



R\$12,00

Universidade Federal do Ceará  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado  
Departamento de Enfermagem

Karla Maria Carneiro Rolim

A ENFERMAGEM E O RECÉM-NASCIDO DE RISCO:  
REFLETINDO SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA

85  
610.7362  
R 6230  
2003  
ex. 2

Fortaleza - Ceará

2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Karla Maria Carneiro Rolim

A ENFERMAGEM E O RECÉM-NASCIDO DE RISCO:  
REFLETINDO SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica. Linha de pesquisa: Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em Situação de Saúde Doença. Projeto de Pesquisa: Saúde do Binômio Mãe e Filho.

Orientadora:  
Profª Drª Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

Fortaleza-Ceará  
2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

R653e

Rolim, Karla Maria Carneiro

A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada / Karla Maria Carneiro Rolim. \_ Fortaleza, 2003.

128f.: il

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem.

1. Recém-nascido 2. Terapia intensiva do recém-nascido 3. Cuidados de enfermagem. Recém-nascido I. Cardoso, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão (orient.) II. Título.

CDD 610.7361



## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Deus**, pelo dom da vida, pela capacidade de aprender a compartilhar a dor do outro, sofrer com ele, cuidar dele, alegrar-me com ele, caminhar junto a ele, e comungar a vida em sinergia e solidariedade.

Ao meu amado marido **Luiz**, pelo amor, incentivo e dedicação, que com carinho aceitava as horas dedicadas à minha busca pelo conhecimento.

Aos meus queridos filhos **Luiz Alexandre e George**, neles sempre busco a força para a vida.

Aos meus pais, **Levindo e Olímpia**, por tudo que sou hoje, pelo exemplo de dedicação e carinho, compromisso e perseverança que souberam me transmitir ao longo de minha vida.

À minha família, sogro, sogra, irmãos, cunhados, pelo companheirismo e torcida em prol do meu crescimento.

## AGRADECIMENTOS

À minha querida amiga e orientadora **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso**, pela paciência, carinho, amizade, incentivo e orientações, que me fizeram crescer nessa caminhada.

Às Prof.<sup>as</sup> Dr.<sup>as</sup>. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Bertha Cruz Enders e Mirna Albuquerque Frota pela cordialidade e simpatia com que aceitaram o convite para participar da Banca Examinadora.

Às minhas queridas amigas-irmãs, **Eloah, Rosalete, Maria Alvani, Antônia do Carmo, Márcia, Verônica Barbosa, Verônica Gurgel, Maria Izélia, Maria de Marillac, Andréa, Maria de Fátima, Fernanda, Tereza Mônica, Ana Lúcia, Gemma Galgani, Keline, Gláucia, Regiane, Maria de Betânia, Cíntia**, pelo incentivo e amizade que sempre me dedicaram.

À equipe multiprofissional que atua na Unidade de Neonatologia da MEAC/UFC, exercendo a prática conflitante do cuidar, entre a tecnologia e a necessidade essencial da humanização.

Às amigas **Viádia e Gorette**, pela comunhão de sentimentos, atenção, apoio e amizade sincera que sempre me transmitiram, e pelos momentos de lazer que me proporcionaram durante o curso de Mestrado.

Às minhas professoras do curso de Mestrado, pelos ensinamentos e amizade a mim oferecida, os quais muito me aperfeiçoaram, durante essa trajetória.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, meu reconhecimento.

Às minhas amigas do curso de Mestrado, pela amizade que emergiu durante esse período, quando juntas compartilhamos nossas idéias, convicções e ansiedades.

À querida Dra. Ana Júlia e ao Pe Augusto Mezzomo pelo incentivo e comunhão de sentimentos.

À Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Diretoria Geral, Diretoria de Enfermagem, profissionais e mães, cuja participação muito contribuiu para a realização desse trabalho.

À Universidade Federal do Ceará, pela liberação que me foi dada, para a minha participação neste curso de Mestrado.

À **FUNCAP** – Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa, pela concessão da bolsa que possibilitou a realização deste trabalho.

A todos que, diretamente ou indiretamente, colaboraram na realização desta pesquisa, o meu muito obrigada.

Dedico este trabalho,

Aos recém-nascidos, razão maior desta pesquisa, pela oportunidade de assisti-los e partilhar da sua companhia.

Para os anjos, as enfermeiras

O sentido da vida

Senhor, esta noite,  
quando passeava mergulhado no deserto do meu amor,  
encontrei uma menina que chorava.  
Levantei sua cabeça para ler nos seus olhos  
e sua dor me abalou.

