosto de ficar perto. Então, eu pego a mão da mãe, ponho a mão na criança, eu falo que vai dar tudo certo, eu peço para ela rezar, se tiver alguma religião, se quiser trazer algum líder religioso... que a gente tem entrada liberada, eu gosto de estar perto, e de ajudar neste momento, dar este amparo. (...) Para mim é muito difícil, eu não sei o que falar, porque, às vezes, eu só quero chorar junto, eu não encontro palavras para falar, poucas vezes, eu consegui chegar perto da família, e dar um abraço, e ter este contato físico. Mas, eu gosto muito, de depois de tudo, de oferecer para que ela pegue o bebê no colo, então, eu gosto de deixar o bebê arrumado, já furei a orelha de bebê morto, já coloquei o vestidinho que ela queria, mas a notícia, este momento do desespero de descobrir, eu fujo.” E11

“E na madrugada a irmã daquela mãe que eu deixei ela entrar junto com a mãe para ajudar, ela me mandou uma das mensagens mais lindas que eu já recebi na minha vida, dizendo que eu tinha sido um anjo que estava aqui naquele momento tão difícil, eu conseguir de uma maneira fazer ser menos doloroso” E12

“Aí eu percebo que ela está chorando, ou cabisbaixa assim... Percebo que ela está triste, (...) então, eu percebo que isso me mostra um sentimento de que ela está frágil, em um momento vulnerável da vida dela (...) ou, às vezes, eu percebo que o olhar está muito longe (...) você percebia que olhar dela estava perdido” E16

“Então, é assim, é um entrar junto com a mãe ali naquele momento e você tem que saber levar este momento porque você sente a sensação da mãe e você acaba conseguindo fazer alguma coisa naquele momento. (...) Eu até falo: ‘isso mãe, não pode ficar preso!’ Porque uma coisa presa é ruim, você tem que soltar (...) quando é um choro de uma lágrima descer e a mãe ficar totalmente estabilizada isso é normal, isso é natural, eu que não sou a mãe da criança, dependendo do estado também fico emocionada imagina a mãe, então!” E17

“E ela agradece por eu estar naquele momento junto com ela. E é muito estranho, quando a gente fala é passar uma coisa junto, a gente não passa as coisas juntas, a gente pode até estar junto com a outra pessoa, mas a gente não está vivenciando aquilo, ela estava vivenciando aquilo sozinha. Aquilo é dela, ela não vai mesmo tendo pessoas perto que vão ficar apoiando sim como muitas eu faço eu sei que ela vai estar passando por aquilo sozinha.” E19

“Depois que eu vejo que já está mais equilibrada a situação, eu pergunto se ela quer ficar a sós na salinha lá com ele, no quarto que o bebê está. Algumas querem. Aí eu saio, fecho a porta” E21

5.2.2 A interação com a equipe

O relacionamento com a família acontece dentro de um contexto onde o foco é o cuidado à saúde da criança. Diversos profissionais encontram-se envolvidos nessa atividade, e se relacionam, mutuamente, entre si e com a família. Muitas vezes, o papel da enfermeira nesta situação é mediar esses relacionamentos que ocorrem de diferentes formas de acordo com a função de cada um. A equipe médica exerce grande influência devido a peculiaridades relacionadas ao poder hierárquico que lhe é instituído.

5.2.2.1 Tendo conflito hierárquico com o médico

A enfermeira percebe-se em conflito com o modelo biomédico tradicional, onde o poder das decisões se encontram no médico. Sente-se frustrada ao perceber que a presença da família e mesmo as informações oferecidas são pautadas nesse modelo, em detrimento de suas necessidades. Busca, então, remediar a situação na medida do seu alcance, estendendo o horário de visita e quando possível colaborando para a compreensão familiar.

“Os médicos não querem que as famílias fiquem lá, alguns médicos, não todos. Só que eles não falam isso para família. Eles querem que a gente fale isso para família... (...) e a gente fica ali... no meio da linha de tiro. Então, às vezes, a gente fala: ah... tá hora do café, você quer tomar um café? Para ver se dá tempo do médico passar, e já sair, alguma coisa assim (...) de uns tempos para cá, eu estabeleci para mim, comigo mesmo que eu não falaria mais que o pai não pode ficar, que se o médico quisesse que o pai sáísse que eu falaria para ele conversar com os pais e dizer que o pai não pode ficar... Que o médico fosse falar...” E3

“Eles eram de outra cidade, mas eles estavam todos os dias lá, de manhã e à tarde, e aí veio a avó, eu entendi que é a avó da mãe, 87 anos, queria ver o bebê em um final de semana. (...) e a doutora não deixou. A vó estava lá, na portaria, não deixou entrar. (...) mas assim, o que que custa? Se você parar para pensar a gente não sabe... se amanhã vai

estar vivo... a gente não sabe... não podia ter deixado entrar para ver? É um bebê que não abre o olhos... os pais pediram para eu abrir o olhinho para ver a cor dos olhos... então, assim é difícil... e ela não deixou...” E3

“(...) se o médico pediu um exame, ele espera o resultado, vai atrás do resultado. Não ficar eu, a cada 15 minutos olhando ali no sistema vendo se saiu tudo, ou ter que ficar me preocupando em liberar e ficar ligando no laboratório para descobrir quanto tempo para juntar tudo para levar para ele ver se ele vai mudar alguma coisa... e aí você vê que não tem essa... depende muito também, tem alguns que vão ficar ali horas esperando a criança melhorar. E outros que já não, aí você vai ter que ir lá, ter que, várias vezes, no quarto, falar: “Olha está desse jeito, olha aquela coisa que eu te falei é 2 horas ainda continua...” E4

“(...) mas assim também varia um pouco da abertura que você tem com o médico, porque tem médico que não vai se incomodar, de você estar ali conversando e tem uns que já vão gritar e falar que não, que quer isso para agora, deixa a família, passa só o horário e deixar ele ir embora, então, depende...” E4

“O outro lugar que eu trabalhava era bem diferente. A visita médica passava em 5 minutos. E sem muito espaço para perguntas, falava o que tinha que falar rápido e já ia para o próximo que é para não dar muita intimidade para pessoa ficar perguntando muita coisa. Eu tinha a sensação que era um incômodo ter a família ali para os médicos e até para a gente profissional, por que reflete para a gente também. A gente fica receoso. Sabe tem medo de chegar perto da família. E comecem a fazer muita pergunta. Tem coisa que não cabe a nós responder. E aí fica aquela situação difícil... isso não acontece aqui.” E6

“Não sei se é porque estou nova neste ambiente, eu vejo que a gente fica muito restrito em conversar com a família devido ao médico. O médico, eu já presenciei momentos em que o médico fala de uma forma: “Olha o seu filho não vai sobreviver!” E a gente tenta de alguma forma falar assim: “calma um dia de cada vez.” (...) existem médicos que são diferentes que não gostam que a enfermagem entre em contato direto com os pais do RN. Só ele manifesta, e a gente fica bastante restrito na comunicação.” E8

“(...) infelizmente, a gente trabalha com vários tipos de médicos. Tem uns que são muito bacanas, muito humanizados. E outros que infelizmente não. Vai muito do

humor do dia, você fala assim. Ah, eu vou pedir, vou dar a cara a tapa, o não eu já tenho.”

E13

“Eu não gostei da abordagem da médica. Ela fez a mãe vir, falou que ela tinha que vir. (...) ela tirou os dispositivos na cara da mãe. Achei que não precisava disso. Pedi licença para os pais um pouquinho e aí eu estava tirando, e daí ela falou: não! Põe no colo da mãe que eu vou tirar! (...) isso me marcou muito. Hoje, eu faria diferente, já hoje eu bateria de frente. Eu já teria tirado a mãe, já teria deixado arrumadinho a criança para entregar para mãe” E14

“É mais um critério da equipe médica que eles pedem para retirar porque a gente sabe que o familiar tem o direito de ficar do lado do paciente durante o procedimento, mas a equipe médica aqui decidiu por eles não dar essa informação para o familiar (...) a nossa chefe da UTI médica é uma pessoa difícil, ela trabalha em uma UTI, mas não gosta de ouvir as coisas apitando, não gosta de ouvir criança chorando. Por isso, que ela não tem contato com a família, mas também ela ditou esta regra e para a gente ter uma harmonia de trabalho com ela a gente acabou acatando.” E16

“Ainda mais nessa questão de que as decisões são feitas só pelos médicos, eu acho que deveria ser uma decisão em conjunto com a família, mas os médicos tomam a frente e tomam as decisões do que eles acham correto, mas isso eu não posso interferir, às vezes, até falo alguma coisa, mas procuro não interferir.” E19

5.2.2.2 Encontrando no médico um aliado

A enfermeira percebe que não está só no desejo de oferecer um cuidado mais humanizado, que inclua a família, e perceba suas necessidades. Verifica que a equipe médica caminha na mesma direção e se sente mais segura. A família é quem ganha com a postura humana, inclusiva e preocupada dos profissionais de saúde.

“A gente tem uma médica que é a coordenadora da equipe e ela faz o transversal. (...) Então, ela pega a mesma linha. Ela está de segunda a sexta, as maiores condutas são dela!! (...) Ela é muito clara com a família... ‘Olha o bebê está grave, eu já fiz isso, já fiz aquilo... Eu vou fazer mais isso, se não responder, não tenho mais o que fazer...’ Sabe? Então... é uma questão... acho que é bem esclarecido para eles.” E5

“E os médicos também, passam na rotina, que é ao meio-dia, na visita médica, então eles passam, eles falam, elogiam sempre o bebezinho, falam quando está tudo bem. “Aqui está tudo bem...” começam sempre falando pelos pontos positivos. Eu percebo também, eu acho bem legal... eles não ficam delongando muito a conversa, mas estão ali abertos, não tem pressa. Porque tem aqueles pais que questionam bastante, aí eles respondem as questões, sem problema nenhum. Eu acho que é neste sentido.” E6

“Nós temos a visita do meio-dia que é uma vez por dia que aí o médico vai passar todas as informações, vai passar o boletim e tem um contato maior, e como é sempre a mesma profissional (...) ela acaba tendo um contato maior com a família. Eu acho até positivo que seja sempre a mesma, porque ela já tem uma linha e já está acompanhando mais de perto está família, (...) ela acompanha, ela sabe do que está acontecendo na íntegra com a família e com a criança e consegue fazer uma ponte, trabalhando melhor.” E9

“Querem ouvir que está tudo bem e, na maioria das vezes, não é assim. E isso acaba gerando um... descompensando mesmo, fica nervosa a mãe, às vezes, a família mesmo. Mas, vai tudo de conversar, os médicos conversam, esclarecem e acaba ficando tudo bem.” E10

“Agora, em questão de comunicação, a gente tem uma médica, que ela tem muito jeito. Ela gosta, de conversar com a família que está lá, de criar este vínculo. Na maioria dos dias, é ela que faz este papel de conversar, e sempre conta, para a equipe de enfermagem, algumas demandas, que ela recebe da família” E11

“Olha, eles são muito seguros na forma de falar. Alguns são igual eu, abraçam a mãe, choram com a mãe. E outros já são mais sérios, falam da notícia. Fala ‘meus sentimentos’ e já sai. (...) Eu já vi médico que saiu, mas na hora que ele estava no computador deles, estava chorando. Ele falou: eu precisava sair logo porque eu não queria chorar na frente dos pais. (...) Agora as mulheres não, Elas choram na frente dos pais, elas abraçam... já é mais de mulher mesmo!” E15

“Quando tem um óbito a gente vai comunicar junto. Então, a gente sempre faz junto para dar mais segurança para esta mãe é porque a gente está ali todos os dias juntos para mostrar que realmente é uma equipe, e que essa equipe está preocupada com bebê dela que não é só um bebê, é o filho dela, entendeu? Então, eu acho que é isso, que traz um pouco de segurança para eles e para mim é super tranquilo de trabalhar.” E21

5.2.2.3 Alinhando o cuidado da equipe de enfermagem

O relacionamento com a família ocorre entre as diferentes equipes de enfermagem e com todos os seus integrantes de diferentes formas. O cuidado acontece permeado pela comunicação informando, acolhendo, mas também de forma corriqueira. A enfermeira percebendo a importância dessa continuidade acontecer de forma alinhada para que não gere contradições, valoriza a comunicação entre os plantões no sentido de favorecer o relacionamento com a família.

“Eu falava para a mãe que tem de confiar em todo mundo (...) confiar, tem que confiar em todo mundo, porque os plantões são diversificados. Tem um plantão de cada enfermeira. (...) se você não conseguir conviver o que vai acontecer é que você, vai ficar desconfiada do serviço prestado aqui e não é isso que nós queremos. Eu te garanto o serviço de todo mundo.” E7

“Isso, e assim eu acho eu tenho certeza que eu não sou egoísta que eu envolvo todas as enfermeiras, eu procuro. Olha, mas amanhã quando o senhor vir a (fala o nome da enfermeira do plantão seguinte) vai estar aqui, ela é muito boa, o senhor pergunta para ela, porque ela vai te explicar. Eu procuro sempre envolver as minhas colegas enfermeiras, para que eu não seja a única a saber fazer o diferencial.” E7

“Eu acho que tudo que você fizer deve introduzir o protocolo (...) Tem que capacitar a equipe para falar a mesma língua, porque eu percebo (...) que nem todo mundo, de vinte colaboradores, oito falam diferente. Então, se a gente não introduzir a mesma língua vai ficar confuso. E aí, eles ficam com receio de comunicar com a mãe, fica aquela forma mecanizada” E8

“Nesse primeiro momento na verdade, eu acho que eles não absorvem nada, eles não entendem nada. Então, a gente sempre colocou lá, passa em plantão inclusive, olha eu recebi esse bebê, conversei com a família, só que não creio que eles absorveram o que realmente está acontecendo. Peço que reforce, peço que converse novamente. Porque neste primeiro momento é um choque o que está acontecendo.” E8

“Eu falo para a equipe e para a família, porque não adianta nada a gente trabalhar com a família, tentar tranquilizá-los, usar todos os artifícios que a gente tem lá naquele

momento para deixar tudo da melhor forma possível, um olhar mais tranquilo e mais seguro para família e chegar o técnico e falar uma besteira na beira do leito. Falar: ‘Olha, ele está entubado, então, está precisando de ventilação’ isso aí já desespera a família, e se a gente chega e falar: ‘olha está precisando de ajuda para respirar do aparelho (...) pode ser que daqui alguns dias já esteja sem’ enfim, é outra forma de abordagem.” E9

“Que eles tenham segurança do que estão falando para família, se porventura algum familiar abordá-los, (...) eu tento falar isso, para que falem só o necessário. E segurança no que está falando, porque senão acabam falando meias palavras e por fim o trabalho acaba indo meio que por água abaixo. Eles têm que saber o que eles estão falando e falar só o necessário, muitas vezes, eu falo até para equipe dos técnicos, se vocês não têm segurança ou perguntam alguma coisa que vocês não vão saber responder, digam: Espera que eu vou chamar a enfermeira ou o médico para poder falar melhor para você.” E9

“Eu acho importante nós enfermeiros termos uma boa comunicação entre nós para que a nossa equipe seja parecida... que a gente pareça falar junto, principalmente, para os pais.” E12

“E quando uma funcionária diz não para mãe, e aí tem outro horário que alguém fala sim, porque que o funcionário fulano deixou e nesse plantão não pode, aí começa o questionamento. Então, não está batendo o cuidado, o cuidado tem que ser geral em todos os horários, nós temos que falar a mesma língua, (...) Todos tem que falar português porque senão gera isso na mãe, porque que fulano faz isso e ciclano não faz” E17

5.2.2.4 Tendo parceria com a Equipe Multiprofissional

Relacionar-se com a família é uma tarefa feita em parceria com diversos profissionais de saúde. Cada um, de forma diferente se relaciona e complementa a assistência oferecida à família, de acordo com suas responsabilidades. Compreendendo essa necessidade, a enfermeira compartilha com os demais profissionais, dessa forma, o médico é quem oferece as informações sobre o estado de saúde e o tratamento do bebê, a psicóloga procura oferecer conforto emocional, e em conjunto com os demais profissionais discutem o cuidado ofertado ao bebê e por extensão à família. Em alguns momentos, a família é convidada a participar da reunião multiprofissional, onde recebe

informações diversas sobre o estado da criança. Em algumas falas, é possível perceber o reflexo do trabalho ainda muito centrado do poder médico.

“Então, assim, era toda a família. Explicava tudo, tudo sobre o cuidado paliativo sobre a doença o que aconteceu com a criança. O que é isso cuidado paliativo que ia ser... e aí a família que falava. Que acabava conduzindo a conversa, porque aí ela perguntava as coisas, ia tirando as dúvidas e iam respondendo o que achavam que ela queria. E foi, e toda a equipe estava envolvida.” E4

“(...) todo mundo fala... acho que a gente nem tanto mas tem a parte médica que fala ‘pode ter essa complicação, essa complicação... o seu filho está usando isso, porque o pulmão dele não está assim ainda, ele nasceu muito pequeno, então, por isso, que parte do corpo dele é isso’ (...)” E4

“Tem dias que é bem difícil... apesar de que ali a gente tem uma equipe que preza muito pela humanização, então, é muito difícil de não dar atenção para os pais... de ter estas intercorrências, (...) a gente atrasa a visita para não deixar esta falta de informação para ele, (...) para que quando eles entrem possamos estar disponíveis para eles...” E5

“Todo início de plantão, a gente junta a equipe multidisciplinar e discute, diariamente, o tratamento do bebê (...) a comunicação terapêutica tanto entre os profissionais como a gente e a família, é o princípio de tudo. É o que define muito lá na frente (...)” E8

“Existem mães que quando a gente começa a inserir nos cuidados, elas chamam a enfermagem o tempo todo, bebê não pode tossir. E a gente dobra o cuidado deixando um técnico em vigilância maior. A enfermagem em vigilância maior, o médico reforçando as orientações, chama psicóloga que oriente, faz as orientações fisioterapia. Então, a gente chama toda a equipe multiprofissional para orientar melhor, deixar um cuidado maior com essas mães” E8

“Tem mães que rejeitam, eu já percebi três casos de mães que entram em depressão pós-parto, e não ia, ia muito pouco e aí então a gente tenta colocar Assistência Social se necessário, tenta conversar com o pai, com familiar que está presente. Tenta ver se é psicóloga pode dar algum poio especial para esta mãe. O que que pode ser feito, a gente entrevista muito o pai ou familiar que comparece para ver o que está acontecendo, explica qual é a importância do vínculo que o filho tem que desenvolver com a mãe” E8

“A gente conta com a ajuda da psicóloga, eu acho que é de extrema importância, às vezes, a família tem outros filhos que acabam querendo saber do bebê. Já geram certos ciúmes e receios, por outro lado, a mãe acaba saindo muito de casa para acompanhar esta criança na Neonatal, enfim, se ausentando e deixando de dar aquela atenção para o outro. Então, a psicóloga tem um trabalho bem legal também, porque ela conversa com uma família e diante do permitido, do possível, de levar este irmãozinho para visitar e então ele pode fazer cartinha, desenho. E nós tiramos um dia da semana, ou da quinzena para que isso aconteça.” E9

“Geralmente, a gente consegue o apoio da psicóloga, que tem um vínculo aí, ela que atende a família, as psicólogas na neonatal são muito presentes, assim, elas são vínculo com a família. Então, a gente sempre solicita a presença delas, e em caso de falecimento, uma de nós enfermeira, sempre possa estar próximo por causa de estar acontecendo alguma intercorrência com a mãe, ou com o pai, de passar mal, e aí precisar de algum apoio emergencial. Eu fico, mas eu não gosto.” E11

“(…) quando a gente percebe essas coisas a gente chama a psicóloga para conversar. (…) Porque, às vezes, não é só um problema da criança que estava hospitalizada. Mas, às vezes, algum outro problema em casa. Somos um hospital SUS e a gente tem muito problema social.” E16

“A gente tem um grupo no WhatsApp dos enfermeiros, dos médicos, nutricionistas, tudo que tiver em relação, só tira os técnicos. Todos os profissionais que estão envolvidos dentro do hospital (…) E você vê que acaba sendo uma comunicação diferenciada também porque todos estão falando a mesma língua. Aí não tem como falar assim, fulano fez isso, mas ninguém sabia, não, todo mundo do hospital sabe, de manhã de tarde, de noite, o outro plantão.” E17

“Eu já tive reunião também com os médicos, mas, às vezes, eles viam que a família estava muito ansiosa e queria conversar, queria falar, mas tipo não era uma conversa que você via que era estar junto ou que eles estavam entendendo o que estava passando, era uma conversa para aliviar um pouquinho, entendeu? Não era efetivo, e eu vejo isso acontecendo lá também.” E19

5.2.2.5 Liderando a equipe de enfermagem

A equipe de enfermagem nem sempre se sente segura para compartilhar o espaço com a família. Como líder da equipe, a enfermeira percebe esta dificuldade, e compreendendo a importância do relacionamento com a família, oferece orientações, exemplifica e direciona, estimulando um relacionamento acolhedor e respeitoso. Da mesma forma, buscando um controle maior da situação, ela toma para si situações de maior complexidade.

“No começo, eles chamavam os pais de “paizinho” ou de “mãezinha”, e aí a gente foi orientando, olha, não é assim, isso não está certo, mas (...) eu não lembro o nome dela... Simples, pergunte... por favor, a senhora me desculpe, mas como a senhora chama? Eu não me lembro mais do seu nome...” E1

“Eu tento conversar um pouco mais com elas em relação, que tem que aceitar, que você vai ter que aprender as coisas com a família, independente de qualquer coisa, que não adianta, que é mais fácil você explicar e fazer do que você só fazer e ficar achando que você está sendo julgada por aquilo e que, realmente, tem alguém te avaliando por tudo que você faz...” E4

“Sem dúvida faz toda diferença, o jeito que nós enfermeiras nos comunicamos tanto com os técnicos como com qualquer outro profissional e como isso chega para os pais... Então, eu sempre falo para as meninas, para a gente tentar falar baixo, para a gente mesmo que esteja um pouco alterado, talvez deixar para conversar em outro momento. (...) Então, nesse sentido, eu sempre tento pensar um pouquinho também, e observar o jeito que falo, o tom de voz que fala, não só com os pais, mas um profissional com outro também” E6

“Então, eu comecei a envolver a minha equipe na conversa com os pais, a falar do bebê, (...) mas não dar informação que não seria para eles estarem dando, mas tipo ajudar na amamentação, não ter medo de conversar com os pais dentro do que era da “peixada” deles (relacionada ao cuidado que eles oferecem à criança). E aí a minha equipe (...) eles não tinham mais medo. Eles conversavam mais, eles interagiram mais com as famílias. (...) porque, muitas vezes, os pais, também pelo fato do técnico cuidar do bebê, eles sentem mais liberdade de conversar com os técnicos.” E7

“Diante de uma situação de estresse eu tento, como estou te falando: muito a acalmar. Então, eu não sou uma pessoa explosiva. Que quando tem uma situação de estresse, acontecendo alguma coisa que não agradou eu vou naquele momento querer resolver. Não, eu vou lá vou fazer as minhas atividades. Tudo que eu tenho, a hora, e quando eu sentir que é o momento apropriado, aí eu chamo a equipe para conversar.” E9

“Porque tudo que é imposto gera um peso e eu acho que desde a equipe mesmo se a gente estiver trabalhando em uma equipe bem coesa e bem integrada, uma engrenagem mesmo, tudo foi melhor. E eu prezo muito pelo respeito, eu acho que é a base de tudo. Seja com técnico. Seja com a família. Seja com os médicos, qualquer relacionamento que a gente tem a gente tem que ter respeito.” E9

“Quando ocorre algum tipo de desentendimento, ou também quando eu vejo que está passando um pouco do limite, este vínculo, porque a gente tem que ser profissional, além de tudo, tem que separar algumas coisas. E quando a gente fala de criança, as pessoas ficam muito emotivas, ficam muito coração... e a passagem de informação, informações que não poderiam ser passadas por aquele profissional (ela se refere a informações médicas), então, quando tem este tipo de situação, eu gosto sempre de fazer orientações, às vezes, até orientações escritas, para que este profissional repense algumas atitudes, sobre a conduta dele.” E11

“Nem todos da equipe são tão calmos. Eu realmente sou muito calmo tranquilo, então eles já têm orientação, tipo assim, você vê que o pai está te encurralando. Então, assim ‘Só um minutinho que eu vou chamar o Enfermeiro!’ Eu falo para eles nunca entrar em atrito quando eles percebem: ‘Só um minutinho que eu vou chamar o Enfermeiro!’ E eu vou lá. Tanto que eu nunca tive, em oito anos como enfermeiro problemas de familiares com alguém na minha equipe.” E12

“Mas, aí quando você recorda: gente, vamos treiná-las (as mães) porque elas precisam ter segurança para ir para casa. Por isso, que eu falo que é automático, mãezinha vem aqui que eu vou te ensinar, quer pôr o termômetro? Você quer trocar a fralda?” E13

“A equipe de enfermagem, eu espero que eles sejam humanos, sejam frágeis também para entender a situação. É uma coisa que eu vejo muito no perfil de quem trabalha com Pediatria, a gente acaba sendo mais sensitivo, mais sensível também, (...) eu já trabalhei na equipe da manhã, da tarde, da noite e acho que é muito difícil entre

todos não se emocionar, chorar ou sentir alguma coisa quando a gente perde uma criança.”

E16

“Eu espero da minha equipe, eu falo: ‘gente, toma cuidado com que vocês vão falar. Como que vocês vão contar. Como que vocês vão abordar.’ Porque, às vezes, não é o que você fala, mas é como você fala, então eu falo: ‘Olha essa mãe, está mais fragilizada, está chorando!’” E16

“Eu tento mostrar para elas que nós temos horário, mas não que o horário não possa beneficiar a mãe ou a criança naquele momento (...) aí eu entro no meio, aí hoje você está com duas, três, então faz o seguinte, cuida daquelas duas ali que a mãe está chegando daquela e aquela ali eu vou ajudar, então por que que eu faço isso? Aí elas vêm que não vou abrir mão de uma mãe participar naquele momento (...) e elas vão fazer aquilo porque eu vou cobrar e se elas não fizerem vou chegar perto” E17

“Então, eu uso do recurso aquele funcionário que está tendo vínculo para conseguir ajudar também, porque, às vezes, eu não consigo criar um elo com ele, não é todo mundo que a gente consegue criar um vínculo, às vezes, a gente não consegue. Então, a gente tem que usar o recurso que a gente tem nem que seja usar o outro para fazer com que chegue no paciente, no caso da adolescente eu falo.” E19

“É, e também é questão da comunicação no sentido de apaziguar os ânimos. Teve um caso de uma funcionária difícil também ela estava se estranhando com adolescente e eu estava vendo a hora que os dois iriam se pegar, e eu era responsável pelos dois... aí eu entrei no meio, fui conversando, fui falando tal, não sei o que no final do plantão os dois estavam amigos.” E19

5.2.3 A interação com a Instituição

Trabalhando dentro de uma empresa onde os valores que se manifestam na organização acabam por refletir no cuidado prestado à criança e, principalmente, no relacionamento da equipe com a família da criança, a enfermeira como parte deste todo percebe que suas ações, muitas vezes, são guiadas por estes princípios.

5.2.3.1 Reconhecendo suas atribuições de enfermeira

Trabalhando em uma unidade onde, muitas vezes, o modelo é médico centrado, a enfermeira se sente dividida entre suas atribuições e a necessidade de oferecer atenção à família. A sobrecarga de trabalho faz sentir-se limitada e insatisfeita com o cuidado que realmente gostaria de oferecer. Reconhecendo seu espaço, percebe que apesar de nem sempre estar de acordo com a conduta médica deve evitar chocar-se contra ela. A criança é o bem mais precioso da família, então, ela busca oferecer o cuidado a ela com o máximo de dedicação, estando ali por inteiro. O relacionar-se com a família surge dentro desse cuidado, assim como em momentos que ela percebe alguma necessidade.

“Explicamos dentro daquilo que a gente pode, porque ainda por cima nós não podemos atravessar a conduta médica, mesmo que a gente saiba que isso, que o médico... porque tem médico que ele sabe, até que a criança pode, por exemplo, ir a óbito, mas ele não vai falar isso, ele, tem médico que não, ele prefere que seja o contrário daquilo que ele falou, que dê azar, e não aconteça aquilo que ele falou.” E1

“Tem família também que já não tem receio de nada, e não se preocupa com as coisas que a gente dá importância... então, a gente fica fissurada com cateter com tubo e a família já não tanto, e ela não pensa muito nisso, e a gente está só preocupada com isso, em ninguém pegar no colo e perder, e eles não” E4

“Deixam os seus bens mais preciosos para gente, então, eu acho que a gente não faz mais que a obrigação de deixar eles ali aconchegantes, dentro do cuidado. Porque é a vida deles que está ali. Tudo que eles queriam e precisavam está na nossa mão. Então, a gente precisa mostrar. Que a gente está fazendo da melhor forma. Como se fossem eles no cuidado. Do mesmo jeito que eles querem fazer com os bebês, é o que a gente tenta fazer... é as tias com os tios ... sabe, então, assim eu acho.” E5

“É muita demanda... o paciente chega, e tem toda aquela rotina que envolve uma admissão... colher exames, passar sonda se necessário... ventilação não invasiva (...). Então, é uma demanda muito grande... mais nesse sentido, por conta disso. Porque a gente faz o Golden hour... (o termo Golden Hour se refere à primeira hora de vida tanto para o bebê a termo como para o e no sentido das intervenções realizadas). Então, tem que fazer tudo na primeira hora, que é a hora de ouro... então, acho que a gente... eu, assim, fico mais focada neste sentido do que em relação aos pais.” E6

“Então, quando você abre a porta para recepcionar esta família, você tem que estar bem, mentalmente, espiritualmente, emocionalmente, mesmo tendo problema em casa. Mas, lá você tem que deixar, você tem que se vestir de um novo profissional, uma nova personalidade, incorporar tudo de bom para receber essa família.” E7

“É isso, com relação a nós profissionais mesmo, porque, assim, às vezes, nós temos problemas em casa (...) então, às vezes, nós, por este outro lado, nós estamos sensíveis, nós temos família, nós temos uma vida fora do hospital. Hoje é dia de eu trabalhar, então, eu tenho que fazer uma reflexão antes de sair de casa (...) eu procuro deixar dentro do carro tudo aquilo que me chateou muito durante o dia. Porque eu vou cuidar de vidas, eu vou cuidar de pessoas” E7

“O nosso papel eu acho como enfermeiro é sempre manter a empatia, e sempre pensar: poxa, olha o que sua mãe está passando, às vezes, ela não tem só este filho, ela tem outros ela tem uma vida lá fora, e lá ela não tem TV, não pode levar celular, não pode fazer nada. É dentro de um quartinho com o bebê, e aí como que está sendo, difícil, então, tem tudo isso é bem complicado o nosso trabalho.” E8

“Realmente, para o bebê, não para mãe, se você parar para pensar o nosso cuidado com a mãe é pouco, é bem pouco, assim poderia ser maior entendeu? (...) só que eu percebo que é uma deficiência nesse aspecto porque a gente fica tão visando tanto o cuidado com o bebê com prematuro no momento que ele chega na unidade, que muitas vezes passa despercebido esta comunicação com os pais. (...) E aí cabe a gente, cabe a enfermagem, eu acho que é 80% disso, 80% de como a mãe vai conseguir lidar com isso (...) A enfermagem através da comunicação que é o que entrelaça o desenvolvimento para uma melhor alta possível” E8

“Nós profissionais precisamos estar lá, com a unidade lotada, um monte de coisa para fazer, um sistema que não funciona e precisa anotar tudo, e nós somos seres humanos e, às vezes, nós estamos preparados menos para aquele plantão, mas isso não pode interferir no nosso trabalho, na nossa conduta. Então, nós temos que nos policiar muito, não deixar transparecer isso para família. Porque se a gente está nervosa com o sistema ou é algum problema com a equipe e transparecer, como que essa família vai para casa tranquila. Se está lidando, assim, com esta máquina, com esta equipe, como que vai cuidar do meu filho, da minha filha. Então, nós temos os dias que não estamos 100% mas nós temos que parar, pensar e tentar transparecer o mais calmo possível e tranquilizar.” E9

“Eu sei que não é de todo mundo fazer isso, mas eu não consigo ver alguém sofrendo e não vou perguntar assim para ela se abrir, não consigo só fazer o meu serviço, só coletar histórico e pronto acabou a mãe já pode entrar não, eu sempre tento olhar para esse lado mais humano. Sei que muitas pessoas estão no módulo automático.” E16

“Não porque na realidade eu não posso falar, como enfermeira eu não posso falar porque logo depois de mim quem vem é o médico porque quem tem que falar é o médico, então se eu falar: ‘Vai morrer ou não vai morrer ou então não tem nada’ e que de repente a criança morre quem que vai assumir sou eu, (...) posso até estar ali do lado, ajudar conversar. Mas, de quem sai da boca, qual é a patologia, o que está acontecendo, a gravidade é o médico, é o pediatra.” E17

5.2.3.2 Sentindo-se presa às regras e rotinas

Regras e rotinas estão sempre presentes, apesar da diferença entre as instituições e sua organização. A preservação da hegemonia médica domina a maioria delas, que nem sempre favorecem as necessidades familiares. Sentindo-se amarrada, a enfermeira procura na medida do possível adequar as regras ao seu favor. Infelizmente, em alguns momentos, isso não é possível, então, ela se conforma e cumpre o que se espera dela como profissional.

“A gente não pode, a gente tenta contornar por conta de regras e protocolos dentro da instituição. Mas, se um pai falar para mim que eu quero ficar com meu filho hoje, o dia inteiro e a noite inteira, eu só tenho que providenciar um lugar confortável para ele ficar... oferecer aquilo que a instituição me oferece, uma poltrona, uma cadeira, é aquilo, mas ele tem o direito.” E2

“Eu acho que é difícil você ter vínculo com uma pessoa se você não tem tempo para ficar com ela. Por isso, que eu bato nessa tecla de que o tempo ali, que ali o tempo muito restrito da família, ele atrapalha muito, essa questão, a família, a conversa...” E3

“Às vezes, a gente fazia vista grossa. Acabava o horário de visita, a gente fingia que não tinha percebido. Porque eu sou dessas, finjo que não estou vendo, que estou lá, mas não estou nem percebendo que ninguém foi embora, e aí elas vão ficando...” E3

“E o que vai desenvolver este óbito, a burocracia que vai acarretar. Então, eu percebo isso, que se torna uma coisa tão mecânica que as pessoas esquecem que ali tem uma perda. E como mudar isso? Não sei, é difícil...” E8

“Mesmo lá, às vezes, acontecendo algumas intercorrências, mas no dia a dia eu acho que é muito mais ‘pá – pum’. Então, a interação é muito rápida. Não tem este momento de escutar e de falar, de escutar e de falar. Não. É muito rápida e é muito imposto também. O que está acontecendo é muito imposto, sem a gente saber o que os familiares estão entendendo, o que eles estão querendo também...” E11

“Apareceu a família toda na porta da UTI. Aí nessas horas eu sou mole, eu quebro o protocolo, quebro tudo. Entra todo mundo! Ah, eu não consigo. (...) E aí veio o pai, o irmão do pai e o avô da criança. Aí entraram lá. Ai menina! E morreu na hora que eles entraram. Que nervoso. Aí a médica, aí, pega eletro e eles estavam lá, e choravam. Aí fui pegar o eletrocardiograma, e chorando também. Já virou aquela coisa de doido.” E14

“Teve um caso que a gente teve aí depois conversando com a mãe. A mãe pegou e disse que ela estava nova, estava recente no serviço e que ela não podia dar atestado porque ela tinha medo de perder o serviço aí ok a gente compreendeu e pedimos então que abrisse uma exceção de um horário de visita para ela fora do horário autorizado pelo hospital.” E16

5.2.3.3 Percebendo o papel da instituição

A instituição tem um papel primordial na oferta de recursos para o nascimento de relações mais humanas e que considerem a família como parte do cuidado. Nesse sentido, os valores da empresa se refletem na estrutura física, rotinas, educação continuada e atendimento prestado à equipe; e que são de vital importância para o cuidado mais completo. Percebendo que existem necessidades, a enfermeira reconhece o que a instituição de acordo com os valores abraçados, oferece de recursos favoráveis ou não às necessidades familiares. A impossibilidade de alterar estes valores a faz sentir de mãos atadas em alguns momentos.

“Não sei... de você pedir para família entrar, e ela ver, ou de você conversar na porta. Que para mim é horrível. Mas, você não tem muita opção. Porque se eu falo para família entrar, a primeira coisa que ela vai ver, já é o filho dela morto. Que também não

é a primeira coisa que você quer passar, porque seria bom você conversar primeiro. Só que ali você não tem lugar, porque ali é porta, copa, e já é a entrada. Então, você acaba conversando ali em pé... (...) Aí para mim, você não tem, nessa parte assim de estrutura, você acaba não tendo isso.” E4

“Se você faz com certeza, o que você está fazendo... você faz com segurança, e conseqüentemente isso transparece nas suas atitudes... Eu acho que tem toda relação, o apoio que a instituição te dá (...) o treinamento, que deixa a gente mais confiante, e isso sem dúvida, transparece para os pais. Este profissional sabe o que está falando, sabe o que está fazendo... Então, estou tranquilo de deixar o meu bebê aqui... ele perguntou alguma coisa e ela sabe falar!” E6

“(...) a coordenação do nosso setor, (...) ela sabe as nossas dificuldades e sempre tenta de alguma forma desenvolver algumas ferramentas para nos atender. (...) ela tem este feeling e de alguma forma ela tenta sempre nos ajudar. Então, eu não sinto isso, eu acho que a gente tem esse apoio da nossa coordenação, e eu acho que eu faço toda a diferença, com certeza.” E6

“Nós temos desde relacionamento interpessoal, temos alguns treinamentos que até o jurídico da empresa vai lá para conversar com a gente. Agora nós estamos mais distantes. Mas, com tratamentos online e coisas assim, mas a empresa se preocupa em todos os sentidos para nos preparar, desde de a parte jurídica até a parte técnica do relacionamento interpessoal, nós temos vários treinamentos voltados para essa parte de humanização mesmo, de abordagem. Nós tivemos um recente, o último treinamento de más notícias (...) E não necessariamente só voltado exclusivamente para o hospital. Mas, sim para a vida.” E9

“Isso, é que a gente precisa de ferramentas para poder lidar com algumas situações que vão acontecer, até porque ali existe um padrão de clientela que são crônicos, que são crianças muito doentes, então, a gente não consegue se livrar, a gente vai ter que lidar na verdade, a gente vai ter que aprender. Então, eu acho que a gente precisava um pouco mais de ferramentas para trabalhar com essa questão, às vezes, algumas oficinas, algumas outras coisas que não fossem tão direcionadas para criança.” E11

“Hoje em dia com os selos de certificação é um grande começo; os diretores de hospitais têm um olhar mais amplo para questão da humanização, é fundamental para o hospital seguir os selos, conseguir a credibilidade, conseguir dinheiro, é empresa e a gente

não pode esquecer disso. Então, isso abriu portas para a gente trabalhar essa questão da comunicação assertiva da humanização, de estar inserindo mais a família no plano de cuidados dos bebês e das crianças. Então, a gente tem que aproveitar esses gatilhos para construir um atendimento de excelência, porque hoje não tem como a gente fugir da palavra custo, da palavra dinheiro, que faz parte” E12

“Acho que a gente também precisaria ter este acompanhamento psicológico para a gente saber lidar melhor com esse familiar. Porque a equipe é o reflexo do enfermeiro, se ele não tem esta visão, a equipe não vai ter essa visão de como abordar o familiar, como tratar. Como você interagir, então acho que valeria super a pena, (...) se fosse algo complementar do atendimento psicológico com funcionário, o colaborador.” E16

5.2.4 Sustentada por Crenças e Valores

A enfermeira ao se comunicar com a família deixa transparecer valores que considera de grande importância. A verdade e o respeito, a espiritualidade em forma de apoio, e a importância de se relacionar dessa forma surgem como elementos que sustentam suas atitudes.

5.2.4.1 Prezando pela verdade

Apresentar de forma cuidadosa a verdade é para a enfermeira um direito da família que deve ser respeitado, da mesma forma, oferecer falsas esperanças é um desrespeito. Percebendo que a transparência quanto ao tratamento nem sempre é revelada à família, ela sente-se culpada, e entra em conflito com o que para ela é uma crença e um valor; acredita-se, então, traindo seus princípios. Apreende que a família se sente traída, e que o vínculo e o elo de confiança construído se encontra ameaçado.