Senhor,  
se me recusar conhecer sua dor  
estarei rejeitando uma parte do mundo  
e minha obra vai ficar inacabada.  
Não que queira sair fora dos grandes objetivos,  
mas aquela menina precisa ser consolada.

Porque só então  
o mundo irá melhorar.  
Também ela é um sinal do mundo.

(Saint-  
Exupéry)

*“Atendendo a um doente,  
enquanto as mãos fazem o que devem,  
os olhos vejam o que falta,  
os ouvidos estejam atentos aos seus pedidos,  
a mente e o coração rezem por ele”.*

*(São Camilo de Lélis)*

## SUMÁRIO

LISTA DE DIAGRAMAS .....	11
RESUMO .....	12
ABSTRACT .....	13
CAPÍTULO 1 .....	14
1 INTRODUÇÃO .....	15
1.1 A Comunhão com o Tema .....	15
1.2 Objetivos .....	23
CAPÍTULO 2 .....	24
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	25
2.1 O Recém-Nascido de Risco .....	25
2.2 O Cuidado e o Cuidador na Prática da Enfermagem Humanística ...	28
2.3 Cuidando do Bebê de Alto Risco .....	35
CAPÍTULO 3 .....	37
3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO .....	38
3.1 A Teoria Humanística de Paterson e Zderad .....	38
3.2 A Teoria Humanística e seus Principais Conceitos.....	40
3.3 Enfermagem Fenomenológica .....	44
CAPÍTULO 4 .....	47
4 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....	48
4.1 O Campo e os Sujeitos da Pesquisa .....	48
4.2 A Coleta de Dados .....	49
4.3 O Processo Ético .....	51
4.4 Observando à Luz da Teoria Humanística .....	53

CAPÍTULO 5 .....	56
5.1 Apresentação e Análise dos Dados .....	57
5.2 O Modelo de Análise dos Dados .....	57
5.3 Buscando o Diálogo .....	60
5.4 A Emergência dos Temas .....	62
5.5 Refletindo sobre a Atenção Humanizada: o Diálogo Vivido entre a Enfermeira e o Bebê .....	87
5.6 Percepções do Cuidado Realizado .....	93
CAPÍTULO 6 .....	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	103
CAPÍTULO 7 .....	107
7 PROPOSTA DE CUIDADO HUMANIZADO .....	108
7.1 Cuidando do Bebê de Forma Carinhosa .....	108
7.2 Cuidando da Família do Bebê .....	111
7.3 Cuidando do Cuidador .....	113
CAPÍTULO 8 .....	115
REFERÊNCIAS .....	116
CAPÍTULO 9 .....	122
ANEXO I Protocolo do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa .....	123
ANEXO II Termo de Consentimento das Enfermeiras .....	124
ANEXO III Termo de Consentimento das Mães .....	125
ANEXO IV Roteiro de Observação dos Cuidados .....	126
ANEXO V Instrumento de Observação das Respostas do Bebê .....	127
ANEXO VI Instrumento para Identificação da Mães e do Bebê .....	128

## LISTA DE DIAGRAMAS

1- SÍNTESE DA METODOLOGIA .....	55
2 - SÍNTESE DOS RESULTADOS .....	86
3 - SÍNTESE DOS CUIDADOS .....	92
4 - SÍNTESE DOS RESULTADOS .....	100
5 - SÍNTESE DO DIÁLOGO .....	101