“Depende do caso que a gente tem, a gente discute antes de passar visita, e fala: ‘A situação é esta, a mãe está assim’; porque a gente tem também que respeitar esta dor, que não é brincadeira... e falsas esperanças a gente não pode dar... porque a qualquer minuto... está na sua mão, e a criança para (...) muitas vezes, o enfermeiro, ele tem que contornar a situação” E1

“A gente tem uma família, acho que por conta da religião, os pais são testemunhas de Jeová, e a gente teve um contexto complicado por conta de transfusão de sangue. Eu falei que a criança ia ser transfundida e nenhum médico tinha falado. Foi no contexto, a mãe me perguntou, ela foi me perguntar e eu não vou mentir, um dia a criança estava lá e estava com acesso. E ela perguntou para mim: ‘Enfermeira, porque minha filha está com acesso? Ela não tem medicação, ela está sem antibiótico, ela está bem...’ eu falei: ‘Porque vão transfundir...’” E2

“Teve até um caso, teve uma criança dessas que moram lá que a família é testemunha de Jeová e a criança foi transfundida, várias vezes, e as primeiras transfusões que ela recebeu foram escondidas da família. Então, isso virou uma questão, porque aí o que que fazia? Ah, vai transfundir, mas vai transfundir a noite, vai transfundir a noite. (...)” E3

“Eu acho que quanto mais a gente fala a verdade, e deixa claro, mais as pessoas confiam no nosso trabalho, eu acho que quanto mais esconde mais dá brecha para ter desconfiança... Porque, assim, os pais já ficam pouco ali, então eu acho que tem uma coisa assim, de que, ‘o que será que eles fazem lá dentro, enquanto eu não estou?’ Eu não tenho filho, mas eu fico pensando que se eu tivesse seriam coisas que eu pensaria... ‘Por que que eu não posso ficar? O que fazem lá dentro que eu não posso ver?’ Então, eu acho que já tem a questão nebulosa assim, pelo fato deles terem um horário tão restrito...” E3

“Daí a gente tenta usar da nossa experiência. (...) Porque realmente tem essa de talvez eu não possa trabalhar tanto a esperança, porque eu posso parecer um falso profeta, vamos dizer assim. Dar esperança para uma criança que estou vendo que é mais grave, então a gente trabalha mais a questão do agora. Então, nesse exato momento seu filho está estabilizado, porém requer um tratamento, uma atenção muito grande da gente. Por isso, que vem para a gente, porque aqui na UTI vai ficar monitorizado o tempo todo” E12

“A frase que eu odeio falar é: ‘vai ficar tudo bem’, não sei se vai ficar tudo bem entendeu? É difícil falar essa frase porque às vezes eu falo isso e 10 minutos depois morre... você não falou que ia ficar tudo bem? Eu evito essa frase, eu acho que essa frase não só tem efeito nenhum e não conforta ninguém (...). Aí ele chega para o pai e fala, fizemos tudo que era possível. Aí você fica com aquela cara sabe? Então, são algumas coisas que a gente tem vontade de estrangular a pessoa. Podia ser que mais 10 minutos (de reanimação) não ia dar em nada, mas você não deu essa chance.” E19

“(…) sempre falamos muitas verdades da forma correta, a gente tenta achar a forma correta para falar e também não desmoronar esta mãe. Porque, muitas vezes, é difícil, é como eu falei, elas sabem o que está acontecendo, porque elas vivem ali com a gente. Mas também, de uma forma mais acolhedora de falar: ‘Mãe, olha a gente já fez de tudo, estamos tentando...’” E21

“A gente teve um caso com uma criança que teve que fazer uma laparotomia exploradora que a barriga ficou aberta, e a criança foi piorando, piorando, ia morrer por sepsis (...) a gente sempre fazia o curativo, a mãe não queria ver. A gente achava que ela precisava ver para ela entender o que estava acontecendo (...). Aí teve um dia que eu fui fazer, eu falei: ‘Mãe (...) você quer assistir o curativo?’ (...). Para você ver como está, e aí você acompanha a cicatrização, é legal para você, ver como é... ‘Eu quero!’ Ela falou. Colocamos ela sentada, e nós fizemos. (...) quando a gente terminou eu falei ‘Tudo bem? Mãe, você entendeu?’ (...). Ela falou: ‘Não! Hoje eu entendi o que está acontecendo.’” E21

5.2.4.2 Utilizando a espiritualidade como apoio

O adoecimento e falecimento da criança é também para a enfermeira algo de difícil compreensão. Ela utiliza, então, a espiritualidade para se sentir fortalecida. Da mesma forma, utiliza a linguagem relacionada ao espiritual como ferramenta para acalmar, oferecer conforto e consolo no momento, no dia a dia ou no momento mais difícil. A gratidão familiar faz sentir que de alguma forma essa crença compartilhada abrandou a dor.

“A gente tenta motivar a família. Eu particularmente, eu tenho uma crença, então eu acabo conversando muito com os pais em relação é isso... ‘Olha o bebê está mal, vocês têm alguma crença? Vamos pedir para que seja o melhor para ele, que evolua da melhor forma’. Eu tento seguir este lado, quando eles me dão uma abertura... (...)Se eles querem trazer alguém de religião, algum pastor, algum padre, alguma coisa... A gente acaba partindo por este lado” E5

“E ele (o médico) sempre vai preparar para o pior, e, às vezes... não sei, acho que não precisa disso. Acho que a gente precisa confiar um pouco mais em Deus, porque tem gente que fica com aquilo que o médico falou, e o que o médico falou, é a verdade, é a

única verdade, então, às vezes, perde as esperanças (...) Eu sou bem religiosa. Acredito muito em Deus, mas fico muito receosa em falar sobre isso com as pessoas, porque as pessoas não veem como a gente. Mas, se a pessoa é, de alguma forma me mostrou que confia em Deus, e que acredita, eu também sempre gosto de falar de Deus, de falar de confiar em Deus, porque eu acredito que Ele cuida de nós, eu não acho que é o médico acima de tudo. E acho que isso traz um conforto também.” E6

“Foi falar, pegar na mão desse pai e dessa mãe, dessa criança e dizer, seja feita somente a vontade de Deus. (...) e eu deixava isso bem claro para eles, não que a vontade de Deus seja o seu filho morrer, porque ele não é o Deus da morte, mas é que a situação do seu filho é muito delicada (...) Eu estava no supermercado, e esta família me rodeava, me rodeava. (...) Você lembra de mim? E eu disse lembro muito bem. Você lembra que a minha filha morreu lá na UTI? Eu disse lembro. E você lembra que você falou muitas coisas boas para nós, e que foi uma de suas palavras que fez a gente querer que a nossa filha descansasse em paz? Olha, eu disse, eu muito me orgulho de poder ter sido este vínculo de partida e de conforto para vocês. (...) Então, eu procuro sempre dizer olha, confia no seu Deus. Confia neste ser maior, se você tem religião então confia, não abandona agora não, confia em tudo que vai te fazer bem” E7

“E, muitas vezes, eu procuro perceber, porque eu acho que vai além do fato da terapia de cuidar e tudo mais, cada um tem a sua, como que eu posso dizer, a sua religiosidade, os seus símbolos religiosos e tudo mais, então eu vejo que tem algumas pessoas que se apegam muito nisso. (...) quando elas dão abertura para isso (...) Eu aproveito usando deste gancho para o acalmá-los (...) eu tenho a minha crença, a minha religiosidade e eu me apego muito nisso e também de que tudo tem um momento uma razão de ser (...) desde a primeira abordagem, a família já chega e já fala se pode fazer uma oração, se pode trazer um tercinho, tem aquela que quer trazer uma água benta, alguma coisa assim, então a partir daí a gente já vê que eles tem também isso e que a gente pode usar isso a favor muitas vezes, respeitando cada um” E9

“É uma coisa assim que eu aprendi com a minha mãe que independente de religião eu falo para todas que a oração de pai e mãe tem muito poder então ora, ora muito (...) Tem uns que falam e tem uns que um olhar demonstra, um gesto mostra e eu tento passar confiança. (...) não tem explicação, eles lutam diariamente e a gente que está na UTI Neonatal convive com milagres diariamente.” E15

“Eu tento não entrar muito pelo lado da religião, até porque a gente tem que respeitar, cada um tem sua escolha, mas procuro ser positiva, tentar mostrar a perspectiva de que pode ter melhora no quadro (...) ‘olha tem fé vai dar certo’; porque, às vezes, você vai falar de Deus para uma pessoa que não acredita em Deus, às vezes, acham que se Deus existe, por que que eu estou passando por isso? Então é complicado de repente você chegar, é mais por um caminho de ter esperança que vai melhorar, vai passar...” E20

5.2.4.3 Valorizando a comunicação e o relacionamento

Para alguns profissionais, a relação que permeia o cuidado tem tanto valor quanto o próprio cuidado, pois o qualifica. Esse profissional dá grande valor a forma como a comunicação acontece, a clareza, a objetividade, o apoio verdadeiro, se colocando no lugar do outro. A família e seu relacionamento com ela é o seu primeiro objeto de preocupação, e ela se encontra ali, por inteiro, entregando parte de si para esse relacionamento, entregando seu tempo, seu olhar, e dessa forma oferecendo amparo.

“Sempre tentei dar o meu melhor, sempre tentei fazer de tudo o que eu podia, e, às vezes, até de descobrir, de fazer de uma forma nova aquilo que eu não podia (...) mas se você não for mais do que humana ali dentro, você não ajuda (...) é a gente se doar, é eu estar lá, realmente, para isso, entendeu? Eu me colocar totalmente no lugar do outro. Não sentir o que ela sente, porque isso não cabe a mim, mas é tratar como eu gostaria que eu fosse tratada... e como eu gostaria que um filho meu fosse tratado se tivesse que ter um cuidado especial dentro de uma UTI” E2

“Na realidade o contato maior que a gente tem com a família é no momento de visita... E esse horário que a gente faz ali na UTI é do meio dia a uma hora, e eu sempre faço questão de estar no momento de visita... porque este horário é um horário que a gente faz muito as trocas de almoço... Revezamento de funcionário, mas eu nunca vou almoçar neste horário... eu prefiro ficar com a família...” E5

“Eu acho que enfermagem é isso, que é cuidar do bebê, cuidar da família... Não adianta a gente só cuidar do bebê e não cuidar da família. Depois que ele tem alta, o que que faz? Então, eu acho que a família tem que estar presente.” E5

“Eu não sei se isso é um problema meu, mesmo se é uma qualidade, mas eu sempre gostei de fazer o social, eu sempre fui muito criticada por gostar, e fazer muito bem o

social, porque eu acho importante. (...) Mas, não é aquele social de querer aparecer, é o social de acolher esta família, e de dizer assim: eu estou aqui, eu me preparo diariamente.” E7

“Então, ser humana, ser humanizada é você conversar como você gostaria que conversasse com você. Como você gostaria que desse a notícia, te ensinasse. Às vezes, você conversar de uma forma detalhada, carinhosa, não melosa, é diferente, você ser direta, você pode ser direta de uma forma carinhosa. Conversando, explicando, tentando fazer com que essa mãe entenda (...) Comunicação, a ferramenta que eu utilizo é a comunicação. É o conversar, é dar atenção. Se precisar sentar ao lado, apoiar, dar o tempo que ela precisar, disponibilizar o meu tempo, disponibilizar o meu olhar. Disponibilizar nem que for a minha atenção para ela ver que eu estou ali para o que ela precisar, que ela pode contar e confiar em mim, que eu posso dar o que ela está precisando naquele momento. Então, a minha ferramenta é a comunicação.” E8

“Eu lembro que nesses oito anos, que umas duas vezes que eu não conversei com os pais (...) no outro dia um pai perguntou: ‘nossa, aquele dia que você não veio foi muito ruim para gente, pensamos por que será que ele não veio falar com a gente? Será que ele queria falar algo que não podia falar alguma coisa?’ Porque a mente deles vai longe... ‘será que teve alguma coisa tão ruim? Todo dia você vem e dá esperança para gente’. E aquilo me pegou tão forte na consciência sabe? Meu Deus do céu! Por que que eu não fui conversar? Estou aqui para isso! E depois disso nunca mais fiquei sem ver os pais, conversar com os pais.” E12

“Aí a mãe achou que não queria trocar por preguiça, aí ela falou assim: ‘estão fazendo diferença com meu filho, não estão querendo trocar, ele está sujo e não querem trocar’, mas foi falta de conversar, sabe? ‘Espera um pouquinho, e depois a gente troca.’ Mas, não explicou o porquê *depois troca*, por que que os outros pais trocam na hora para ter esse contato, e por que o dela tinha que esperar, entendeu? Foi, assim, uma falta de conversar com a mãe, o porquê não trocar naquele momento” E14

“O olhar diferente é a gente não olhar: ah, só mais uma pessoa! Não. Eu gosto de pensar, ah, é mais uma pessoa, mas ela tem as qualidades dela, as características dela, ela tem um jeito dela. Então, por isso, que a gente tem que olhar, com um olhar diferente. Não só olhar por olhar.” E15

“Não é só o cuidado com paciente, o paciente não é só aquele corpo que está ali, ele tem familiares, tem pessoas que amam. Então, a gente tem que saber como cuidar do entorno.” E16

“Então, essa é a minha visão, sempre foi focada, eu falo que a UTI neonatal não é UTI neonatal é UTI mãe, UTI pai, porque se eles estão bem nós vamos estar bem lá dentro, as coisas vão fluir, eles vão participar mais. E, às vezes, quem bloqueia, isso é a própria enfermagem; então assim dos anos que eu venho vivendo eu vejo... ah, é hora de colocar no colo. Ah é 20 minutos passou 5 minutos... oh, já deu o horário! Não, não é assim! Às vezes, 5, 10 minutos faz uma diferença gigantesca naquele cuidado daquela criança” E17

“Ah, porque eu não tenho tempo, nós temos tempo, nós que fazemos o tempo, mas a gente às vezes a gente não quer fazer aquele momento, aquele tempo ser diferente entendeu?” E17

“Na realidade, hoje com a pandemia eu aprendi que a gente pode sorrir com os olhos, que a gente pode estar alegre com os olhos, mas se você chegar com uma cara quando eu estou sem maquiagem nenhuma, (..) com a maquiagem, pelo semblante você parece estar mais feliz, estar melhor (...) você só se produz se você for numa festa, para ir em lugar que vão te ver? Com meu serviço eu penso a mesma coisa, eu estou indo para uma festa porque assim, de qualquer maneira eu estou indo lá para estar alegrando alguém, para estar fazendo bem para alguém.” E17

“A gente divide as crianças, geralmente eu acabo ficando ou com funcionários difíceis ou com pais difíceis. (...)já me falaram que eu tenho o dom. Até a psicóloga fala assim: ‘você tem o dom’ (...) eu acho assim, isso de eu me colocar no lugar do outro, tentar entender o outro por mais difícil que seja.” E19

6 Discussão:

A comunicação é ato que permeia o processo de cuidar em enfermagem através das relações que ocorrem durante esse processo. Dentre as teorias de enfermagem, a “Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem” é a que oferece maior base para essa compreensão. Construída de forma dinâmica por meio da observação de relacionamentos com o paciente, compreende a relação como uma forma de conexão entre a enfermeira e o paciente, que ocorre através da comunicação verbal e não verbal, onde na comunicação não verbal destaca-se o uso da empatia, a observação de gestos e expressões e de padrões de comportamento que devem ser identificados, e quando nocivos ao paciente, com o auxílio da enfermeira, novos padrões devem ser construídos, auxiliando o enfrentamento, dessa forma para Hidegard Peplau a vivência da doença surge como oportunidade de aprendizagem e crescimento, gerando significado ao paciente (PEPLAU, 1989).

Joyce Travelbee em seu trabalho sobre a relação pessoa a pessoa também depositou grande valor nas interações, destacando a importância do reconhecimento da individualidade, e da presença completa da enfermeira e uma atitude de respeito, sem julgamentos durante o relacionamento com o outro. Para ela, a comunicação é ferramenta de trabalho que deve ser utilizada em conjunto com o paciente, buscando gerar autonomia na identificação de problemas e construção de soluções (TRAVELBEE, 1969). Dessa forma, observamos algumas diretrizes que nos auxiliam a compreender o valor da comunicação no cuidado.

Entretanto, apenas compreender o valor da comunicação não sustenta ações que necessitam ser sólidas para reconhecer os diversos níveis de necessidades vigentes e direcionar caminhos para o paciente. A necessidade de conhecimento teórico e do desenvolvimento de habilidades para utilizar essa ferramenta são, assim, de grande importância. O conhecimento possui um papel de sustentar as habilidades que serão construídas para que as interações ocorram através de um processo onde a interpretação pode ocorrer em vários níveis de acordo com os conhecimentos que a enfermeira possui, permitindo uma tomada de decisão com uma maior amplitude de escolhas (TRAVELBEE, 1969). Por outro lado, a relação pessoa a pessoa é um processo que promove mudança em ambos os lados, se tornando um aprendizado e um crescimento, trazendo, assim, através da vivência, outra forma de conhecimento (TRAVELBEE, 1969).

Compreende-se, então, que para a enfermeira, o conhecimento relacionado à comunicação e suas habilidades, em especial, a CT aqui abordada, permite a ela uma maior eficiência ao relacionar-se com as famílias. Neste estudo, o tema **Compreensão sobre Comunicação Terapêutica** congrega as categorias relativas à compreensão que a profissional relata sobre o assunto mesmo sem ter familiaridade com o termo.

Aqui, a principal função atribuída à comunicação foi a de **informar e esclarecer**, a respeito da patologia, dos cuidados ofertados à criança, ou ainda sobre as rotinas da unidade. Nesse sentido, a categoria **falar com clareza** se entrelaça, pois tem como principal preocupação oferecer uma linguagem mais acessível às famílias. Uma revisão de literatura de 12 anos demonstrou que a enfermeira compreende como seu papel informar e esclarecer a família, utilizando uma linguagem mais acessível para uma melhor compreensão de outros profissionais (ADAMS; MANNIX; HARRINGTON, 2015); esclarecer e informar também surge como um conceito importante em outro estudo mais recente onde a enfermeira o relaciona com o cuidado centrado na família (UEMA et al., 2020). Já a respeito da compreensão familiar, outro estudo também resgata essa necessidade, ao atribuir a enfermeira o papel de traduzir as informações oferecidas por outros profissionais em uma linguagem mais acessível para a família (AHLUWALIA et al., 2016).

Em um nível mais profundo, surge o **relacionar-se com a família** como compreensão do significado de CT. Aqui, a enfermeira valoriza o elo que surge entre ela e a família, e o que a partir de então se torna possível construir, valorizando a oportunidade de ensinar a família a adquirir autonomia para o cuidado de seu bebê. A comunicação como um instrumento para educar a família também é abordada em estudo sobre comunicação entre enfermeiros e famílias, destacando a importância do vínculo e confiança (SANTIAGO; GALEANO; BLANDÓN, 2018). Estudo que ofereceu conhecimento à equipe de saúde sobre comunicação para apoiar familiares no ambiente da UTI neonatal, realizando avaliação antes e após o curso destacou que as competências relacionadas a preparar a família para a alta do neonato já existiam antes da intervenção, indicando a importância dessa atividade para a enfermagem (HALL et al., 2019).

Como ferramenta para o consolo, a compreensão de **amparar através da comunicação**, se apresenta. Aqui a enfermeira compreende que mais que uma entrega de informações, a comunicação pode ser uma forma de amparo, e que **cuidar através da comunicação** é reconhecer as necessidades da família e oferecer uma resposta apropriada

a cada uma delas. Nesse sentido, a forma de comunicar-se, utilizando uma entonação adequada é de grande diferença no acolhimento para a família (YOO; LIM; SHIM, 2020). Estudo de revisão demonstra como o acolhimento e o fornecimento de informações de uma forma clara e objetiva são utilizados como intervenção para sentimentos reconhecidos como angústia, ansiedade, tristeza, desespero, falta de informação, medo da perda da família entre outros (POERSCHKE et al., 2019). Nesse mesmo sentido, estudo que objetivou descrever emoções negativas de pais de crianças em estado crítico e as relacionou com o apoio percebido, destaca a importância do conhecimento sobre as necessidades familiares durante essa vivência para que a enfermeira se antecipe, fornecendo apoio emocional além de informações (PHILLIPS; THEEKE; SAROSI, 2021).

O tema “**Utilização da Comunicação Terapêutica nas Interações**” descreve a forma como a comunicação é vivenciada pelas enfermeiras no seu cotidiano de relação com a família ao longo dos diversos momentos de interação, que ocorrem desde a admissão até o fim da estadia da criança, momentos percorridos, muitas vezes, de forma compartilhada com outros profissionais de saúde. Nessa categoria, o conhecimento e as habilidades que possui interferem em sua forma de se comunicar (TRAVELBEE, 1969; PEPLAU, 1991). Oferecer informações, esclarecer, ou ainda utilizar outros recursos onde a empatia e técnicas de comunicação silenciosas fazem a diferença (STEFANELLI, 2012b) dependem de seu repertório construído ao longo da vida, crenças, ou ainda habilidades adquiridas através da vivência e de educação continuada na profissão (TRAVELBEE, 1969).

A internação de um filho na Unidade de Terapia Intensiva, é para a família ocasião de sentimentos confusos entre a tristeza de perceberem-se distantes do bebê, e o contato com um ambiente desconhecido (FERNÁNDEZ MEDINA et al., 2018), a comunicação surge como instrumento mediador dessa relação entre a equipe e a família (GARCÍA-SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019), permeando os diversos momentos ao longo da internação (UEMA et al., 2020).

“**A interação com a família**”, categoria desse tema, ocorre ao longo da permanência da criança ou neonato na unidade de terapia intensiva, em que o relacionamento com a família surge carregado de vivências específicas de cada momento. É na admissão que ocorre a primeira interação com a família. Após estabilizar a criança, a enfermeira entende como parte da CT a busca de informações para o histórico de

enfermagem, e a orientação sobre as rotinas da unidade na subcategoria “**Coletando dados e transmitindo as primeiras orientações**”. Pesquisa realizada com o objetivo de compreender a percepção da equipe de enfermagem em relação ao cuidado centrado em família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal evidenciou que a equipe compreendia como uma forma de cuidado à família o acolhimento realizado na admissão do recém-nascido através de orientações e troca de informações com a família (RODRIGUES et al., 2019), o que evidencia que o momento em que a família chega à unidade é compreendido como valioso.

Para a família o primeiro momento de contato com a unidade de terapia intensiva, e com a equipe de saúde é cercado de incertezas. O medo da morte prevalece e a enfermeira, percebendo esse sentimento age **desconstruindo o estigma de morte da UTI**, oferecendo esperança e ressignificando a UTI como um ambiente de luta pela vida. Nesse sentido, estudo qualitativo que objetivou descrever e compreender experiências de mães que tiveram seus bebês, extremamente, pré-termo admitidos na UTI neonatal a respeito do processo de vínculo demonstrou que apesar desse sentimento, a comunicação com a equipe de enfermagem e a proximidade do bebê através do toque permitem um alívio desse sentimento (FERNÁNDEZ MEDINA et al., 2018). Outro estudo que buscou descrever a vivência de familiares em relação a internação do prematuro nesse ambiente demonstrou que esse sentimento de insegurança, muitas vezes, aparece para a família que age como expectadora, não conseguindo aliviar a sua dor (LIMA et al., 2017).

No dia a dia, a enfermeira busca acolher a família por meio de uma atitude respeitosa e cordial, **apresentando-se e chamando pelo nome** destaca esse comportamento com a intenção de selar um primeiro contato de comprometimento e profissionalismo. Ela se identifica como responsável pelo bebê e se coloca à disposição da família. A importância do acolhimento na chegada da família na unidade de terapia intensiva é valorizada também, por outro estudo, que avalia a importância da visita nessa unidade (NASCIMENTO; SILVA, 2017). Rodrigues (2019) também relata que para a equipe é de grande importância esse momento, e o quanto ele interfere na formação da qualidade do vínculo (RODRIGUES et al., 2019). Sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, estudo afirma que o ato de se identificar e se apresentar constrói de fato uma relação de confiança (SANTIAGO; GALEANO; BLANDÓN, 2018).

O ato de chamar aos familiares pelo nome indica um primeiro passo em direção ao reconhecimento da individualidade, comportamento este que foi relatado pelas

participantes em nossos resultados. Reconhecer a família como uma individualidade também foi um destaque de um estudo sobre a percepção de enfermeiras pediátricas no cuidado centrado, essa necessidade surge não apenas ao chamar o paciente pelo nome, mas também reconhecendo suas necessidades individuais e respondendo a elas (ALABDULAZIZ; MOSS; COPNELL, 2017). É muito importante que a primeira interação com a família aconteça de forma cordial, com uma comunicação clara, demonstrando os objetivos da interação; estas atitudes além de respeitar a individualidade da família, promovem segurança e desencadeiam efeitos positivos para as próximas interações (WAIDMAN; STEFANELLI, 2012).

Informando sobre o estado de saúde é outra atribuição de relacionamento que aparece nos relatos das enfermeiras. Esta é uma abordagem diária que permite que a família tenha acesso a informações de como a criança passou desde o dia anterior, assim como sobre os dispositivos que permitem o tratamento. Pesquisa traz o desejo de informações sobre o estado geral da criança e explicações sobre o procedimento, como expectativas de mães de neonatos (ŞENER; KARACA, 2017). Entretanto, é primordial que as informações sejam oferecidas em linguagem compreensível aos familiares evitando, assim, a ruptura da comunicação (TRAVELBEE, 1969). Artigo sobre a implementação do modelo de cuidado integrado à família descreve como a linguagem inadequada, muitas vezes, se torna uma barreira para famílias na compreensão sobre o estado da criança (PATEL et al., 2018). Outro artigo que explora a importância da comunicação clara e precisa para minimizar o sofrimento dos pais demonstra como é necessário o conhecimento do prognóstico aliado a compreensão das necessidades familiares de informação e o uso de uma linguagem adequada para abordar a família (CAWLEY; CHAKKARAPANI, 2020). Nossos resultados complementam esses achados à medida que mostram a compreensão das enfermeiras em relação a forma que ofertam informações, utilizando uma linguagem mais acessível à família.

Durante a visita médica, as informações mais específicas referentes ao estado da criança, oferecidas pelo médico, acontecem em uma linguagem nem sempre compreendida pelos familiares, nesse momento, a enfermeira surge **esclarecendo dúvidas**, respondendo perguntas de forma mais acessível, buscando traduzir as informações não compreendidas.

Corroborando com esse resultado, estudo que avaliou as necessidades familiares de participação do cuidado na UTI pediátrica também apresentou em seus resultados a

dificuldade de compreensão familiar a respeito da linguagem médica, considerando a necessidade de receber essas informações com maior clareza (SANABRIA; RODRÍGUEZ, 2016). Buscando compreender essa necessidade da família, estudo que relaciona suas emoções negativas com o suporte emocional recebido demonstra como o medo e a ansiedade, entre outras emoções se relacionam com a falta de compreensão sobre o que ocorre com a criança, valorizando a oferta da informação e do conhecimento, oferecendo segurança por meio do esclarecimento (PHILLIPS; THEEKE; SAROSI, 2021).

Mendes (2020), em seu estudo, objetivou compreender o modo como a incerteza na doença e no imprevisto mediam o processo de comunicação entre enfermeiro e família, traduzindo-se em experiência vivida, nos permite compreender como o sentimento de incerteza por parte da família caminha no sentido de buscar informações claras com profissionais esclarecidos e afetuosa através de estratégias de *coping*, declarando, assim, a importância para enfermeiros de paciência e compreensão, no uso de estratégias de comunicação. A maior proximidade do enfermeiro torna possível oferecer a informação em uma linguagem mais compreensiva, esclarecendo e ao mesmo tempo valorizando o que necessita ser reforçado para a família (AHLUWALIA et al., 2016). Artigo que discute um protocolo desenvolvido para melhorar a participação das famílias e a compreensão das condições e planos de cuidados de seus filhos, demonstra como a compreensão familiar pode aumentar de forma significativa após a implementação, visando colocar a família no centro das atenções (BOGUE; MOHR, 2017).

À medida que a enfermeira se relaciona, diariamente, com essas famílias, acaba **reconhecendo outras necessidades**, diante da estadia que se prolonga. A escuta terapêutica é recurso utilizado, à medida que ela busca ouvir de forma atenta e aberta às necessidades. Buscando oferecer acolhimento, ela se coloca no lugar da família, de forma empática e no esforço de compreender seus sentimentos busca novas alternativas, como oferecer à família a oportunidade de tocar o bebê, e entendendo que esse gesto permite construir um pouco de esperança e diminuir o sofrimento.

A ferramenta da escuta qualificada é parte do repertório de técnicas do enfermeiro (ELLISON; MEYER, 2020), e produz grande impacto na qualidade do atendimento ao produzir um cuidado humanizado (NASCIMENTO et al., 2020). Estar aberta às necessidades do outro permite se colocar em seu lugar, demonstra artigo que avalia os motivos da conduta empática de enfermeira na UTI neonatal (MUFATO; GAIVA, 2020),

além de estar aberto é necessário o comprometimento para que as relações se tornem significativas (TRAVELBEE, 1969). Atitudes como oferecer espaço para a família permitindo que se sintam mais à vontade, ouvir suas angústias, conversar sobre outros assuntos mais leves do cotidiano e incentivar o toque do bebê para tranquilizar a mãe, foram relatados em nossa pesquisa como recursos para acolher necessidades percebidas no cotidiano dessas unidades, o que não foi observado em qualquer outro estudo com o mesmo objetivo. Estudo que apresenta a percepção de famílias sobre o acolhimento no contexto neonatal mostra a compreensão de atitudes, como estas, como parte do papel do enfermeiro, apresentando a gratidão de familiares quando abordados (SOARES et al., 2019).

Essa maior proximidade acaba **estabelecendo o vínculo entre equipe e família**. Percebendo-se reconhecida, surge um sentimento de cumplicidade, e uma relação de confiança se estabelece entre ambos. Para estudo, a presença familiar estimula a convivência e favorece o vínculo, da mesma forma que propicia aos familiares a substituição de sentimentos de medo e insegurança por confiança e respeito (DOS ANJOS et al., 2019). Para a família, o suporte da equipe é considerado de grande importância (BRY; WIGERT, 2019), e promove a diminuição do nível de estresse e ansiedade familiar (UEMA et al., 2020).

No entanto, a prematuridade extrema e a existência de internações por doenças crônicas possuem aspecto diferente. **Sentindo os efeitos da longa permanência**, a enfermeira percebe uma sobrecarga emocional devido a longos períodos de hospitalização e o risco de morte eminente. O excesso de envolvimento decorrente da longa permanência e o desgaste físico e mental, que promovem exaustão familiar, também foram destacados por dois estudos que buscavam compreender os sentimentos familiares durante a internação da criança na unidade de terapia intensiva (ELLIS et al., 2016; GOMES et al., 2016), o desejo de estar com a criança e confortá-la, em um momento, onde a morte permanece à espreita, faz com que, muitas vezes, a família esqueça de si para permanecer ao máximo ao lado da criança fortalecem esse desgaste físico e mental (DOS ANJOS et al., 2019).

Por outro lado, a longa permanência neste estudo apontou para compreensão mais profunda de familiares sobre o contexto vivido, percepção relacionada à comunicação entre famílias e enfermeiros. Esses resultados são consistentes com outro estudo, que demonstra os pais como especialistas diante da longa experiência adquirida com a criança

em cuidados crônicos (DENIS-LAROCQUE et al., 2017), apesar das dificuldades para apropriar-se desse conhecimento (LEMOS; MENDES-CASTILLO, 2019).

À medida que a alta se aproxima surge a necessidade de orientar a família para que adquira autonomia. Então, a enfermeira se percebe **instrumentalizando a família para o cuidado do bebê**. Ela inicia estimulando o toque para iniciar formação de vínculo com o bebê. Essa prática também é reconhecida como de importância para a aplicação do método canguru (STELMAK; FREIRE, 2017), a enfermeira possui um papel de grande importância no sentido de facilitar esse vínculo (FERNÁNDEZ MEDINA et al., 2018) ao encorajar o envolvimento (HALL et al., 2019).

Para que os pais adquiram autonomia e vençam a sua insegurança para com a responsabilidade do cuidado do bebê de forma gradual (SOARES et al., 2019), é necessário que o processo educativo leve em conta as necessidades individuais de cada familiar (RODRIGUES et al., 2019), oferecendo através da comunicação oportunidades de adquirir conhecimentos que os permitam construir habilidades de autonomia no cuidado com o filho (NASCIMENTO; SILVA, 2017; SANTIAGO; GALEANO; BLANDÓN, 2018; UEMA et al., 2020). Para a família, a percepção desse processo traz segurança e gratidão à equipe que o proporcionou (PATEL et al., 2018). Em nosso estudo, esses diversos processos relacionados à percepção da família e a oferta de informações de forma particular e gradativa, proporcionando emancipação familiar também foi observado, corroborando com essas pesquisas (NASCIMENTO; SILVA, 2017; PATEL et al., 2018; RODRIGUES et al., 2019; SANTIAGO; GALEANO; BLANDÓN, 2018; SOARES et al., 2019; UEMA et al., 2020).

Por outro lado, foi relatado que a vivência de ter um filho em constante risco de morte faz com que os familiares se coloquem em atitudes de tensão com a equipe. Estudo que avaliou a percepção de enfermeiras no cuidado evidenciou, igualmente, essa compreensão entre as enfermeiras (DENIS-LAROCQUE et al., 2017). Para a equipe de saúde, essas atitudes familiares nem sempre são compreendidas, agindo, então, com julgamento ao não compreender os motivos familiares para tal ação. Artigo que buscou compreender as melhores práticas de provedores de saúde na interação com pais de crianças com condições crônicas e complexas aponta que o julgamento dificulta o sintonizar-se as perspectivas familiares, na medida em que a aceitação do outro em suas diferentes características e formas de pensar não ocorrem (DAVIES et al., 2016). Atitudes de hostilidade por parte da equipe para com a família, por vezes, acontecem devido a esse

juízo e a dificuldade de compreender os sentimentos familiares, como apresentado em outro estudo que investigou a interação da equipe de saúde com a família (RODRIGUES et al., 2013). Travelbee (1969) compreende que as intervenções de enfermagem acontecem através de interações onde o reconhecimento da individualidade é uma premissa que não permite julgamentos. É necessário oferecer um olhar que compreenda o momento como experiência, evitando atribuir rótulos, é possível reconhecer que muitas atitudes são na realidade um pedido de ajuda (TRAVELBEE, 1969).

Assim, a enfermeira **percebendo a importância de não julgar**, busca compreender o sentimento familiar, e agir sem julgamentos, favorecendo também esse entendimento pela equipe. A empatia é atitude que reconhece o sentimento do outro e o valoriza, sem perder sua identidade e autonomia nessa identificação com o outro (DAVIES et al., 2016). Reconhecer a individualidade do outro tem sido demonstrada como uma necessidade (DAVIES et al., 2016; JANG; KIM, 2019). Através de habilidades de comunicação, é possível realizar uma conexão genuína nesse período tão intenso para a família da criança (VAEZA; DELGADO; CALLE, 2020), agindo com flexibilidade ao aceitar as diferenças, e intensa compaixão (YOO; LIM; SHIM, 2020), repercutindo, assim, na qualidade do trabalho oferecido (GIMÉNEZ-ESPERT; CASTELLANO-RIOJA; PRADO-GASCÓ, 2020). Para Stefanelli (2012) o juízo, como um comportamento que denota aprovação ou reprovação ao atribuir qualidade, deve ser evitado; com tendência a acontecer especialmente em situações de estresse. Nestas situações a enfermeira deve evitar colocar-se na defensiva, estando atenta aos desafios que a comunicação oferece (STEFANELLI, 2012c).

Todavia, em muitas situações, após um período mais ou menos longo de internação, o falecimento acontece. Para a família, esse momento é de grande sofrimento, o que é reconhecido pela enfermeira que **humanizando o momento difícil** oferece conforto, nos menores detalhes, para que a família se sinta acolhida. Dessa forma, preparar a criança com uma aparência agradável, organizar o ambiente são atitudes fundamentadas nessa busca de bem-estar.

A necessidade de reduzir a ansiedade e o estresse na comunicação de notícias difíceis é apontada em um trabalho que procura compreender a qualificação desse momento, a partir da perspectiva de mães e profissionais de saúde. Diversos são os mecanismos utilizados, e ocorrem no sentido de transformar o cuidado em algo peculiar,

por envolver a alma e a sensibilidade (CABEÇA; DE SOUSA, 2017). A humanização como um conceito amplo que aborda múltiplos aspectos do cuidado surge com o objetivo de desenvolver a atenção voltada ao paciente e seus familiares, buscando acolher suas necessidades a partir de pequenos detalhes (GARCÍA-SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019; VAEZA; DELGADO; CALLE, 2020), como apontado pelos relatos em nosso estudo. Atitudes como oferecer um espaço adequado para a família no momento da despedida da criança, e proporcionar a construção de memórias vão ao encontro dessas atitudes (BLOOMER et al., 2015; BUTLER; COPNELL; HALL, 2019).

Quando tudo está preparado para receber os familiares, a enfermeira descreve o momento de **relatando o inevitável**. Um primeiro contato é feito por telefone, solicitando à família o comparecimento, o relato é feito pelo médico, acompanhado pela enfermeira ou também pela psicóloga. Para Bumb *et al.* (2017) más notícias por definição compreendem aquelas que impactam de maneira negativa no futuro e, portanto, promovem um grande sofrimento naquele que as recebe. Destaca a importância desse momento ser realizado de forma apropriada, pautada em conhecimento de habilidades para que a família receba o apoio necessário.

Estudo que buscou compreender as recomendações para o cuidado, de pais enlutados que vivenciaram a morte dentro da UTI pediátrica, destaca a importância do esclarecimento com o uso de uma linguagem clara e honesta e a necessidade da oferta de orientações sobre o que deve ser realizado nesse momento, tais como orientações relacionadas ao funeral (BUTLER; COPNELL; HALL, 2019). Orientar e informar com clareza são recomendações que para a enfermeira trazem qualidade ao cuidado (SANTIAGO; GALEANO; BLANDÓN, 2018). Apresentamos resultados que corroboram com esses estudos, pois a enfermeira relata sua preocupação em esclarecer de forma cuidadosa as dúvidas que a família apresenta, oferecendo dessa forma um primeiro contato, assim como orientando e encaminhando para outros serviços de suporte.

Nesse sentido, além do uso apropriado da linguagem, é necessária a preocupação com etapas que qualifiquem esse momento se preocupando com o entorno, tendo na empatia a principal estratégia, que é de grande importância (CABEÇA; DE SOUSA, 2017). Dentro desse âmbito, a humanização destaca a importância de ter nos familiares o reconhecimento de uma individualidade para a qual o suporte deve ser oferecido, por meio de habilidades desenvolvidas, considerando os familiares e a criança como centro

do cuidado e buscando fortalecer toda a estrutura que oferece esse cuidado (GARCÍA-SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019; VAEZA; DELGADO; CALLE, 2020).

Estudo sobre a comunicação de más notícias à familiares da criança hospitalizada também destaca como para a enfermeira o apoio dos pares é de grande importância no momento do relato de notícias difíceis, relata como reuniões multiprofissionais se tornam ferramentas para fornecer diferentes estratégias nesse momento (KUMATA; BORGES; DUPAS, 2015). Nossos resultados também apresentam o valor desse cuidado compartilhado com a equipe de saúde, tanto no momento do relato como em situações de acolhimento à família.

Da mesma forma, a enfermeira **desejando acolher quando a dor é maior**, percebe o surgimento de outras necessidades, além do esclarecimento e orientação. Ela se coloca no lugar da família, e pretendendo confortar, utiliza recursos de comunicação como o silêncio e o toque. Para Mufato (2020), a atitude de se colocar no lugar do outro relacionado a vivências anteriores semelhantes permite ao enfermeiro uma ação voltada às necessidades emocionais da família (MUFATO; GAIVA, 2020). Nesse sentido, estratégias de comunicação associadas à sensibilidade do profissional permitem pequenas ações como estar perto em silêncio, oferecer um abraço, um olhar acolhedor, entre outros, são ações que qualificam o cuidado ofertado à família (CABEÇA; DE SOUSA, 2017), favorecem que a família sinta-se acolhida encorajando-a se expressar (STEFANELLI, 2012b), e ainda permitem um atendimento com mais propriedade, voltados à necessidade que esse momento requer (GANZ, 2019). A atitude da enfermeira de ouvir, estar próxima de forma autêntica e verdadeira, presentes em nossos resultados também são destacadas como de grande importância no sentido da escuta terapêutica (ELLISON; MEYER, 2020) e do comprometimento com um tom mais humano (LOZANO et al., 2019). Da mesma forma, propiciar momentos com a criança falecida, oferecendo amparo, contribuem para a construção de memórias que auxiliam no processo de luto (BUTLER; COPNELL; HALL, 2019). A oferta de apoio de outros profissionais também é atitude observada, e valorizada pela família nesse momento onde todo suporte é de grande importância (BUTLER; COPNELL; HALL, 2019; CABEÇA; DE SOUSA, 2017).