## RESUMO

A humanização engloba o pensar, o sentir, o dizer, o compartilhar com a pessoa doente, a fim de podermos transmitir segurança, apoio, confiança e dignidade, fazendo com que ela não fuja da realidade, mas enfrente-a e construa algo. Nesta perspectiva a atenção ao recém-nascido (RN) deve ser estruturada e organizada no sentido de atender a uma população sujeita a riscos. Para tanto, devem existir recursos materiais e humanos especializados e capazes de garantir uma observação rigorosa, além de tratamentos adequados ao bebê, que apresenta patologia capaz de ocasionar sua morte ou seqüelas que interferirão no seu desenvolvimento. Como enfermeiras, atuando em neonatologia, temos, por muitas vezes questionado o tratamento e o cuidado dispensado ao bebê e à sua família na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Objetivamos com este estudo investigar a relação entre o cuidado de enfermagem na aspiração orotraqueal, a coleta de sangue e as respostas comportamentais, fisiológicas e os sinais emitidos pelo recém-nascido de risco num enfoque da atenção humanizada; identificar a opinião da enfermeira acerca da humanização do cuidado ao RN de risco na UTIN e a seus familiares e, elaborar proposta de cuidado humanizado inserindo o bebê de risco, sua família e a equipe de enfermagem. Pesquisa investigatória e descritiva, desenvolvida numa abordagem qualitativa, tendo referencial teórico metodológico a Teoria de Paterson e Zderad (1976). Realizado na UTIN, de uma Maternidade pública de grande porte, na cidade de Fortaleza-Ceará. Os sujeitos da pesquisa foram distribuídos em dois grupos: o primeiro composto por 06 enfermeiras atuantes na UTIN, o segundo constituído por 21 bebês de risco que receberam cuidados promovidos pelas enfermeiras participantes da pesquisa, no período de Abril a Julho de 2003. Nossas percepções do cuidado e da dinâmica da UTIN foram registradas em um diário de campo, a fim de buscarmos a relação entre a assistência de enfermagem e as respostas comportamentais, fisiológicas e sinais emitidos pelo bebê, para analisarmos com maior profundidade as anotações e algumas de nossas reflexões sobre o estudo, conseguidas através da observação participante. Para a observação dos cuidados, aspiração orotraqueal e coleta de sangue para exames laboratoriais, e das respostas comportamentais, fisiológicas e mímicas do bebê, utilizamos como roteiro, um instrumento, com a descrição das atividades realizadas pelas enfermeiras observando as tentativas, ou não, de interação com o paciente como: troca de olhares; realização de toque carinhoso; pronunciamento de palavras de conforto, que transmitissem segurança e tranqüilidade; atitudes de acalento, entre outras. Da análise dos dados surgiram temáticas extraídas dos discursos das participantes, nominadas humanização, sensibilização, conscientização e cuidado. Da temática humanização, emergiram as categorias *a humanização e a enfermagem, a humanização e o cuidado ao bebê e a família*; da temática sensibilização, as categorias foram *educar para humanizar e sensibilização ao cuidado do bebê*; na temática conscientização, emergiram as categorias *cuidando do cuidador, a realidade do ambiente e a atuação da enfermeira na UTIN*; na temática cuidado a categoria foi *cuidado mecanizado*. As respostas do bebê aos cuidados foram: alterações da frequência cardiorrespiratória, mudanças na expressão facial, careteamento, aparência de tranqüilidade, agitação, entre outras. Acreditamos que para realizar o cuidado humanizado ao recém-nascido de risco devemos considerar sua fragilidade física e emocional provocada pelas condições de seu nascimento e doença, devemos desenvolver sentimentos de afeição, de respeito, de simpatia, de empatia, entre outros inerentes ao ser humano. Concluimos que a relação EU-TU e NÓS é de suma importância no cuidar de bebês de alto risco, sendo imprescindível para que ocorra o cuidado humanístico.

Palavras Chave: Recém-nascido, Cuidados de enfermagem, Humanização

---

## ABSTRACT

The humanization includes the thinking, the feeling, the saying and the sharing with ill people, in order to transmit security, support, confidence and dignity, making them not to escape from reality but to face it. In this perspective, the attention to newborns (NB) should be structured and organized in order to attend to a population exposed to risks. Therefore, there must be material and human specialized resources, able to guarantee a rigorous observation, besides appropriate treatment to a baby who suffers from a disease that may kill him/her or consequences that will interfere in his/her development. As nurses acting in neonatology, we have questioned many times the treatment and care given to a baby and to their family in a Neonatal Intensive Therapy Unity (NITU). In this study, we aimed at investigating the relationship between the nurse care in the oraltrachean aspiration, the blood collection and the behavioral, philosophical answers and the signs emitted by a risky newborn in a focus of the humanitarian attention; identify the nurses' opinion regarding the humanization of the care given to risky NB in the NITU and their family, and elaborate a proposal of humanitarian care including the risky baby, its family and the nursing group. Investigative and descriptive research developed in a qualitative approach, having as its theoretical and methodological reference the Theory of Paterson and Zderad (1976). It was conducted in a NITU of a large public maternity, in the city of Fortaleza – Ceará. The subjects of the research were divided into two groups: the first one composed by 06 nurses who work in the NITU, the second one composed by 21 risky babies who received care from the nurses taking part into the research, in the period between April and July of the year 2003. Our perceptions of the NITU's care and dynamic were registered in a notation book, in order to search the relationship between the nursing assistance and the behavioral, physiological answers and the signs emitted by the baby, so that we can analyze more profoundly the notations and some reflections on the study, gotten through a participative observation. In order to observe the care, oraltrachean aspiration, blood collection to laboratory tests, the behavioral, physiological and mimic answers and the signs emitted by the baby, we used as a script, a form with the description of the activities carried out by the nurses observing the attempts, or not, of integration with the patient, such as: looks exchange; kind touch; pronunciation of soothing words, which transmit security and peacefulness; solace attitudes, among others. From the data analysis, themes extracted from the participants' discourses appeared, named humanization, sensitization, understanding and care. From the humanization theme, emerged the categories *the humanization and nursing, the humanization and the care of the baby and its family*; from the sensitization theme, the categories were *Educate to humanize and sensitization in the baby care*; from the understanding theme, emerged the categories *looking after the care assistant, the environment reality and the nurse work in the NITU*; from the care theme the category was *mechanical care*. The babies' answers to the care were: alteration in the cardio respiratory frequency, change in the face expression, grimace, tranquility appearance and agitation, among others. We believe that in order to carry out the humanized care to risky newborns, we have to consider their physical and emotional fragility caused by their birth condition and illness. We have to develop feelings of affection, respect, liking and empathy, among other feelings inherent to the human being. We concluded that the ME-YOU and US relationship is very important in the care of risky newborn babies, being indispensable for the humanitarian care.