Buscando compreender como se dá a interação entre a enfermeira e a família, observamos que durante a construção desse movimento, a enfermeira inicia em uma posição onde deseja receber informações. A comunicação tem uma função receptiva, o diálogo acontece para que a enfermeira colete dados. Lentamente, ela se movimenta no

sentido de dar-se, ela oferece orientações e esclarecimentos em um sentido cada vez mais profundo de interação com a família. Primeiramente, apenas informando sobre a rotina da unidade, após oferecendo informações e esclarecimentos sobre o estado de saúde da criança, utilizando recursos de linguagem que facilitam a compreensão, demonstrando, principalmente, o uso de uma primeira característica da CT: a eficiência. As demais características como a resposta (ela observa o efeito da mensagem oferecida), a flexibilidade (atitudes de acordo com a necessidade) e a propriedade (sintonizada com o momento) (RUESCH, 1973; TRAVELBEE, 1969), lentamente, emergem nessa interação, onde a oferta da informação é o principal desejo.

A comunicação como a transmissão de informações e a necessidade de compreensão são conceitos importantes que caminham em ambos os sentidos, (LITTLEJOHN; FOSS; OETZEL, 2016) na interação entre profissionais e familiares. O objetivo de colher dados direciona a comunicação para as necessidades da enfermeira, que procura apreender informações dos familiares, objetivando oferecer o cuidado à criança. Por outro lado, a oferta de informações e a orientação, tem a família como receptora, e nesse sentido a compreensão é objeto de atenção da enfermeira, que desejando que a informação seja assimilada, utiliza uma linguagem que possa ser compreendida (TRAVELBEE, 1969).

Revisão de literatura mostra a preocupação com a oferta de informações, e a importância de construir habilidades nesse sentido (ADAMS; MANNIX; HARRINGTON, 2015). A compreensão de que informar e orientar é um importante foco no relacionamento entre enfermeira e cuidadores também é destacada em diversos estudos que demonstram que essa habilidade é utilizada em diversos momentos com a família em relacionamentos de orientação (CABEÇA; DE SOUSA, 2017; CARNEVALE et al., 2016; FADADU et al., 2019; UEMA et al., 2020), ou ainda em situações onde informar carrega uma maior complexidade como nos momentos de finitude (BUMB et al., 2017; BUTLER; COPNELL; HALL, 2019).

Da mesma forma, o acolhimento às necessidades percebidas realiza esse caminhar do sentido mais superficial para o mais profundo. O acolhimento se inicia na recepção da família, no primeiro contato apenas com uma apresentação. Lentamente, o vínculo entre família e enfermeira vai se construindo, e permitindo cada vez mais uma interação mais profunda e, então, o acolher inicia a utilizar maiores recursos. À medida que as dificuldades surgem e o sofrimento da família é percebido, a enfermeira realiza um

movimento de utilizar maiores habilidades de CT, alguns recursos da empatia, como se colocar no lugar do outro, evitar julgamentos surgem, simultaneamente, com o crescimento da confiança e do respeito. Características como flexibilidade e propriedade começam a surgir. Ela utiliza diferentes recursos de comunicação, sintonizados com o momento que a família vivencia.

Para Lozano *et al.* (2019) em um estudo que valoriza a humanização como a principal característica do cuidado de enfermagem, o percurso da enfermeira por meio da convivência, a partir da construção do vínculo e, especialmente, através de uma relação legítima, no qual o foco é a família, e suas necessidades são respondidas, caminha para uma relação cada vez mais profunda, em que o cuidado oferece ao outro a dignidade e a autonomia, dessa forma, os autores afirmam que “a intervenção mais poderosa é a presença autêntica”. Neste sentido Stefanelli (2012) destaca a necessidade da enfermeira oferecer elementos que propiciem a reflexão e a tomada de decisões próprias da família, evitando colocar-se de forma conclusiva, como ao oferecer conselhos, durante as interações (STEFANELLI, 2012c).

Essa presença em que a relação acontece de forma aberta com o olhar de “pessoa para pessoa” (JANG; KIM, 2019; TRAVELBEE, 1969) requer a construção de habilidades que fortaleçam as ações de comunicação no sentido de acolher as necessidades do outro (CERON, 2013; STEFANELLI, 2012a). A CT nesse sentido preconiza a presença de componentes básicos como empatia, confiança e respeito mútuo (STEFANELLI, 2012a). Dentro do ambiente de terapia intensiva, a habilidade de utilizar esses componentes para a comunicação (VAEZA; DELGADO; CALLE, 2020; YOO; LIM; SHIM, 2020) reflete, diretamente, na qualidade do cuidado oferecido (GIMÉNEZ-ESPERT; CASTELLANO-RIOJA; PRADO-GASCÓ, 2020; SANTIAGO; GALEANO; BLANDÓN, 2018), seja ele para com o paciente ou para com o familiar (CABEÇA; DE SOUSA, 2017). Nesse sentido, algumas características são de grande importância para que a finalidade de acolher as necessidades, oferecendo autonomia (STEFANELLI, 2012a) sejam atendidas. A habilidade de utilizar diversas formas de se comunicar, relacionadas ao momento, e a atenção às reações provocadas para que essa relação pessoa a pessoa se estabeleça são de grande importância (RUESCH, 1973; TRAVELBEE, 1969).

O ápice desse relacionamento surge no momento de notícias difíceis. Assim como diversos protocolos que orientam a preocupação com diferentes passos no oferecimento da notícia, a enfermeira caminha em direção à família no sentido de acolher inteiramente.

Ela prepara o ambiente, utiliza recursos de comunicação silenciosa como o toque, oferecer tempo, permanecer ao lado, e observa a reação familiar. As características da CT se tornam, então, mais presentes.

Diversas estratégias de comunicação se desenvolvem na proporção que a enfermeira percebe necessidades mais complexas. A escolha do ambiente onde a comunicação ocorrerá, o momento adequado (CERON, 2013; STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2012), a forma de comunicar-se, utilizando um tom firme, mas não agressivo (RUESCH, 1973), o uso de conhecimento sobre comunicação e a atitude aberta voltada para o acolhimento do outro (TRAVELBEE, 1969) permitem ao enfermeiro acolher as necessidades, à medida que surgem dentro da relação. Recursos como o silêncio, a aceitação, o interesse e o toque estimulam a expressão do familiar (RUESCH, 1973; STEFANELLI, 2012b; TRAVELBEE, 1969) assim como a oferta de atendimento multiprofissional. Entretanto, Butler (2019) ao analisar as necessidades familiares no falecimento de um filho no ambiente da unidade de terapia intensiva, destaca a necessidade de um apoio mais prolongado que, gradualmente, se distancie dos familiares, permitindo a vivência do luto sobre um amparo que permita o surgimento da autonomia para o acolhimento das próprias necessidades (BUTLER; COPNELL; HALL, 2019).

Nas interações onde a CT é utilizada pela enfermeira, **a interação com a equipe** acontece de forma simultânea e se entrelaça com a interação familiar. Em seu relacionamento com o médico dentro da unidade de terapia intensiva surgem relações de poder que interferem em seu desejo de acolher a família. Mesmo **tendo conflito hierárquico com o médico**, a enfermeira busca um equilíbrio entre satisfazer as necessidades e respeitar a hierarquia imposta. O modelo biomédico tradicional encontra-se presente nas diversas estruturas, onde as enfermeiras entrevistadas exercem seu papel.

A hierarquia tradicional onde o modelo cultural de uma unidade é voltado para o biomédico cria uma barreira na implementação de cuidados voltados para o todo de uma forma sistematizada (PATEL et al., 2018). Essa dificuldade é percebida pela enfermeira em estudo que avalia as dificuldades encontradas na implementação de cuidados voltados para a finitude (VELARDE-GARCÍA et al., 2017). Outro estudo destaca o quanto a enfermeira pode se sentir desvalorizada, sem autonomia e reconhecimento dentro da equipe (AHLUWALIA et al., 2016). Peplau (1991) destaca que a autonomia da enfermeira deve prevalecer, considerando os múltiplos papéis que ela exerce, hora

trabalhando em conjunto com a equipe multiprofissional, exercendo atividades técnicas voltadas para o cuidado biomédico, hora exercendo atividades relacionais onde a implementação de ações não encontram dependência de outros profissionais, devendo, então, ter sua autonomia respeitada (PEPLAU, 1989).

Embora não relatado pela realidade das enfermeiras entrevistadas, outros estudos demonstraram como o modelo médico centrado, muitas vezes, é o único compreendido por toda a equipe de saúde, devido a uma cultura acadêmica e valores compartilhados entre os profissionais (RODRIGUES et al., 2019), levando a atitudes de paternalismo por parte da equipe (VASLI et al., 2015). Por outro lado, nossos resultados demonstram que a enfermeira em conflito com essa hierarquia busca uma reação que equilibre ações que favoreçam a família e, ao mesmo tempo, respeitem o modelo em vigente.

Os resultados também demonstraram a importância de atitudes voltadas para a ampliação do cuidado considerando a família, assim como em uma possibilidade de um diálogo horizontal na condução de suas ações. Nesse sentido, a categoria **encontrando no médico um aliado** descreve como a enfermeira percebe que tem parceria no desejo de realizar um cuidado mais humanizado, o que permite que ela se sinta mais segura. Estudo que avaliou a percepção de enfermeiras sobre a presença médica na unidade de terapia intensiva demonstra essa importância, em especial, na construção de uma relação com a equipe de enfermagem, e o reflexo no cuidado para com a família (ALFARES et al., 2016). Nesse sentido, a importância do trabalho em equipe para a construção de uma relação de ajuda baseada na comunicação e na colaboração interpessoal também demonstra destaque (MARCELLUS; POAG, 2016).

Estudo de revisão que explorou a relação médico – enfermeira a partir de uma perspectiva de identidade social evidencia enfermeiros e médicos como dois atores chave para o bom funcionamento de um sistema de saúde de alta qualidade, destacando que apesar das diferentes identidades das profissões é necessária a colaboração entre ambos a favor do paciente (VERMEIR; PELEMAN; VERMEIR, 2021). Para Emich (2018), em seu estudo que busca conceitualizar a colaboração em enfermagem, vai muito além da troca de informações, acontece quando existe troca entre os diversos membros e o processo decisório ocorre em conjunto, a partir de uma atitude de respeito mútuo, surgindo, assim, o trabalho em equipe tendo como objetivo a segurança do paciente a partir de um cuidado de qualidade, resultando em satisfação para os trabalhadores envolvidos. Nesse sentido, outro estudo que avaliou disciplina de simulação ofertada para

os cursos de enfermagem, medicina e assistência médica que objetivava a partir da comunicação estruturada interprofissional, fornece a segurança ao paciente demonstra a importância de superar pressões hierárquicas (REEVES et al., 2017).

É na subcategoria **tendo parceria com a equipe multiprofissional**, que a enfermeira percebe que acontece um movimento de complementar a assistência à família. O cuidado é, então, compartilhado com os diversos profissionais que percebem a necessidade de oferecer apoio à família. Nossos resultados mostraram que essa relação não acontece de forma transdisciplinar, no máximo multiprofissional, visto a permanência da hegemonia médica. O trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional surge em diversos momentos, seja durante o atendimento familiar na inserção dos irmãos pequenos no momento de visita (RODRIGUES et al., 2019), ou no fornecimento de notícias difíceis, em que a necessidade de objetivos aliados e de um processo contínuo e sistemático (CABEÇA; DE SOUSA, 2017) promovem um atendimento humanizado à criança e sua família ao colocá-la no centro da atenção (GARCÍA-SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019).

Para a família, a percepção do trabalho em equipe surge como uma grande importância no sentido das informações recebidas de forma alinhada e sem contradição (FERRARESI; ARRAIS, 2018), a percepção de uma equipe habilidosa, e sem conflitos (MASTEN et al., 2019), promovem satisfação (ABUQAMAR; ARABIAT; HOLMES, 2016). Acresce ainda a importância da relação de igualdade dentro da equipe (LÉGARÉ et al., 2011), compreendendo a família como parte dessa relação, refletindo em um cuidado menos voltado ao biológico (VASLI et al., 2015) e, sim, às necessidades da criança e a família como sua continuidade.

Em nossos resultados, enfermeiras de algumas instituições relataram a participação familiar em reuniões multiprofissionais, entretanto mesmo nestas, o médico apresentou um papel predominante. Nesse sentido, estudos realizados sobre o papel da enfermeira em reuniões multiprofissionais demonstrou que ela apresenta um papel apenas mediador entre o médico e a família, esclarecendo em uma linguagem mais simples as informações oferecidas. Esses estudos enfatizam a necessidade de fortalecer a participação da enfermeira como uma forma de contribuir no processo de tomada de decisão (AHLUWALIA et al., 2016; PECANAC; KING, 2019). O uso de oportunidades de encontros multidisciplinares apenas para o fornecimento de informações biomédicas acaba por diminuir a participação de outros que não sejam o profissional médico,

resultando em uma pequena participação dos demais profissionais, assim como, dos familiares durante esses momentos (BOSS et al., 2016).

Por outro lado, o relacionamento com a família ocorre de diferentes formas, com cada equipe de enfermagem que presta a assistência ao longo dos diversos turnos. A enfermeira com papel central dentro dessas equipes, **alinhando o cuidado da equipe de enfermagem**, trabalha no sentido de tornar o atendimento homogêneo, evitando contradições entre as diversas equipes.

Estudo que avalia a importância da visita familiar na unidade de terapia intensiva pediátrica demonstra o valor da informação para esta, e nesse sentido o quanto divergências e contradições se tornam fatores estressantes. Destaca, então, a importância da uniformidade da linguagem, resultando em qualidade na atenção e cuidado à família (NASCIMENTO; SILVA, 2017). A comunicação efetiva com o uso de uma linguagem acessível, alinhada, entre os diversos profissionais e na sua relação com a família é objeto de atenção de dois outros estudos, que destacam a importância do apoio à família como quem torce pela saúde de seu filho (ELLIS et al., 2016) e a necessidade de capacitar profissionais para que o cuidado seja centrado na família (RODRIGUES et al., 2019). Seguindo a mesma direção ao considerar a importância dos diversos profissionais que compõem a equipe de cuidado e o reflexo da uniformidade deste para a família, Alfares et al (2016) destaca a importância do acompanhamento médico constante e o reflexo dessa ação para a equipe de enfermagem e para a família (ALFARES et al., 2016).

Considerar não apenas o conteúdo da comunicação, mas também a sua forma, destacando a importância de um atendimento comprometido com o humano, valorizando uma presença autêntica do enfermeiro dentro da relação para com os familiares, na construção de um vínculo afetivo, além do relacionamento de cuidado voltados ao tratamento da doença e da educação de familiares para a autonomia, é objeto de atenção de estudo que busca descrever a transformação de momentos de encontro em momentos de cuidado onde a interação com a família é o foco (LOZANO et al., 2019). Corroborando com esses achados, nosso estudo demonstra a preocupação da enfermeira em favorecer o relacionamento da equipe com as famílias das crianças, atentando para os diversos momentos onde a comunicação e a interação permeiam o cuidado em diferentes contextos, no sentido de amparar, à medida que momentos de maior dor para a família se fazem presentes.

A importância da enfermeira **liderando a equipe de enfermagem** reside em transmitir segurança para que compartilhem seu espaço com a família, favorecendo a interação entre eles, isso ocorre através de orientações, exemplos e direcionamento no sentido de um relacionamento acolhedor e respeitoso. A liderança como papel exercido pela enfermeira acontece de diferentes formas e atua nas diversas situações por ela vivenciadas, em especial, no sentido de indicar novas possibilidades de ação, indicando os passos necessários para sua equipe (PEPLAU, 1991; PINHEIRO et al., 2019). Estudo que avaliou a percepção de enfermeiras neonatais sobre facilitadores e barreiras na aplicação de cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva demonstrou a importância da liderança sobre a equipe, a partir de atitudes de organização, orientação e suporte como fornecedora de um cuidado de qualidade (KILCULLEN; IRELAND, 2017). Para Masten *et al.* (2019) além da liderança, o trabalho colaborativo da equipe também reflete, diretamente, na qualidade do cuidado prestado à criança e sua família.

Por outro lado, as situações de maior complexidade são assumidas e controladas pela enfermeira, exigindo conhecimento e habilidades. Para Travelbee (1969) a compreensão das informações oferecidas durante a interação, e a tomada de decisão no sentido de acolher as necessidades de forma assertiva estão, diretamente, relacionados ao conhecimento teórico e à abertura para reconhecer o outro sem julgamentos (TRAVELBEE, 1969), as habilidades surgem como recurso no momento da tomada de decisão e da ação. A grande importância do desenvolvimento dessas habilidades faz-se no sentido da conexão humana que produz (YOO; LIM; SHIM, 2020), assim como uma relação terapêutica que reflete, diretamente, na qualidade do trabalho (OVIEDO; DELGADO; LICONA, 2020).

Também impactam sobre o relacionamento da equipe com a criança e sua família os valores da empresa, dessa forma, **a interação com a instituição** é percebida pela enfermeira de forma a apoiar ou não suas ações. Nesse contexto, muitas vezes, o modelo é médico centrado, a profissional **reconhecendo suas atribuições de enfermeira**, busca se equilibrar entre os diversos papéis que necessita desempenhar com o desejo de oferecer um cuidado que reconheça as necessidades da criança e sua família. Estudo que objetiva valorizar a humanização do cuidado através de relações autênticas com um envolvimento real, destaca como, muitas vezes, o enfermeiro compreende a necessidade de exercer papéis técnicos, educativos ou ainda logísticos, mas tem dificuldade de valorizar relações autênticas dentro do cuidado (LOZANO et al., 2019). Sobre a compreensão de como se

dá o gerenciamento do cuidado, outro estudo destaca a gestão de recursos humanos e materiais para o cuidado em contraste com a interação com os familiares da criança hospitalizada (SILVA et al., 2015). A consequência da sobrecarga de trabalho resultante dos vários papéis que assume também é destacada por estudo qualitativo que teve como objetivo descrever como a enfermeira obstétrica percebe sua inserção na equipe e sua autonomia, relacionando o quanto a existência de poucas profissionais induzem a um trabalho mais burocrático, e reforçam a hegemonia médica, diminuindo também a autonomia da profissional (SAAD; RIESCO, 2018). A sobrecarga de trabalho muitas vezes dificulta atitudes que favoreçam a comunicação; neste sentido, Stefanelli (2012) destaca como a mola mestra da comunicação que é o “ouvir reflexivamente” pode ser fortemente afetada pela sobrecarga de trabalho do enfermeiro (STEFANELLI, 2012c).

Por outro lado, as diversas atribuições da enfermeira, algumas vezes, compartilhadas com outros profissionais imprimem em seu trabalho um caráter interprofissional, destacando a importância do trabalho colaborativo entre as profissões, diminuindo conflitos e permitindo um alinhamento gerador de qualidade e segurança na assistência como apontado em pesquisa exploratória descritiva que buscou mapear e categorizar de acordo com a classificação das intervenções de enfermagem as atribuições específicas e compartilhadas do enfermeiro com médicos e fisioterapeutas no serviço de emergência (BATISTA; PEDUZZI, 2019).

Para Leal e Melo (2018), a enfermagem é uma profissão que possui uma natureza de trabalho indissociável relacionada às funções assistencial e gerencial, onde a função de organização é vista como burocrática e compreendida como de menor valor, geradora de sobrecarga de trabalho, responsável pelo afastamento do trabalho assistencial, o que é demonstrado em revisão integrativa sobre o processo de trabalho da enfermeira em diferentes países. Por outro lado, a valorização da assistência é compreendida como um compromisso com o cuidado, considerado a essência da enfermagem, balizador da conduta ético-moral dos profissionais, como demonstrado em estudo fenomenológico que buscou compreender o sentido do compromisso do enfermeiro com o cuidado de enfermagem (NOBRE; ROSA, 2020). Nesse sentido, Peplau (1991) destaca como os diferentes papéis do enfermeiro podem ser observados a partir da sua relação com o ser humano, surgindo a partir de ações onde o enfermeiro se aproxima de seu objeto de cuidado, o paciente, e com ele se relaciona de forma completa, objetivando reconhecer

suas necessidades e através de uma atividade de conselheiro, propiciando a resolução de suas necessidades.