KEY WORDS: Newborn, Nursing care, Humanization.



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A Comunhão com o Tema

A humanização engloba o pensamento, o sentimento, a fala, a partilha com a pessoa doente, a fim de podermos transmitir segurança, apoio, confiança e dignidade, fazendo com que ela não fuja da realidade, mas enfrente-a e construa algo. Para isso, nós enfermeiras devemos estar em sintonia com a paz e o bem-estar, além de sermos conscientes de quem somos e como atuamos, pois é amor, a justa medida, a ternura, a cordialidade, a convivência e a compaixão é que garantem a humanidade das pessoas.

A valorização humana, a realização do cuidado individualizado e a ética pós-moderna do trabalho estão sendo reavaliadas. Ramos (1999) diz que o trabalhador da saúde tem respostas a dar sobre o valor de seu trabalho, não somente pela remuneração, mas por um saber-poder socialmente edificado e por subjetividades que percebem, imaginam, simbolizam e criam através de posturas e atitudes reais, uma condição de cuidar, sendo o paciente percebido como um ser merecedor de respeito e consideração.

No cuidado está a essência humana, pois, na verdade, este é um suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. De acordo com Boff (1999), no cuidado, identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir. Esses valores e atitudes convidam a transpor nosso desamparo e a prestar atenção à aflição do outro que sofre, cuidando e fazendo se revelar a grandeza do ser humano. Ansiamos por gestos de cuidado que promovam a vida quando esta parece se esvaír.

Para o cuidador, o conhecimento é um poderoso instrumento, pois o saber não existe como fato em si, faz-se necessário buscar a sua objetivação em algo concreto, como um modo de fazer algo, uma técnica e uma estratégia de trabalho. Segundo Leopardi (1999), o cuidado na saúde aparece como resultado de um processo de trabalho coletivo em que os profissionais põem em prática conhecimentos interferindo na saúde dos indivíduos.

Nesta direção, devemos construir um processo de cuidados, verificando sua natureza da manutenção e reparação da vida, a partir de situações vividas pelas pessoas que precisam deles. A humanidade demonstra o cuidar como modo de sobrevivência, agora de uma forma bastante exigente e sofisticada, muitas vezes sem medir conseqüências, o bem-estar significando ter, possuir coisas e bens. Nesse cuidado, a saúde está incluída, servindo de crítica a nossa civilização e inspirando um novo paradigma de convivência.

Dessa forma, as pessoas que cuidam de maneira carinhosa são preciosas, pois enxugam as lágrimas e sustam os soluços, tratando a cada um pelo nome e abraçando com infinita ternura. Todos temos o direito a esse cuidado humanizado, em que a assistência é realizada pela necessidade do ser doente e não da equipe de saúde, a sermos acolhidos no convívio humano, pessoal, social, crescendo e fazendo crescer. O ser humano necessita de atenção na preservação da auto-estima promotora de um desenvolvimento equilibrado.

Vale ressaltar que, ao cuidar, preservando a singularidade e a individualidade do paciente, a enfermeira têm em suas crenças e valores pontos determinantes de comportamentos que são formas de conhecimento advindas dos hábitos de vida, que iluminam e constroem o fundamento da personalidade. Um conjunto de maneiras de ser e atuar garantem uma base de conservação e de tradição, assegurando a continuidade de vida da profissão, ligando-se a valores, estimulando e reforçando comportamentos e atitudes de coragem, de sacrifício e de abnegação, entre outras.

Neste contexto, devemos ver a Maternidade, como instituição, um local onde se acompanha o processo fisiológico da gravidez, do parto, do puerpério e do recém-nascido (RN), utilizando estratégias para afastar a gestante, mãe e seu concepto de algum processo patológico. É conveniente receber a gestante tratando-a pelo nome, orientando-a sobre a assistência e procedimentos a que será submetida. Daí necessita de apoio estrutural, alimentação, medicação, apoio psicológico e emocional, no qual é importante constar técnicas de relaxamento como respiração, sonorização e uso de equipamentos que proporcionem alívio da tensão muscular, caracterizando neste momento a humanização da assistência.

Assim, a partir desse modo de agir humanizado, no cuidado de enfermagem ao receber a gestante na maternidade, é que o processo de parturição se realiza, no qual o parto deve ser visto como um momento de alegria e a mãe deve ser tratada como um ser que busca ajuda, chama e aguarda ser atendida. Como resposta, deve ser calorosamente acolhida, com delicadeza, segurança e conforto. O pai deve ser incentivado a acompanhar o nascimento de seu filho, socializando-se a felicidade e tornando o parto normal uma prática comum, saudável para eles e para o bebê.

Nesse sentido, o parto pode ser considerado um acontecimento emocional, fisiológico, marcante e exaustivo para a mãe e o bebê, que acontece, na maioria das vezes, sem anormalidades. Siqueira (1991) refere que o nascimento começa com a expulsão do bebê, seguido pelo clampeamento e pelo seccionamento do cordão umbilical, produzindo alterações circulatórias que, associadas ao choro com a expansão dos pulmões, provocam a adaptação do RN à respiração pulmonar. Ao aceitar o leite materno e ao adquirir capacidade de ingestão, digestão e excreção, põe-se o bebê à prova de sobrevivência no mundo exterior.

Nesta perspectiva de atenção humanizada, a assistência adequada ao bebê sadio implica atender suas necessidades mínimas de ambiente físico e de recursos humanos para o cuidado. No entendimento de Ramos e Biarelli (1996), a equipe de saúde deverá ser experiente para reconhecer desvios da "normalidade" potencialmente presentes, referindo, ainda, que o vínculo mãe/bebê seja respeitado em todos os momentos.

O período neonatal compreende os primeiros vinte e oito dias de vida do bebê. Ramos (2002) define como o RN de termo aquele cuja idade gestacional é de 37 a 42 semanas e o recém-nascido pré-termo (RNPT) todo aquele que tem menos de 37 semanas. Rugolo (2000) refere o RN pós-termo como aquele com 42 semanas ou mais. Percebemos este RN, independente de sua idade ao nascimento, como capaz de expressar suas emoções, o prazer, a dor, de buscar contato e dele fugir, quando não pode mais suportar a estimulação negativa e o estresse por ela provocado. O RNPT ou não, é uma experiência emocionante, impressionante e alegre para seus pais. Seu nascimento é o momento em que todos os sonhos, esperanças e fé se encontram e se fortalecem.

Portanto, no RN normal, a termo, os procedimentos gerais não são de alta complexidade, podendo sua prática não se dar de forma estressante; eles incluem troca de fralda, higiene, controle das eliminações urinárias e intestinais, além do controle dos sinais vitais como temperatura, frequência cardíaca e respiratória. Ao bebê são oferecidos o seio materno, carinho e colo, promovendo-se assim o vínculo afetivo entre ele e sua mãe. Esses cuidados ao RN normal são realizados pela mãe e supervisionados pela equipe de enfermagem no Alojamento Conjunto (AC), que, segundo Vaz e Gualda (1999), é uma unidade hospitalar onde o bebê sadio permanece 24 horas ao lado de sua mãe.

É importante lembrar que o nascimento de um RNPT desperta preocupação, atenção especial e capacitada dos profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), mesmo após a evolução dos métodos terapêuticos, tecnológicos e científicos que aumentou sobremaneira a sobrevivência desses bebês.

Destina-se a UTIN aos recém-nascidos gravemente doentes, aos com instabilidade hemodinâmica ou das funções vitais, bem como àqueles que apresentam alto risco de mortalidade, por exemplo, os prematuros extremos e aos que requerem vigilância clínica, monitorização e/ou tratamentos intensivos.

O parto prematuro ressaltam Reichert e Costa (2001), representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade perinatal. Sua incidência varia entre 6% a 12%, sendo responsável por 75% das mortes. Constitui-se em agressão ao feto, pois este apresenta órgãos em fase de desenvolvimento, com imaturidade morfológica e funcional.

A criação e implementação de ambientes para cuidados intensivos é um direito e necessidade de todos os seres humanos, uma meta a ser perseguida pelos profissionais de saúde, principalmente pela enfermeira, que deve ser comprometida em prover conforto e bem-estar no processo de viver e morrer, utilizando cuidados que preservem e estimulem a vida.