A organização da instituição existe no sentido de buscar reestabelecer a saúde da criança dentro da unidade de terapia intensiva. A enfermeira, **sentindo-se presa às regras e rotinas** percebe-se, participando de uma organização necessária, mas nem sempre favorável, às necessidades familiares. No sentido de sentir-se presa, considerada como parte da responsabilidade do enfermeiro, as atividades burocráticas relacionadas a função de gerenciamento e organização para o cuidado são, muitas vezes, compreendidas como sobrecarga que distanciam o enfermeiro de sua atividade principal que seria assistência direta (LEAL; MELO, 2018). Para (SANTOS et al., 2020) em um estudo qualitativo transversal que buscou analisar a intensidade do trabalho em enfermagem nos hospitais públicos, a pressão do tempo para a execução das tarefas e o ritmo de trabalho são variáveis identificadas pelas enfermeiras como responsáveis pela intensidade do trabalho, estando vinculadas a gestão desse processo. Por outro lado, políticas médicas e hospitalares atuam como barreiras associadas ao pouco reconhecimento profissional e a hierarquia hospitalar, como discutido por Saad e Riesco (2018) em seu estudo anteriormente citado. Da mesma forma, Patel *et al.* (2018) destaca como a cultura da instituição e os diferentes papéis que refletem e repercutem, diretamente, na forma de relacionar-se com a família.

Nesse contexto, **percebendo o papel da instituição** que de acordo com seus valores favorece ou não a percepção e o atendimento às múltiplas necessidades do paciente, que no contexto da UTI pediátrica e neonatal encontra-se, estreitamente, relacionado às necessidades dos familiares cuidadores. Estudo que destacou atitudes paternalistas em enfermeiras do oriente, demonstrou íntima relação entre a cultura, a estrutura da instituição hospitalar e as atitudes profissionais, todas entrelaçadas entre si em uma filosofia paternalista (VASLI et al., 2015). O desenvolvimento tecnológico traz grandes reflexos à forma de oferecer o cuidado devido enorme burocracia gerada. Nesse sentido, a influência do contexto e a necessidade de mudanças organizacionais na instituição, como fonte de excelentes comportamentos e interações entre profissionais de saúde e familiares, é demonstrada por estudo que destaca as melhores práticas para provedores de saúde (DAVIES et al., 2016). Mudanças estruturais no sentido de promover um ambiente mais acolhedor à família (AMARAL; CALEGARI, 2016), protocolos específicos de comunicação com a família (HALL et al., 2019) ou ainda a

organização que favoreça a permanência e o apoio à família (NASCIMENTO; SILVA, 2017) são exemplos de mudanças que refletem, positivamente, na humanização do cuidado.

Em contrapartida, uma infraestrutura humanizada além de se preocupar com um ambiente acolhedor aos familiares também necessita se preocupar com o bem-estar dos trabalhadores, oferecendo a eles cuidado físico e emocional, reconhecendo que suas necessidades refletem, diretamente, no cuidado por eles oferecido (GARCÍA-SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019). O aspecto desafiador da comunicação e o impacto produzido na autoestima de enfermeiras pela comunicação inabilidosa com familiares é destacado em estudo que avalia a CT de enfermeiras de unidades críticas, revelando, assim, a necessidade de investimento na formação desses profissionais para promover a satisfação para o trabalho (YOO; LIM; SHIM, 2020). A necessidade de investimento na formação para promover melhor comunicação com a família também é destaque de estudo que avaliou a percepção de equipe de enfermagem sobre a prática do cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva neonatal (RODRIGUES et al., 2019), capacitar e educar para o desenvolvimento de habilidades sociais permite explorar de forma intensiva as habilidades humanas de oferecer o cuidado (OVIEDO; DELGADO; LICONA, 2020).

Observamos, então, que a CT possui diversos aspectos para a enfermeira. Se sua relação com a equipe de saúde reflete, diretamente, a comunicação com os familiares, certamente, os valores institucionais também o fazem, consideremos, então, outros aspectos que interferem na comunicação entre enfermeira e familiares. Para Stefanelli (2012), o processo de comunicação se dá em um ambiente que pode ser considerado em sua estrutura como humano e físico, dentro de um tempo e de um espaço (STEFANELLI, 2012d). Dessa forma, as interações que ocorrem, simultaneamente, e a estrutura da unidade de terapia intensiva que se encontra inserida dentro de uma instituição com regras e rotinas baseadas em valores e filosofias interferem, diretamente, na interação enfermeira/família como observado no relato das participantes.

A CT baseada em pressupostos de interação genuína entre seres humanos com desejo sincero de atender as necessidades gerando autonomia (STEFANELLI, 2012a) se encontra inserida em um contexto nem sempre favorável a sua manifestação. Apesar do conhecimento e da existência de habilidades serem fatores importantes para que a enfermeira utilize a CT no seu dia a dia de trabalho, não é possível negar que o seu entorno

a favoreça ou não nessas atitudes. A ausência de políticas e valores da empresa que se tornem favoráveis a implementação de atitudes mais humanas (AMARAL; CALEGARI, 2016b) dificultam a expressão de uma interação pessoa a pessoa como determinadas por Travelbee (1969), de forma autêntica, com desejo de troca e de crescimento para ambos. Dessa forma, o desejo de implementar transformações e mudanças de atitudes dentro desse ambiente de unidade de terapia intensiva, onde familiares, diariamente, vivenciam dias de profundo sofrimento e amparados pela equipe de saúde atravessam esse período de forma mais segura, esbarra na necessidade da mudança ocorrer de forma sistêmica para que se torne consistente (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Por outro lado, apesar das dificuldades encontradas em um ambiente nem sempre favorável a interações entre famílias e enfermeiras com foco na necessidade familiar e no desenvolvimento de autonomia, as enfermeiras demonstram, muitas vezes, o uso de habilidades relacionadas à CT, **sustentadas por crenças e valores** adquiridos ao longo da vida, que permeiam, milimetricamente, cada atitude em seu cotidiano. Para Kilcullen e Ireland (2017) a moral, crenças e valores podem refletir, diretamente, na forma em que o cuidado é prestado, podendo se tornar facilitadores para um cuidado de qualidade. Nesse mesmo sentido, Travelbee (1969) descreve como as crenças sobre a natureza do homem, da enfermagem, e de suas funções e papéis interferem na sua forma de interpretar a realidade, e o quanto estas podem ser um norte na escolha de atitudes para o cuidado, em especial, quando não existem outros conceitos teóricos que o façam.

Em outro sentido, crenças possuem um valor relacionado ao adoecimento e a cura. Estudo sobre o valor das crenças dentro de relacionamentos familiares, o papel que estas realizam como constritoras ou facilitadoras, é destacado no “Modelo de Crenças e Doenças”, demonstrando a necessidade de distinguir, transformar, e construir crenças que sejam facilitadoras (BELL; WRIGHT, 2015). Estudo que trabalhou com esse modelo demonstrou a interferência de crenças no pensamento, sentimento e no comportamento, declarando também a necessidade da enfermeira assumir as crenças que para si são importantes e norteiam o cuidado que ela oferece (ÖSTLUND et al., 2015), nesse sentido crenças baseadas em modelos teóricos podem ser grandes facilitadores e norteadores no fornecimento de um cuidado de qualidade (PEPLAU, 1989; TRAVELBEE, 1969) dentro do relacionamento com famílias.

Os resultados desta pesquisa apontaram para três temas relacionados a crenças e valores que sustentam as atitudes das enfermeiras em sua interação com as famílias,

considerando o valor que ela dá à verdade, à espiritualidade como uma fonte de apoio, e a comunicação e o relacionamento como um caminho para o amparo. Esses temas surgem dentro do contexto em que elas, relatando sobre sua comunicação com a família permitem que sentimentos possam emergir sobre essa relação, do desejo de respeitar a família em seus direitos, amparar buscando uma fonte de consolo e interagir com a família como a principal forma de fornecer cuidado.

Presando pela verdade, congrega a compreensão, a necessidade de oferecer informações reais à família, sem falsas esperanças. Estudo que avaliou a importância da visita de familiares para a criança dentro da UTI na perspectiva dos acompanhantes evidenciou que para a família a omissão de detalhes sobre o estado de saúde da criança é percebida como uma falha, diminuindo a qualidade das informações recebidas (NASCIMENTO; SILVA, 2017). Corroborando com esses resultados, outro estudo que avaliou o apoio psicossocial às famílias demonstrou que estas sentem grande necessidade da equipe oferecer informações honestas e realistas, o comportamento de mostrar a realidade é compreendido como uma forma de aceitar e validar o seu sentimento de medo, evitando minimizar a sua dor (BRY; WIGERT, 2019).

Para a enfermeira, mais do que a honestidade, a verdade é um direito que permite a construção de um vínculo de confiança com a família, o que ela não deseja romper com a falta de transparência nas informações oferecidas. De forma semelhante, estudo que buscou compreender o papel da enfermeira, promovendo a resiliência em familiares demonstrou como informações contraditórias, promovem a incerteza do prognóstico para a família e perda de confiança na equipe de saúde (ELLIS et al., 2016), oferecer falsas esperanças geram esse mesmo impacto na relação entre a equipe e a família (BUMB et al., 2017). Para Davies (2016), a propriedade de agir da forma certa no momento preciso ao perceber as necessidades familiares caminham, concomitantemente, com a oferta da verdade, evitando guardar segredos e construindo uma relação com a família em bases sólidas levando a melhores práticas para a interação entre provedores e familiares (DAVIES et al., 2016).

Dentre os resultados também é possível observar como em alguns momentos a enfermeira não participa da escolha do que é dito à família. Ela possui um papel de apenas esclarecer as informações oferecidas, as quais nem sempre são completas, o sentimento de contradição gera em seu íntimo grande conflito. Estudo demonstra como o conhecimento pode ser considerado um fardo para a equipe de saúde, em especial, para a

enfermeira, que se sentido presa entre a equipe médica e a família se sente obrigada a manter segredo, evitando antecipar a informação que só pode ser oferecida pelo médico (GREEN et al., 2015). Ao encontro com esses resultados, outro estudo sobre as necessidades dos familiares no ambiente da UTI pediátrica demonstra como o fornecimento de informações ocorre apenas pelos médicos, e como desejam receber informações verdadeiras por aquelas que fornecem o cuidado direto ao seu bebê (SANABRIA; RODRÍGUEZ, 2016).

O comprometimento com a verdade é crença que impacta, diretamente, sobre a qualidade do vínculo estabelecido com familiares. Para a enfermeira ser esse elo de força que permite a existência da família dentro do ambiente da UTI, e a construção ou a manutenção do papel familiar dentro desse ambiente através da lenta inserção dos pais em momentos de cuidado à criança, caminham intimamente, e transparecem na sua forma de relacionar-se com a família, especialmente, em momentos onde a intimidade e a confiança são construídas em momentos de educação para o cuidado.

Por outro lado, nos momentos de grande dor, quando a realidade vivenciada pelas famílias traz impacto que perdurará por toda sua vida, a enfermeira oferece uma fonte de consolo. **Utilizando a espiritualidade como apoio**, ela deseja que a família se agarre em algo maior, oferecendo amparo que possa sustentá-los na travessia desse momento, que pode ser o mais difícil por elas vivenciado. Estudo de revisão narrativa demonstra que a necessidade espiritual também faz parte da humanização do cuidado, afirma a importância de ser reconhecida e atendida pela equipe da unidade, considerando o enfoque interdisciplinar como mais adequado (GARCÍA-SALIDO; CALLE; GONZÁLEZ, 2019).

Para a família, voltar sua compreensão para algo maior, que transcende e também a sustenta, auxilia no enfrentamento de momentos difíceis, permitindo em alguns surgir a esperança, ou ainda oferecendo outro sentido a vivências de difícil compreensão. A enfermeira surge como quem faz a ponte, oferecendo o recurso da espiritualidade para qualificar o seu atendimento (CABEÇA; DE SOUSA, 2017). Estudo demonstra que a interação da enfermeira com a família integra o cuidado quando ela oferece sua presença de uma forma que ultrapassa o conhecimento técnico científico, sabendo como e onde agir ela oferece conexão e sintonia, permitindo que o bem-estar, a paz e o conforto encontrem moradia no interior das famílias que apresentando os seus sentimentos

doloridos pela perda, permitem-se restaurar e curar de forma mais profunda (LOZANO et al., 2019).

Para Verri *et al.* (2019), o recurso da espiritualidade, mais que oferecer conforto à família, possui uma função de permitir ao profissional utilizar estratégias pessoais para lidar com o processo que ocorre dentro de si, enfatizando o impacto dessas vivências, e a necessidade do enfrentamento para regular o seu estado emocional diante do estresse vivenciado. A espiritualidade, como uma crença e um valor íntimo, favorece estratégias de enfrentamento internas e externas, que o profissional oferece como uma vivência de suporte, em especial, durante os momentos de maior dor (VERRI et al., 2019). Caminhando ao lado dos familiares, ela busca oferecer alguma sustentação, quando estes com seus pés doloridos já não desejam mais tocar o chão.

Outra crença que sustenta as ações durante a jornada é a compreensão de que o cuidado só existe através da interação com a família, e que por si só possui um grande valor. Compreender cada relacionamento como único singular, e se comprometer com ele é o que faz a diferença e transforma encontros em ações de cuidado (LOZANO et al., 2019). Para Travelbee (1969), a enfermeira tem como objetivo estimular a autonomia, fortalecendo atitudes que são base para a saúde mental. Entre as principais são três: a aptidão para amar a si mesmo e o outro através de ações; a capacidade para enfrentar a realidade e descobrir um propósito para a vivência do sofrimento, que ela entende como intrínseco ao ser humano. Para que esse objetivo seja alcançado, a enfermeira deve possuir em si essas atitudes, reconhecendo necessidades individuais e tendo como missão permanecer ao seu lado para juntos caminhar em busca de uma solução, atribuindo significado àquele momento (TRAVELBEE, 1969).

Dessa forma a enfermeira, **valorizando a comunicação e o relacionamento**, utiliza recursos para a comunicação efetiva, e busca acolher com vontade, visto que tais atitudes a satisfazem e ela se encontra ali por inteiro, se entregando para o outro nessa construção bilateral. Da mesma forma, o modelo da relação pessoa a pessoa preconiza que o relacionamento seja o centro do cuidado, onde o objetivo da enfermeira é cumprido através de uma prática reflexiva, pautada em atitudes de compaixão e simpatia, compreendendo aqui como simpatia a ação que surge através do sentimento de se colocar no lugar do outro, e se comprometendo, deseja agir para aliviar a angústia (PAROLA et al., 2020). É no relacionamento entre enfermeiras e famílias que a atenção para o outro se desenvolve, e nesta busca de conhecer comportamentos que refletem em suas diversas

vivências ao longo da vida; crenças e valores divergentes se chocam, solicitando ao enfermeiro uma atenção especial para que perceba os desafios da comunicação (STEFANELLI, 2012c).

Ao relacionarmos os resultados do nosso trabalho a uma revisão sobre o comportamento relacional entre enfermeiro e paciente (BORGES et al., 2017), pudemos compreender que para a família, pequenos gestos podem ser percebidos e compreendidos como uma atitude de aproximação, assim como a abertura de estar com o outro, disponível para com ele enfrentar as dificuldades, através de uma relação interpessoal efetiva com o cuidado e o afeto na interação. Por outro lado, como também evidenciado em nossos resultados, para a enfermeira, mais do que uma conexão empática e um cuidado humano e compassivo, a jornada de compreender o sofrimento percorrendo como o paciente esse caminho até o fim ao seu lado, promove um aprofundamento da relação e um cuidado autêntico o que permite uma relação de crescimento recíproco, trazendo grande satisfação à enfermeira (JANG; KIM, 2019).

Dessa forma, observamos como essa crença que valoriza o comunicar-se permeia as diversas interações de cuidado à criança na presença da família. Ao longo de sua convivência com a enfermeira durante as contínuas relações com a família, a enfermeira constrói, paulatinamente, o vínculo, atendendo as necessidades e oferecendo informações, educando, acolhendo os sentimentos, e, finalmente, percorrendo esse caminho ao lado da família até o fim, sem permitir que se sintam abandonados ou desamparados.

Os resultados demonstram como a enfermeira por meio dos valores que a sustentam e dos conhecimentos que possui, reconhece as necessidades que a família apresenta, em cada momento de sua passagem pelo ambiente da unidade de terapia intensiva. Desejando atender essas necessidades, se comprometendo com a família, reconhecendo sua individualidade e respeitando o seu valor, oferece, na medida certa, o cuidado efetivo de diferentes formas. Essa jornada é percorrida dentro de um contexto em que diversas interações ocorrem, simultaneamente, nem sempre possuindo como centro o relacionamento e o reconhecimento das necessidades familiares, da mesma forma a instituição, como um ambiente onde as interações ocorrem dentro de pilares estabelecidos por suas políticas e crenças, fornece ferramentas que facilitam ou não essa interação.

Os resultados desta pesquisa mostram a empatia, o respeito e a confiança como componentes básicos da CT (STEFANELLI, 2012a), e surgem entrelaçados nas atitudes das enfermeiras que participaram do estudo, como um germe, uma semente. Colocando-se no lugar do outro, compreendendo suas necessidades mais sutis, respeitando suas diferenças, evitando agir com julgamento, permitindo que através de atitudes pactuadas, a confiança, o vínculo se tornem uma estrutura, ela demonstra que apresenta em si essas características, e a partir delas busca acolher a família. Analisando seus relatos, é possível observar que reconhece a família e busca apreender suas necessidades, as quais oferece, principalmente, informações em uma linguagem que acredita ser acessível, e em momentos de tristeza busca acolher por meio de atitudes da comunicação não verbal.

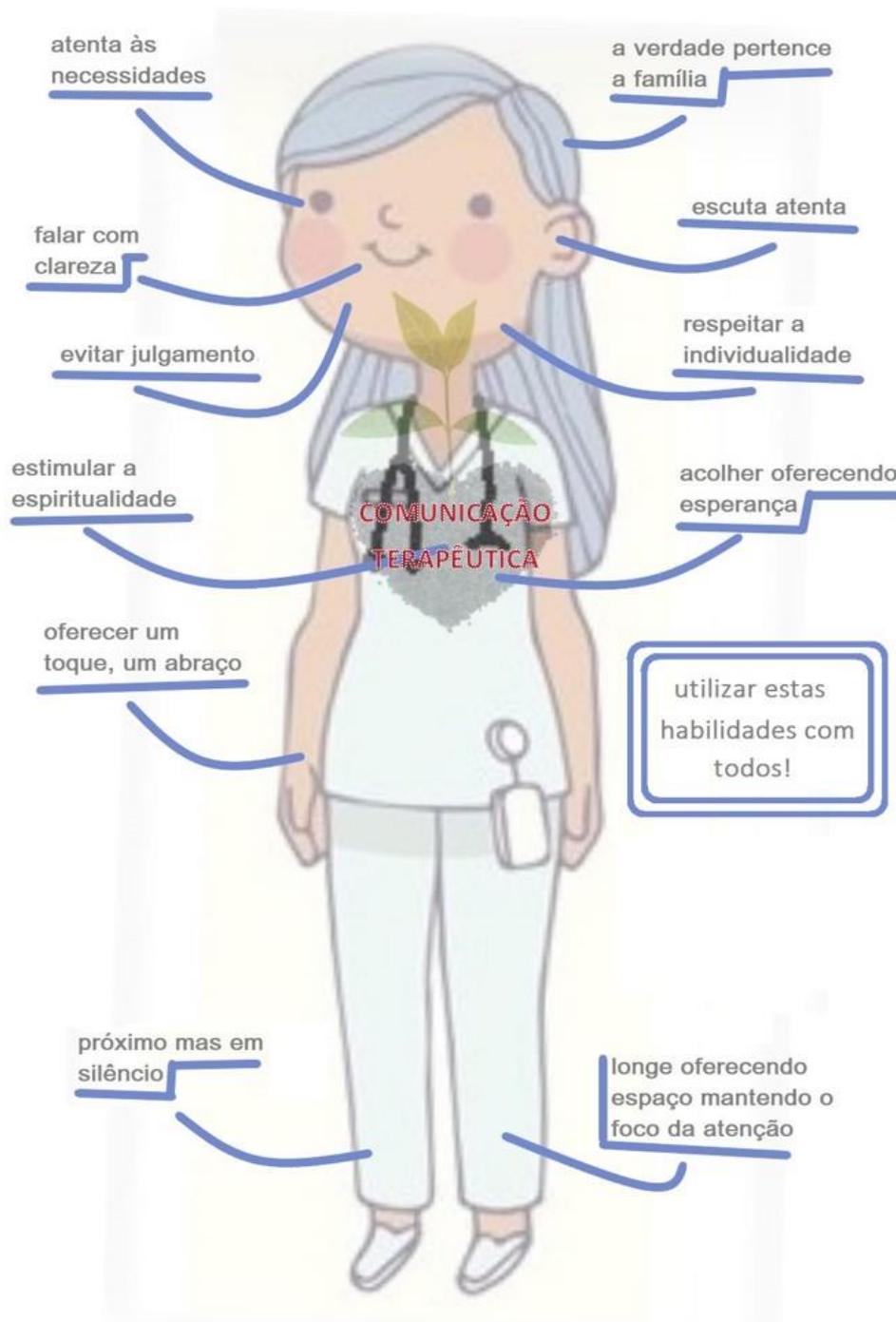
Suas atitudes demonstram que o olhar para o outro o reconhecendo como individualidade e pactuando com suas necessidades é parte do “ser” humano. Como Travelbee (1969) muito bem coloca, a capacidade de amar (no sentido de estar pronto para), assim como reconhecer seu trabalho (enfrentando a realidade) e significar o momento (descobrir um propósito e um sentido na vida) são atitudes de um ser humano saudável mentalmente, e para tal todos possuímos em nós ferramentas latentes aguardando que possamos utilizá-las em nosso relacionar-se com o mundo.