A atenção ao RN deve ser estruturada e organizada no sentido de atender a uma população sujeita a riscos. Para tanto, devem existir recursos materiais e humanos especializados e capazes de garantir uma observação

rigorosa, além de tratamentos adequados ao bebê, que apresenta patologia capaz de ocasionar sua morte ou seqüelas que interferirão no seu desenvolvimento. A assistência não deve ser direcionada somente para condutas técnicas operacionais, mas para uma tecnologia associada ao acolhimento, desenvolvendo uma visão esclarecedora, aquela que vem do “olho do coração” do cuidador para o ser que está sendo cuidado em sua integralidade, respeitando sua individualidade.

Quando nos voltamos ao cuidado acolhedor, carinhoso, que permita a revolução da ternura ao priorizar a melhoria da qualidade da assistência, nós enfermeiras devemos buscar a compreensão do RN como um ser holístico e não fragmentado, e dos pais como aliados, participantes dos cuidados na recuperação de seu filho, realizando pequenos procedimentos e estabelecendo assim o vínculo afetivo entre eles. Ao incentivarmos o toque da mãe no bebê, estaremos estimulando o contato pele a pele, o olhar da mãe para seu filho, onde o que deve refletir é o amor nascido em momentos de angústia e aflição.

Dessa forma, deveremos fortalecer essa mãe, resgatar sua história, promovendo momentos em que ela possa cuidar, acalantar e superar o medo de ferir ou machucar seu bebê. Esta é uma maneira especial e eficaz de demonstrar a ela a importância da sua presença, do seu toque na pele do bebê, de sua voz lembrando ao seu filho uma época intra-útero, quando possuía segurança e tranquilidade a fim de preparar-se para o seu nascimento.

Nesse contato diário com o ambiente da UTIN, é que está contida a nossa vivência com o RN internado e sua família. Consideramos pertinente relatar algumas nuances do cotidiano de cuidar de um ser tão precioso e indefeso, o que nos instiga a aprofundar e pesquisar para compreender melhor este nosso paciente como capaz de sentir, reagir e desenvolver potencialidades como propósito de vida.

Durante a nossa trajetória como enfermeira, iniciada em 1982 como chefe do Serviço de Enfermagem de um hospital infantil e, com ingresso em 1989 na Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC, como enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), vivenciamos dificuldades relacionadas ao excesso de pacientes e recursos humanos reduzidos.

Assumimos, em 2001, a Coordenação da Unidade Neonatal da MEAC, agora como especialista em Perinatologia e Saúde Reprodutiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC), instrutora e avaliadora dos hospitais capacitados ao atendimento humanizado de recém-nascido de baixo-peso – Método Canguru - Ministério da Saúde (MS), no qual procuramos ter como meta tratar com respeito à dignidade intrínseca da pessoa humana e promover a garantia ao seu direito fundamental à vida e à saúde.

Nesta trajetória profissional, temos buscado atividades desenvolvidas no contexto da atenção humanizada que podem ser caracterizadas por palestras, visando à sensibilização da equipe quanto à atenção aos sentimentos do binômio mãe/filho, cursos de treinamento e atualização dos funcionários nos procedimentos e técnicas rotineiras, além de dinâmicas de grupo, objetivando o fortalecimento do emocional da equipe de saúde frente às vivências em um ambiente estressante da UTIN. O objetivo dessas atividades é proporcionar conforto e melhor qualidade de vida e de trabalho aos funcionários, a excelência do relacionamento interpessoal, culminando na promoção de uma assistência individualizada e carinhosa ao bebê e sua família, promovida por uma equipe coesa.

Essas estratégias já vêm sendo desenvolvidas por nós, com muito esforço, enfrentando diversos desafios na busca de melhor interação humana dos componentes da equipe de saúde em um ambiente que, consoante Tronchin e Toma (1996), devem ser estruturados e organizados no sentido de atender a uma população altamente suscetível a riscos e que está relacionada a elevados índices de morbimortalidade. Segundo o Centro de Processamento de Dados (CPD) da MEAC/UFC, o número de nascimentos em 2002 foi de 7.811 bebês, entre os quais 1.350 (17.2%) prematuros com peso inferior a 2.500g. No primeiro semestre de 2003 estiveram internados na UTIN 407 bebês, sendo 45 (11%) prematuros com menos de 1000g.

Como enfermeira, atuando em Neonatologia, temos, por muitas vezes, questionado o tratamento e o cuidado dispensado ao bebê e à sua família na UTIN, com o propósito de buscar respostas para nossas preocupações sobre uma atenção cuidadosa oferecida pela enfermeira, o estudo poderá contribuir para uma reflexão das cuidadoras de saúde neonatal em face do resgate da valorização humana, reduzindo também ansiedades e medos.