Nesse sentido, a formação torna-se de grande importância para que o profissional que se constrói possa fortalecer esse germe latente em si através da apreensão do conhecimento e da construção da habilidade, a partir da vivência amparada pelo conhecimento e por aquele que guia em sua aquisição do saber e construir o agir. O professor universitário, a instituição universitária são importantes construtores em conjunto com o aluno nessa tarefa de construir o profissional do amanhã. Hoje também é possível construir ferramentas para aqueles que já se formaram e atuam todos os dias, oferecendo o cuidado, através da educação continuada as mesmas ferramentas também podem ser desenvolvidas.

O profissional, possuindo em si o conhecimento e as habilidades, que um ser humano possa agir, respeitando e honrando o outro, reconhecendo o cuidar com humanidade, de todo contexto inserido. Assim, dentro do seu âmbito de atuação, ele passa a transformar o ambiente, criando para o futuro instituições pautadas no agir humano, centradas no reconhecimento do paciente e do contexto que o cerca.

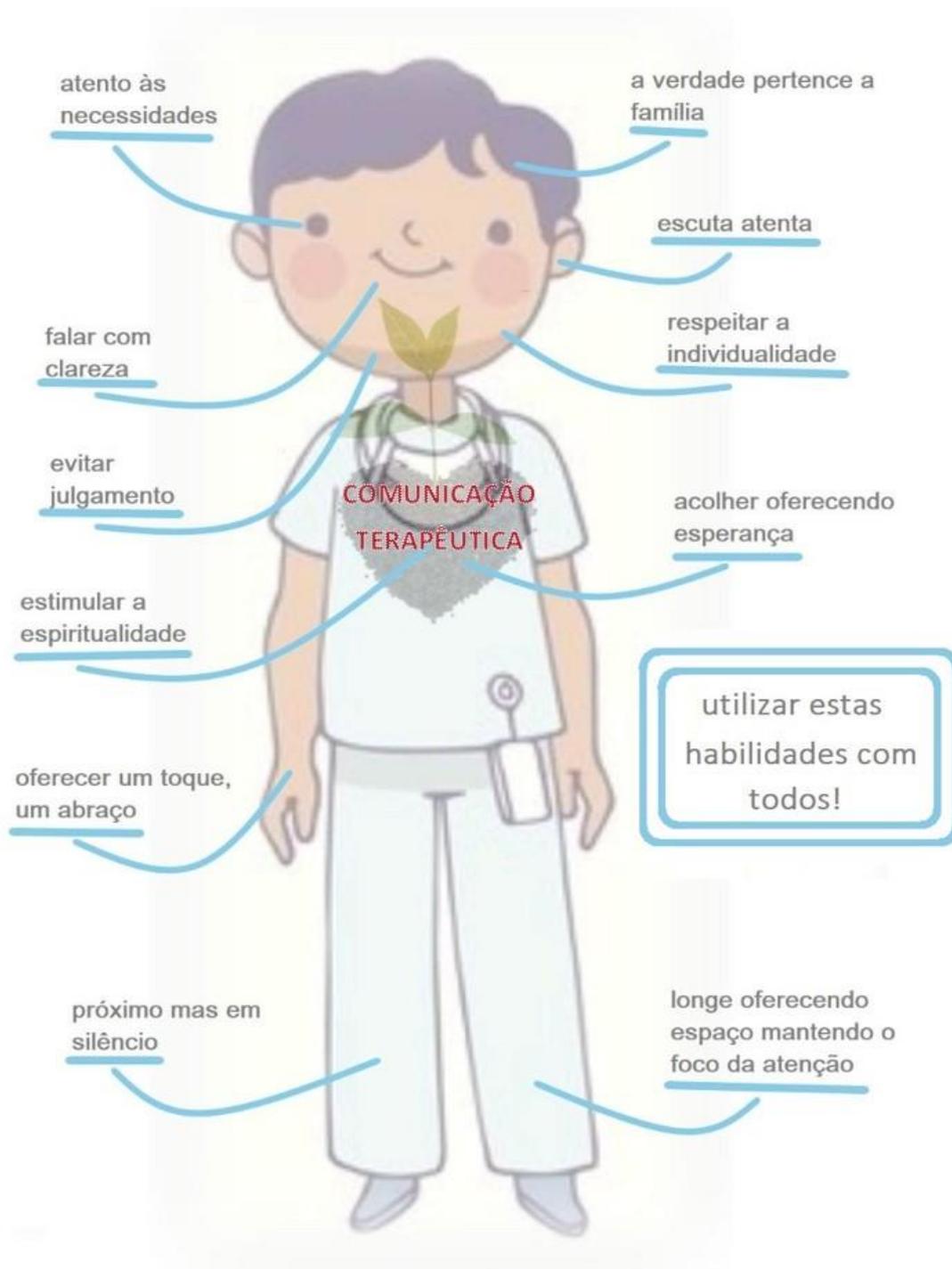
Objetivando facilitar o acesso dos resultados desta pesquisa, as figuras 3 e 4 foram criadas buscando conter os principais conceitos desenvolvidos no estudo, apresentando comunicação terapêutica como um germe a ser desenvolvido no e pelo profissional e suas principais utilizações nas interações estabelecidas.

Figura 3



Fonte: Produção da própria autora

Figura 4



Fonte: Produção da própria autora

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato com as enfermeiras a partir de entrevistas possibilitou não apenas explorar sua compreensão sobre CT, e como julga aplicar os conhecimentos relacionados à comunicação com a família no dia a dia de trabalho, mas além do objetivo da pesquisa, proporcionou também conhecer a humanidade de cada uma delas, perceber seus sentimentos em contextos delicados, e o uso de recursos pessoais com o desejo de imprimir sua marca em momentos, onde o sofrimento trazia sua nota.

Vivenciamos, neste século, um momento ímpar, em que muitas famílias devido à pandemia do COVID-19 perderam seus entes queridos sem, muitas vezes, sequer se despedirem. A equipe de saúde perplexa diante desse momento, em algumas situações, se viu de mãos atadas em desejar confortar, mas sem poder fazê-lo em sua integralidade. A comunicação e o relacionamento mais do que nunca mostraram seu valor, todos os dias, nas lágrimas derramadas que apareciam nos noticiários. Mais do que nunca é necessário acreditar no potencial de cada profissional, em especial, as enfermeiras, os enfermeiros, que, diariamente, cuidam e lideram equipes de cuidado, e que utilizam da comunicação como instrumento de trabalho. São profissionais que trazem dentro de si o “ser humano” e imprimem em cada ato que realizam, na medida que encontram espaço para “ser” o “humano” que possuem dentro de si. A CT é antes de tudo a aplicação desse “ser humano” nas relações. Reconhecer a individualidade e a totalidade do outro, e oferecer o seu melhor, para que ele tenha espaço para reconhecer suas necessidades e encontrar o bem-estar.

Não digo que os profissionais se encontram completos, que a CT faz parte de suas ações do cotidiano, e que a realizam tal qual o arcabouço teórico a define. Não. Apenas percebi, por meio desta pesquisa, que a centelha necessária está em cada um, esperando desenvolver-se, desejando como uma flor, receber o adubo do conhecimento e o espaço para florir. É necessário conhecer para transformar, e se hoje compreendo em que medida a CT se encontra dentro de cada enfermeiro que conheci, compreendo também que é necessário desenvolver esforços em entender cada traço humano que possuímos, trabalhando na função de enfermeiros, para que novas bases possam ser construídas, acreditando em nosso potencial de “ser humano”.

Nesse sentido, a pesquisa demonstra o quanto o conhecimento teórico dos profissionais é escasso para permitir que se concretizem como ações; possuem crenças,

valores que imprimem em si o desejo de relacionar-se de forma justa, verdadeira e íntegra. Mas, é necessário mais! Faz-se imprescindível o investimento para que comunicações terapêuticas aconteçam, oferecendo oportunidades de construção teórica sobre a temática no ambiente de trabalho, possibilitando que os profissionais construam habilidades por meio de simulações, ofertando um ambiente que favoreça relacionamentos, em especial, com as famílias, Portanto, uma empresa que imprima os valores da comunicação, do relacionamento humano em cada canto, através das diversas lideranças, nos diversos espaços a favor da autonomia e do bem-estar de cada um.

A respeito de lacunas, a pesquisa realizada retrata uma compreensão sobre a CT, em sua relação com a família, dentro de um contexto de 21 enfermeiros entrevistados, residentes no interior do estado de São Paulo e, evidentemente, não retrata o todo, demonstrando uma limitação do estudo. Da mesma forma, reflete o que os enfermeiros acreditam, um estudo de observação, provavelmente, traria resultados sobre suas ações, contribuindo para a construção de uma visão mais ampla sobre o tema.

8 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

- ABUQAMAR, M.; ARABIAT, D. H.; HOLMES, S. Parents' Perceived Satisfaction of Care, Communication and Environment of the Pediatric Intensive Care Units at a Tertiary Children's Hospital. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 31, n. 3, p. e177–e184, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.12.009>>.
- ADAMS, A. M. N.; MANNIX, T.; HARRINGTON, A. Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. **Nursing in Critical Care**, v. 22, n. 2, p. 70–80, 2015.
- AGUIAR, G. B. et al. A criança com diabetes Mellitus Tipo 1 : a vivência do adoecimento *. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 55, n. e03725, p. 1–8, 2021.
- AHLUWALIA, B. S. C. et al. Nurses as Intermediaries: How Critical Care Nurses Perceive Their Role in Family Meetings. **American Journal of Critical Care**, v. 25, n. 1, p. 33–39, 2016.
- ALABDULAZIZ, H.; MOSS, C.; COPNELL, B. Paediatric nurses' perceptions and practices of family-centred care in Saudi hospitals: A mixed methods study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 69, p. 66–77, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.011>>.
- ALFARES, F. A. et al. Perceptions of Bedside Cardiac Critical Care Registered Nurses on 24 Hour Attending Intensivist Coverage. **Congenit Heart Dis.**, v. 11, n. 4, p. 354–8, 2016.
- AMARAL, L. F. P. do; CALEGARI, T. HUMANIZATION OF NURSING CARE FOR THE FAMILY AT THE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 3, p. 01–08, 2016.
- BATISTA, R. E. A.; PEDUZZI, M. Prática interprofissional no Serviço de Emergência : atribuições específicas e compartilhadas dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. Suppl 1, p. 222–229, 2019.
- BELL, J. M. The Central Importance of Therapeutic Conversations in Family Nursing: Can Talking Be Healing? **Journal of Family Nursing**, v. 22, n. 4, p. 439–449, 2016.
- BELL, J. M.; WRIGHT, L. M. The Illness Beliefs Model: Advancing Practice Knowledge About Illness Beliefs, Family Healing, and Family Interventions. **Journal of Family Nursing**, v. 21, n. 2, p. 179–185, 2015.
- BÉRANGER, A. et al. Provided information and parents' comprehension at the time of admission of their child in pediatric intensive care unit. **European Journal of Pediatrics**, v. 177, n. 3, p. 395–402, 2018.
- BLOOMER, M. J. et al. Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: Nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. **Australian Critical Care**, v. 28, n. 2, p. 87–92, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2015.01.002>>.

BLUMER, H. A NATUREZA DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO. In: MORTENSEN, C. D.; BARNLUND, D. C. (Ed.). **Teoria da comunicação: textos básicos**. São Paulo: Mosaico, 1980. p. 495.

BOGUE, T. L.; MOHR, L. Putting the Family Back in the Center: A Teach-Back Protocol to Improve Communication During Rounds in a Pediatric Intensive Care Unit. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v. 29, n. 2, p. 233–250, 2017.

BORGES, J. W. P. et al. Adult Nursing-Patient Relationship: Integrative Review Oriented By the King Interpersonal System. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 4, p. 1769–1778, 2017. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=122432327&site=ehost-live>>.

BORGES, L. V. A. et al. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO MOTOR INFANTIL EM CRIANÇAS DE ALTO RISCO * EVALUATION OF CHILD MOTOR DEVELOPMENT IN HIGH-RISK CHILDREN. **Rev enferm UFPE on line**, v. 14, n. e244121, 2020.

BOSS, R. D. et al. Family conferences in the neonatal ICU: Observation of communication dynamics and contributions. **Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies**, v. 17, n. 3, p. 223–230, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. [s.l: s.n.]

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **MANUAL DE QUADROS E PROCEDIMENTOS - AIDIPI CRIANÇA - 2 meses a 5 anos / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas Para a Infância**. [s.l: s.n.]

BRY, A.; WIGERT, H. Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care : a qualitative interview study. **BMC Psychology**, v. 7, n. 76, p. 1–12, 2019.

BUMB, M. et al. Breaking Bad News: An evidence-based review of communication models for oncology nurses. **Clinical journal of oncology nursing**, v. 21, n. 5, p. 573–580, 2017.

BUTLER, A. E.; COPNELL, B.; HALL, H. “ Some were certainly better than others ” – Bereaved parents ’ judgements of healthcare providers in the paediatric intensive care unit : A grounded theory study. **Intensive & Critical Care Nursing**, p. 1–7, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.12.003>>.

BUTLER, A. E.; COPNELL, B.; HALL, H. When a Child Dies in the PICU: Practice Recommendations From a Qualitative Study of Bereaved Parents*. **Pediatr Crit Care Med.**, v. 20, n. 9, p. 447–451, 2019.

CABEÇA, L. P. F.; DE SOUSA, F. G. M. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva neonatal Dimensions qualifying for communication of difficult news in neonatal intensive care unit. **Revista**

de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 1, p. 37, 2017.

CARNEIRO, P. A UNESCO E A INFORMAÇÃO. **Ciência da Informação**, v. 6, n. 1, p. 1–9, 1977.

CARNEVALE, F. A. et al. Communication in pediatric critical care: A proposal for an evidence-informed framework. **Journal of Child Health Care**, v. 20, n. 1, p. 27–36, 2016.

CARVALHO, V. D. de; BORGES, L. de O.; RÊGO, D. P. do. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 146–161, 2010.

CAWLEY, P.; CHAKKARAPANI, E. Fifteen-minute consultation: Therapeutic hypothermia for infants with hypoxic ischaemic encephalopathy - Translating jargon, prognosis and uncertainty for parents. **Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition**, v. 105, n. 2, p. 75–83, 2020.

CERON, M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. **Unasus.Unifesp.Br**, 2013. Disponível em:
<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf%0Ahttp://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_17.pdf>.

CHARON, J. M. **Symbolic Interactionism: An Introduction, an Interpretation, an Integration**. 10ed. ed. Boston: Pearson College Division, 2010. v. 10

COATS, H. et al. Nurses' reflections on benefits and challenges of implementing familycentered care in pediatric intensive care units. **American Journal of Critical Care**, v. 27, n. 1, p. 52–58, 2018.

CRAIG, A. K. et al. Exploring Parent Experience of Communication about Therapeutic Hypothermia in the Neonatal Intensive Care Unit. **Advances in Neonatal Care**, v. 18, n. 2, p. 136–143, 2018.

DAVIES, B. et al. Best Practice in Provider/Parent Interaction. **Qualitative Health Research**, v. 27, n. 3, p. 406–420, 2016.

DE SOUZA, M. D. F. M. et al. Changes in health and disease in Brazil and its states in the 30 years since the unified healthcare system (SUS) was created. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737–1750, 2018.

DENIS-LAROCQUE, G. et al. Nurses' perceptions of caring for parents of children with chronic medical complexity in the pediatric intensive care unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 43, p. 149–155, 2017. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.010>>.

DOS ANJOS, C. et al. A presença do familiar da criança com câncer na unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, p. 1–7, 2019.

ELLIS, B. L. et al. Empowering the “Cheerers”: Role of Surgical Intensive Care Unit Nurses in Enhancing Family Resilience. **American Journal of Critical Care**, v. 25, n.

1, p. 39–46, 2016.

ELLISON, D. L.; MEYER, C. K. Presence and Therapeutic Listening. **The Nursing clinics of North America**, v. 55, n. 4, p. 457–465, 2020.

EMICH, C. Conceptualizing collaboration in nursing. **In Nursing forum**, v. 53, n. 4, p. 567–573, 2018.

ESTEVIÃO, A. R. et al. THE FAMILY IN NURSING CARE FOR CHILDREN : AN INTEGRATIVE REVIEW. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1–9, 2016.

FADADU, P. P. et al. A Mixed-Methods Exploration of Pediatric Intensivists' Attitudes toward End-of-Life Care in Vietnam. **Journal of Palliative Medicine**, p. 1–9, 2019.

FERNÁNDEZ MEDINA, I. M. et al. Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. **Women and Birth**, v. 31, n. 4, p. 325–330, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008>>.

FERRARESI, M. F.; ARRAIS, A. da R. Avaliação da Assistência Multiprofissional em uma Unidade Neonatal Pública na Perspectiva das Mães. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 18, n. 2, p. 391–400, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22640/29478>>.

FRIEDMAN, M. M.; BOWDEN, V.R.; JONES, E. **Family nursing: research, theory and practice**. 5th ed. ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall, 2003.

GANZ, F. D. Improving Family Intensive Care Unit Experiences at the End of Life: Barriers and Facilitators. **Critical Care Nurse**, v. 39, n. 3, p. 52–58, 2019.

GARCÍA-SALIDO, A.; CALLE, G. H. la; GONZÁLEZ, A. S. Revisión narrativa sobre humanización en cuidados intensivos pediátricos : ¿ dónde estamos ? **Medicina Intensiva**, v. 43, n. 5, p. 290–298, 2019.

GIMÉNEZ-ESPERT, M. C.; CASTELLANO-RIOJA, E.; PRADO-GASCÓ, V. J. Empatía , inteligencia emocional y comunicación en enfermería : efecto moderador de los factores organizacionales *. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, n. e3333, p. 1–8, 2020.

GOMES, I. F. et al. VIVÊNCIAS DE FAMÍLIAS NO CUIDADO À CRIANÇA COM COMPLICAÇÕES DA PREMATURIDADE. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 4, p. 630–638, 2016.

GREEN, J. et al. A burden of knowledge: A qualitative study of experiences of neonatal intensive care nurses' concerns when keeping information from parents. **Journal of Child Health Care**, v. 19, n. 4, p. 485–494, 2015.

HADIAN SHIRAZI, Z. et al. **The Obstacles against Nurse-Family Communication in Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: a Qualitative Study** **Journal of Caring Sciences**, 2015. .

HALL, S. L. et al. Improving Staff Knowledge and Attitudes Toward Providing Psychosocial Support to NICU Parents Through an Online Education Course. **Advances**

in **Neonatal Care**, v. 00, n. 0, p. 1–10, 2019.

JAMES, I. Biographical Memoirs - CLAUDE ELWOOD SHANNON. **The Royal Society**, v. 55, p. 257–265, 2009. Disponível em: <<https://royalsocietypublishing.org/>>. Acesso em: 17 ago. 2021.

JANG, M. S.; KIM, S. Person-Centered Relational Care Experienced by Critical Care Nurses : An Interpretative Phenomenological Analysis Study. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 49, n. 4, p. 423–436, 2019.

KAAKINEN, J. R. et al. **FAMILY HEALTH CARE NURSING Theory, Practice and Research**. 6th Editio ed. [s.l: s.n.]

KILCULLEN, M.; IRELAND, S. Palliative care in the neonatal unit: Neonatal nursing staff perceptions of facilitators and barriers in a regional tertiary nursery. **BMC Palliative Care**, v. 16, n. 32, p. 1–12, 2017.

KOOGAN, A. **Koogan/Houaiss: enciclopédia e dicionário ilustrado**. [s.l: s.n.]

KUMATA, C. S.; BORGES, A. A.; DUPAS, G. Comunicação de más notícias à família da criança hospitalizada/Communicating bad news to family of hospitalized child. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1411–1418, 26 maio 2015. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25894>>. Acesso em: 20 mar. 2019.

LASSWELL, H. D. A estrutura e a função da comunicação na sociedade. In: NACIONAL/EDUSP, E. (Ed.). **Comunicação e indústria cultural**. 1a. ed. São Paulo: Gabriel Cohn, 1971.

LAZARFELD, P. F.; MERTON, R. K. Mass communication , popular taste, and organized social action. **İletişim kuram ve araştırma dergisi (Jornal teoria e pesquisa da comunicação)**, v. 24, p. 229–250, 2007.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. de. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 441–452, 2018.

LÉGARÉ, F. et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: A mixed methods study. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 4, p. 554–564, 2011.

LEMOS, H. J. M. de; MENDES-CASTILLO, A. M. C. Apoio social de famílias de crianças traqueostomizadas. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. Supl 3, p. 295–302, 2019.

LIMA, V. F. de et al. VIVÊNCIA DOS FAMILIARES DE PREMATUROS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. e1026, p. 1–8, 2017.

LITTLEJOHN, S. W.; FOSS, K. A.; OETZEL, J. G. **Theories of Human Communication**. 11. ed. Long Grove, Illinois: Waveland Press, 2016.

LOPES, L. G.; SILVA, A. G.; GOULART, A. C. O. A Teoria Geral do Sistema e suas

aplicações nas ciências naturais. **Natureza on line**, v. 13, n. 1, p. 1–5, 2015. Disponível em: <<http://www.naturezaonline.com.br>>.

LOZANO, M. G. et al. Commitment and human tone: The difference between traditional service and nursing care. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, v. 37, n. 1, 2019.

MACEDO, J. C. B. et al. FATORES ASSOCIADOS A PNEUMONIAS E DIARREIA EM CRIANÇAS E QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, n. e20180225, p. 1–18, 2019.

MÅNSSON, C. et al. The impact of an individualised neonatal parent support programme on parental stress: a quasi-experimental study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 33, n. 3, p. 677–687, 8 fev. 2019. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12663>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MARCELLUS, L.; POAG, E. Adding to Our Practice Toolkit: Using the ACTS Script to Address Stigmatizing Peer Behaviors in the Context of Maternal Substance Use. **Neonatal Network**, v. 35, n. 5, p. 327–332, 2016.

MASTEN, M. et al. Evaluating Teamwork in the Neonatal Intensive Care Unit: A Survey of Providers and Parents. **Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses**, v. 19, n. 4, p. 285–293, 2019.

MATTELART, A.; MATTELART, M. **HISTÓRIA DAS TEORIAS DA COMUNICAÇÃO**. Edições Lo ed. [s.l: s.n.]

MCCARTHY, B.; O'DONOVAN, M.; TRACE, A. A new therapeutic communication model “TAGEET” to help nurses engage therapeutically with patients suspected of or confirmed with COVID-19. **Journa of Clinical Nursing**, v. 30, n. September 2020, p. 1184–1191, 2021.

MENDES, A. P. A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 1–9, 2020.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. C. “**Pesquisa social: teoria, método e criatividade.**” 28 ed ed. [s.l: s.n.]

MIRANDA, F. R. De et al. Experiência da família no manejo da criança com anemia falciforme : implicações para o cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 28, n. e51594, p. 1–6, 2020.

MUFATO, L. F.; GAIVA, M. A. M. Motivos-porque da empatia de enfermeiras com os familiares de recém-nascidos em UTI neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41, n. e20190508, p. 1–8, 2020.

NASCIMENTO, D. I. Althusser E Foucault: Possíveis Reflexões Sobre a Função Atual Da Universidade. **Revista Seara Filosófica**, v. 0, n. 19, p. 323–337, 2020.

NASCIMENTO, F. G. P. do; SILVA, V. R. da. IMPORTÂNCIA DA VISITA À CRIANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA : OPINIÃO

DOS ACOMPANHANTES. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3920–3927, 2017.

NASCIMENTO, J. M. F. do et al. ESCUTA TERAPÊUTICA: UMA TECNOLOGIA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 14, n. e244257, p. 1–10, 2020.

NETO, G. G. P. et al. CHILD DEVELOPMENTAL MONITORING : IMPLEMENTATION THROUGH THE FAMILY HEALTH STRATEGY NURSE. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, n. 1, p. 1309–1315, 2020.

NOBRE, T. C. N.; ROSA, D. de O. S. Sentido de compromisso con el cuidado de enfermería. **Cultura de los cuidados**, v. 24, n. 58, p. 90–98, 2020.

O'BRIEN, R. Expressions of hope in paediatric intensive care : a reflection on their meaning. **Nursing in Critical Care**, v. 19, n. 6, p. 316–321, 2014.

OCTOBER, T. W. et al. Communication training for inter-specialty clinicians. **Clinical Teacher**, v. 16, n. 3, p. 242–247, 2019.

ÖSTLUND, U. et al. Nurses' fidelity to theory-based core components when implementing Family Health Conversations - a qualitative inquiry. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 29, n. 3, p. 582–590, 2015.

OVIEDO, A. D.; DELGADO, I. A. V.; LICONA, J. F. M. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 1–7, 2020.

PAROLA, V. et al. Travelbee's Theory : Human-to-Human Relationship Model - its suitability for palliative nursing care. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 2, p. 1–7, 2020.

PATEL, N. et al. Family Integrated Care : changing the culture in the neonatal unit. **Archives of disease in childhood**, v. 103, n. 5, p. 415–419, 2018.

PAULINE VOIE, M.; TUNBY, J.; STRØMSVIK, N. Collaboration challenges faced by nurses when premature infants are discharged. **Nursing Children and Young People**, v. 30, n. 2, p. 33–38, 2018.

PECANAC, K.; KING, B. Nurse – Family Communication During and After Family Meetings in the Intensive Care Unit. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 51, n. 2, p. 129–137, 2019.

PEPLAU, H. E. **Interpersonal theory in nursing practice: selected works of Hildegard E. Peplau**. New York: Springer Publishing Company, 1989.

PEPLAU, H. E. **Interpersonal relations in nursing : A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing**. [s.l.] Springer, 1991.

PERLES, J. B. **Comunicação : conceitos , fundamentos e história** Biblioteca on-line

de Ciências da Comunicação, , 2007. .

PHILLIPS, B. E.; THEEKE, L. A.; SAROSI, K. M. Relationship between negative emotions and perceived support among parents of hospitalized, critically ill children. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 8, n. 1, p. 15–21, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.10.001>>.

PINHEIRO, C. W. et al. Teoria Das Relações Interpessoais: Reflexões Acerca Da Função Terapêutica Do Enfermeiro Em Saúde Mental. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, p. 64–69, 2019.

POERSCHKE, S. M. B. et al. The Nursing Team Approach When Facing the Feelings of Relatives of Patients Undergoing Intensive Therapy. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 3, p. 771–779, 2019.

RAMÍREZ LEÓN, M. et al. Parental stressors in a Pediatric Intensive Care Unit. **Revista Chilena de Pediatría**, v. 89, n. 2, p. 182–189, 2018.

REEVES, S. A. et al. Learning to Overcome Hierarchical Pressures to Achieve Safer Patient Care. **Nurse Educator**, v. 42, n. 5, p. 27–31, 2017.

RIBEIRO, F. P. Paulo Freire na Comunicação e os meios de “comunicados”. **Rizoma, Santa Cruz do Sul**, v. 1, n. 2, p. 78–91, 2013.

RODRIGUES, B. C. et al. Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**, v. 20e397, n. e39767, p. 1–8, 2019.

RODRIGUES, P. F. et al. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 781–787, 2013.

RODRÍGUEZ, N. A guerra pela mente do público. **REVISTA PROFISSIONAL DA FORÇA AÉREA DOS EUA**, v. 2, p. 63–76, 2020.

ROXO, R. Biopolítica, guerra híbrida e reestruturação do capitalismo: a globalização como ela é. **Espaço e Economia - Revista brasileira de geografia econômica**, v. 18, p. 9, 2020.

RUESCH, J. **Therapeutic communication**. [s.l.] Norton, 1973.

RUESCH, J.; BATESON, G. **Communication: The social Matrix of Psychiatry**. 1a. ed. [s.l.: s.n.]

SÁ MARTINO, L. M. Pensar a comunicação em 1909 : uma leitura do conceito em “ Social. **Logos**, v. 27, n. 02, p. 61–75, 2020.

SAAD, D. E. A.; RIESCO, M. L. G. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. (1-2-3), p. 11–20, 2018.

SABNIS, A. et al. Increasing Timely Family Meetings in Neonatal Intensive Care: A Quality Improvement Project. **Hospital pediatrics**, v. 8, n. 11, p. 679–685, 1 nov. 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30309897>>. Acesso em: 14 mar.

2019.

SANABRIA, M. L. V.; RODRÍGUEZ, L. M. de. Needs of Parents in Caring for Their Children in a Pediatric Intensive Care Unit. **Invest Educ Enferm**, v. 34, n. 1, p. 29–37, 2016.

SANTIAGO, L. X. J.; GALEANO, S. P. O.; BLANDÓN, D. A. S. Quality of nursing care: Perception of parents of newborns hospitalized in neonatal units. **Investigacion y Educacion en Enfermeria**, v. 36, n. 1, p. e08, 2018.

SANTOS, N. I. M. dos et al. Vivências de enfermeiros na consulta de puericultura : percepção sobre os sinais de risco / atraso para o des- envolvimento infantil. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 16, n. 1, p. 0–2, 2021.

SANTOS, T. A. dos et al. Intensity of nursing work in public hospitals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, n. e3267, p. 1–8, 2020.

SANTOS, L. F. et al. When the communication is harmful in the encounter between health professional and family of hospitalized child. **Enfermería Gobal**, v. 37, p. 216–226, 2015.

SASSO, L. et al. Including qualitative research in Randomized Controlled Trials: Opportunities for nursing researchers. **Journal of Advanced Nursing**, n. October 2018, p. 705–706, 2018.

ŞENER, D. K.; KARACA, A. Mutual Expectations of Mothers of Hospitalized Children and Pediatric Nurses Who Provided Care: Qualitative Study. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 34, p. e22–e28, 2017.

SILVA, N. F. da. A CONTRIBUIÇÃO E O PIONEIRISMO DE ROBERT EZRA PARK NOS ESTUDOS DE JORNALISMO E DA COMUNICAÇÃO. **Estudos**, v. 38, n. 4, p. 679–692, 2011.

SILVA, T. P. da et al. Gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança em condição crônica hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 641–648, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400641&lng=pt&tlng=pt>.

SOARES, L. G. et al. Percepção das famílias sobre o acolhimento no contexto neonatal durante um processo de intervenção. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 1, p. 147–153, 2019.

SOUZA, R. O. D. de et al. Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 40, p. e20180118, 2019.

SOUZA, R. O. D. DE. **PNEUMONIA E VULNERABILIDADE SOCIAL: UM OLHAR PARA FAMÍLIA**. 2016. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2016. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/SCAR_9e041d95ed28f0536892a2adacfb98fc>.

STEFANELLI, M. C. Introdução à comunicação terapêutica. In: MANOLE LTDA, E. (Ed.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2 Ed ed. [s.l.: s.n.].p.

65–76.

STEFANELLI, M. C. Estratégias de comunicação terapêutica. In: MANOLLE LTDA, E. (Ed.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2 Ed ed. [s.l: s.n.]p. 77–109.

STEFANELLI, M. C. Comunicação não terapêutica e desafios à comunicação terapêutica. In: MANOLLE LTDA, E. (Ed.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2a. ed. [s.l: s.n.]p. 110–122.

STEFANELLI, M. C. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: MANOLLE LTDA, E. (Ed.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2 Ed ed. [s.l: s.n.]p. 29–49.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. de; ARANTES, E. C. Comunicação e enfermagem. In: **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. [s.l: s.n.]p. 228.

STELMAK, A. P.; FREIRE, M. H. de S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 795–802, 2017.

THORNE, S.; KIRKHAM, S. R.; MACDONALD-EMES, J. Interpretive Description: A Noncategorical Qualitative Alternative for Developing Nursing Knowledge. **Research in Nursing & Health**, v. 20, p. 169–177, 1997.

TRAVELBEE, J. **Intervention in psychiatric nursing: process in the one to one relationship**. Philadelphia: FA Davis, 1969.

TURNER, M.; CHUR-HANSEN, A.; WINEFIELD, H. The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, n. 21–22, p. 3156–3165, 2014.

UEMA, R. T. B. et al. Cuidado centrado na família em neonatologia : percepções dos profissionais e familiares. **Rev enferm UERJ**, v. 28, n. e45871, p. 1–7, 2020.

UHLMANN, G. W. **Teoria Geral dos Sistemas - Do Atomismo ao Sistemismo**. São Paulo: Centro Interdisciplinar de Semiótica da Cultura e da Mídia, 2002.

UNGER, R. Resenha de: BARAN, PA A economia política do desenvolvimento. **Revista Debate Econômico**, v. 5, n. 1, p. 98–102, 2017.

VAEZA, N. N.; DELGADO, M. C. M.; CALLE, G. H. La. Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. **Critical Care Medicine**, v. 48, n. 3, p. 385–390, 2020.

VARCAROLIS, E. Developing therapeutic relationships. In: **Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach**. 4th edn ed. [s.l: s.n.]p. 220–239.

VASLI, P. et al. Dominance of paternalism in family-centered care in the pediatric intensive care unit (PICU): An ethnographic study. **Comprehensive Child and**

Adolescent Nursing, v. 38, n. 2, p. 118–135, 2015.

VELARDE-GARCÍA, J. F. et al. Dificultades para ofrecer cuidados al final de la vida en las unidades de cuidados intensivos . La perspectiva de enfermería. **Gaceta Sanitaria**, v. 31, n. 4, p. 299–304, 2017.

VERMEIR, R.; PELEMAN, R.; VERMEIR, P. The physician-nurse relationship from a social identity perspective. **JOURNAL OF NURSING & HEALTHCARE**, v. 6, n. 1, p. 1–5, 2021.

VERRI, E. R. et al. PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: COMPREENSÃO SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, n. 1, p. 126–36, 2019.

VINUTO, J.; VINUTO, J. a Amostragem Em Bola De Neve Na Pesquisa Qualitativa : Um Debate Em Aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

WAIDMAN, M. A. P.; STEFANELLI, M. C. Comunicação e estratégias de interação familiar. In: MANOLLE LTDA, E. (Ed.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 2a. ed. [s.l: s.n.]p. 143–163.

WANG, B. et al. Family environment in rural China and the link with early childhood development. **Early Child Development and Care**, v. 0, n. 0, p. 1–14, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1784890>>.

WATZLAWICK, P. et al. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. São Paulo: CULTRIX, 1973.

WILLIAMS, K. et al. The Neonatal Intensive Care Unit: Environmental Stressors and Supports. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 1, p. 60, 3 jan. 2018. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/1660-4601/15/1/60>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias : guia para avaliação e intervenção na família**. [s.l.] Roca, 2012.

YAKUWA, M. S.; NEILL, S.; MELLO, D. F. de. Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança 1 Método. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. e3007, 2018.

YOO, H. J.; LIM, O. B.; SHIM, J. L. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. **Plos one**, v. 15, n. 7, p. 1–14, 2020.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Comunicação Terapêutica entre enfermeiros e familiares de crianças e neonatos internados na Unidade de Terapia Intensiva

Pesquisador: Renata Olzon Dionysio de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12051019.4.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.318.922

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa descritiva e de campo, na temática comunicação terapêutica entre enfermeiras e famílias com crianças internadas em terapia intensiva.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta enquanto objetivos: (1) Explorar a compreensão da enfermeira sobre comunicação terapêutica; (2) Compreender como a profissional julga aplicar seus conhecimentos sobre comunicação terapêutica para com a família que tem a criança internada em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em termos de risco prevem o desconforto emocional frente a experiência vivenciada, além de cansaço, quando propõem que na percepção dos mesmos ou se ocorrer o relato pelo participante, a entrevista será suspensa e se tais sofrimentos forem intensos, comprometem-se a encontrar na rede de saúde pública da cidade de residência do entrevistado algum serviço ou profissional que o acolha.

Em termos de benefícios apontam os relacionados à narrativa referente a experiência profissional, que pode contribuir com a elaboração de experiências e enfrentamentos, assim como reflexões que poderão ter uma repercussão direta na qualidade do atendimento prestado presta àqueles que

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Título da pesquisa: “A Comunicação Terapêutica entre enfermeiros e familiares de crianças e neonatos internados na Unidade de Terapia Intensiva”**

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A Comunicação Terapêutica entre enfermeiros e familiares de crianças e neonatos internados na Unidade de Terapia Intensiva”. Este estudo tem como objetivo “Explorar a compreensão da enfermeira sobre comunicação terapêutica” e “Compreender como o profissional julga aplicar seus conhecimentos sobre comunicação terapêutica para com a família que tem a criança internada em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal”. Será realizada em duas cidades do interior do estado de São Paulo, pela pesquisadora Renata Olzon Dionysio de Souza, sob orientação da Prof^a Dr^a Giselle Dupas, nº do Conselho Regional de Enfermagem 37.676.

Sua participação é muito importante e ela se dará em forma de entrevista. As perguntas serão abertas a respeito do tema “Comunicação Terapêutica” e a sua utilização deste recurso com as famílias de crianças internadas no seu ambiente de trabalho.

As entrevistas serão realizadas em sua residência ou local de sua preferência, horário a ser definido de acordo com a sua disponibilidade, serão gravadas (para facilitar a compreensão da fala) e terão duração em torno de 30-40 minutos aproximadamente, podendo ser necessário mais de um encontro para eventuais esclarecimentos, caso haja concordância de sua parte.

Gostaríamos de esclarecer que você foi selecionado porque sua experiência com relação ao tema é importante de ser compartilhada para que possamos melhor entendê-la e que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer prejuízo e/ou penalização, mesmo após ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este estudo não deve oferecer qualquer despesa, desconforto ou compensação financeira para você; os riscos que poderão ser sentidos relacionam-se à um desconforto emocional frente a experiências vivenciadas, além de cansaço. Se percebidos e/ou relatados pelo participante, a entrevista será suspensa e se tais sofrimentos forem intensos, iremos encontrar na rede de saúde pública da cidade de residência do entrevistado algum serviço ou profissional que o acolha. Você tem o direito de buscar indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Já os benefícios diretos que essa pesquisa pode gerar estão relacionados à narrativa referente a experiência profissional, que pode contribuir com a elaboração de experiências e enfrentamentos. Assim como, reflexões que poderão ter uma repercussão direta na qualidade do atendimento que presta àqueles que estão sob seus cuidados e sua família.

Acreditamos que a realização da pesquisa nos instrumentalizará no sentido de explorar como a enfermeira compreende a Comunicação Terapêutica, e de forma ela aplica este conhecimento com as famílias das crianças e neonatos que estão sob seus cuidados na unidade de terapia intensiva, de forma a contribuir na formação de profissionais posteriormente.

Esclarecemos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os dados serão divulgados em publicações e eventos científicos, porém de forma a não possibilitar sua identificação. Todos os registros gravados ou transcritos ficarão guardados por cinco anos, sob responsabilidade da orientadora e posteriormente excluídos.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos, riscos e benefícios do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e poderei modificar a decisão de participar se assim o desejar. Recebi uma via assinada e rubricada pelo participante e pesquisadora do termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-9683. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

Caso você tenha dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo ou necessite de maiores esclarecimentos pode me contactar a qualquer momento, Renata Olzon Dionysio de Souza, no Endereço Institucional: Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Enfermagem. Rodovia Washington Luís, Km 235. Cidade: São Carlos Estado: SP CEP: 13560-970 - Telefone (16) 3351-9449 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos

Figura referente TCLE on line no Google Forms



Eu, (digite seu nome inteiro) *

Texto de resposta curta

fui informado(a) dos objetivos, riscos e benefícios do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e poderei modificar a decisão de participar se assim o desejar. Recebi uma via assinada e rubricada pelo participante e pesquisadora do termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-9683. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br *

Concordo em participar

Não concordo em participar

Caso você tenha dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo ou necessite de *