A enfermagem tem como terapêutica fazendo, refazendo, construindo e reconstruindo o cuidado, no qual o RN se comporta não como objeto, mas como sujeito ativo e receptivo, percebendo e interagindo com o cuidador. Assim, acreditamos que o cuidado a ser implementado na UTIN necessita ser exercido e vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do bebê, provocando nele manifestações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais.

Nosso interesse profissional é de modificar a atenção ao RN de risco, em um ambiente onde a tecnologia é tão importante que se sobrepõe às situações humanas e no qual o bebê vivencia a necessidade de lutar pela sua sobrevivência. Sabemos que o avanço tecnológico e a criatividade humana têm contribuído para a cura e o tratamento de muitas doenças que acometem bebês.

Cabe a nós enfermeiras humanizar esta tecnologia, tirar dela toda frieza e impessoalidade, torná-la aliada na busca de uma vivência menos dolorosa e menos estressante neste ambiente cheio de surpreendentes casos e insubstituíveis pessoas.

Em uma UTIN, onde se fazem prioridades a técnica, a especialização, uma equipe de profissionais qualificado e competente no uso de equipamentos e materiais ali utilizados, a tecnologia deve ser utilizada como meio para o cuidado e não como o seu fim. O cuidado aqui relatado tem ações humanizadas de enfermagem, quando o RN é assistido individualmente com respeito. Os caminhos a serem percorridos pela enfermeira para atingir os objetivos assistenciais são os que preservem aspectos humanos, técnicos e éticos.

Ademais, ao nos determos sobre a temática, consideramos que o ser humano é um ser individual necessariamente relacionado com outros homens no tempo e espaço, dotado de sentimentos e valores que lhes são inerentes, no qual o bem-estar físico, psicológico, social e afetivo deve ser estimulado e mantido.

Enfatizamos a nossa vivência e a preocupação com os bebês de risco na UTIN, além da grande responsabilidade do que é sermos enfermeira intensivista. Quando o RN está enfermo, a habilidade para adaptação e ajustamento ao ambiente extra-uterino apresenta-se alterada e facilmente se descompensa, levando o bebê a

instabilidades das funções fisiológicas, afetando também seu desenvolvimento neuromotor.

Os distúrbios respiratórios são apontados como uma das principais causas de morte no período neonatal, e responsáveis pela maior parte das admissões em UTIN. Os bebês que apresentam estes distúrbios necessitam de suporte ventilatório mecânico por incapacidade de manutenção de sua dinâmica respiratória (RUGOLO, 2000).

Assim, ousamos estudar nesta pesquisa o cuidado de enfermagem a ser oferecido ao bebê na UTIN, no qual inclui procedimentos como a coleta de sangue para exames laboratoriais como importante no manejo de distúrbios respiratórios e, na maioria das vezes, de acordo com seus achados, se realizam alterações na terapêutica do bebê; e a conduta da enfermeira frente à aspiração orotraqueal, que deve ser compreendida muito além da manutenção das vias desobstruídas, pois nesta ocasião, durante o desempenho dos cuidados, deverá ser percebida pela enfermeira a sincronia do bebê com o aparelho de ventilação mecânica, bem como seus movimentos utilizados por ele como tentativas de comunicação. São os *chamados* do bebê.

A busca da diminuição da morbimortalidade perinatal e o compromisso com o cuidado que priorize o bem-estar do bebê, no qual a avaliação e a adequação dos procedimentos respeitem e promovam a vida humana, justificam sobremaneira a realização deste estudo, tornando-nos convicta de que a profusão das informações que envolvem a assistência baseada na humanização é o caminho a ser traçado por aqueles que almejam qualidade em suas ações.

Refletindo nossa vivência como enfermeira atuante na UTIN, assim como da urgência em assistir o RN de risco, este estudo teve como objetivos:

## **1.2 Objetivos**

- Compreender as respostas comportamentais, fisiológicas e os sinais emitidos pelo RN de risco durante a prática do cuidado de enfermagem na aspiração orotraqueal, na coleta de sangue para exames laboratoriais num enfoque da atenção humanizada.
- Descrever a opinião da enfermeira acerca da humanização do cuidado ao RN de risco na UTIN e aos seus componentes familiares.
- Elaborar proposta de cuidado humanizado de enfermagem junto ao RN de risco.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O Recém-Nascido de Risco

O nascimento de uma criança inaugura um momento muito importante com grandes repercussões no meio familiar. Nesta ocasião, deve-se compreender o processo psíquico pelo qual os pais passam antes da chegada de seu filho, entender o desenvolvimento e as capacidades do bebê que estes pais estão gestando. É o *bebê imaginário*, com o qual tanto sonharam (BRASIL, 2002).

Em um parto de risco ou prematuro, o bebê *real*, muitas vezes, causa ansiedade e tristeza aos pais, pois há muito sofrimento e dor. Autores como Leone e Tronchin (1996) descrevem que o RN pré-termo (RNPT) pode ser classificado em três grupos, de acordo com a adequação do peso à idade gestacional, podendo ser classificado como RNPT *limitrofe* quando compreende a idade gestacional entre 35 e 36 semanas, com peso que oscila entre 2.200 e 2.800g. Eles são encaminhados à Unidade de Internação Neonatal (UIN) por estarem susceptíveis a intercorrências, como instabilidade térmica, hiperbilirrubinemia, distúrbios hidroeletrólíticos, debilidade de sucção, desconforto respiratório e infecções; RNPT *moderado* quando a idade gestacional varia de 30 a 34 semanas, com peso oscilando entre 1.600 e 2.300g e RNPT *extremo* compreendendo todos os bebês com idade gestacional inferior a 30 semanas e com peso inferior a 1.500g. RNPT

Existe outra classificação de RNPT referenciada em Ringer (2000), que o distingue em dois subgrupos: os de *muito baixo peso* (RNMBP), cujo peso de nascimento é inferior a 1.500g e idade gestacional menor do que 34 semanas; e o de  *muitíssimo baixo peso* (RNMMBP), cujo peso é inferior a 1.000g quando requer maior atenção e monitorização nas primeiras 24 horas.

Os bebês prematuros relatam Machado e Medeiros (2001), nascem com a musculatura respiratória pouco desenvolvida, paredes torácicas complacentes, pulmões deficientes em surfactante, propensos a infecções respiratórias e à dependência ao respirador artificial. RNPT

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o RNPT é aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas; é, segundo Calil (1999), por necessidade vital, separado de sua mãe e conduzido a UTIN, onde se deparará com um ambiente muito diferente daquele onde se encontrava. As luzes são contínuas e fortes e o nível sonoro é alto. Rugolo (2000) relata que o bebê passa a ser excessivamente manuseado, cerca de 134 vezes em 24 horas, durante a fase mais crítica, tanto por procedimentos dolorosos quanto para cuidados de rotina. Receberá cuidados urgentes na tentativa de melhorar seu estado e auxiliá-lo a viver, fazendo com que, muitas vezes, seja intubado, ventilado, perfurado durante um período longo, caracterizando um processo de excessivos episódios de manuseio.

definição  
RNPT

Permanecerá por algum tempo em uma incubadora, longe do carinho e aconchego de sua mãe, onde sentirá não o cheiro de sua pele e de seu leite, mas o cheiro de substâncias usadas em procedimentos, na lavagem das mãos dos cuidadores e nos lençóis de seu leito, algumas vezes, desconfortável e frio.

Essa assistência, muitas vezes, não demonstra cuidado direcionado para a preservação da individualidade do bebê, podendo ocorrer a qualquer hora, de acordo com as necessidades da equipe de saúde e, geralmente, não é modificada pelos sinais emitidos pelo bebê, na pele, no choro e nas mímicas que podem demonstrar desagrado. São muitos os cuidados e, freqüentemente, tentativas de consolo não são realizadas, levando o bebê à exaustão e gasto energético que, segundo Brasil (2002), reflete negativamente em termos fisiológicos no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central e comprometendo a interação mãe/bebê.

Atualmente, perceber e interagir com o bebê pode ser possível, pois a maioria das maternidades possui normas que permitem que os pais conheçam seu filho em seu próprio ritmo, mantendo-o junto deles até voltarem para casa. Klaus e Klaus (2001) relatam que o bebê demonstra alguns comportamentos quando está na situação especial de inatividade alerta. Neste estado, o bebê raramente chora e parece sentir enorme prazer em olhar o rosto de sua mãe, podendo estender o braço para tocá-lo.

Os órgãos dos sentidos são pontos importantes para o cuidado ao RN. Klaus e Klaus (2001) ressaltam que ele é capaz de reconhecer o rosto de sua mãe quatro horas depois do nascimento. e seleciona certas formas que demonstram que

seu interesse por contrastes claro/escuro e sua preferência por círculos, está relacionada à aparência circular mais escura da aréola, já demonstrada por ele no momento do nascimento, quando é capaz de mover-se e alcançar o seio materno. O odor do leite, a voz, a temperatura, a textura da pele e a respiração materna podem orientar o bebê na busca do alimento e interação com sua mãe (PORTER, 2001).

O bebê, conforme Klaus e Klaus (2001), prefere vozes mais agudas e seus pais parecem fazer instintivamente uma voz assim quando conversam com ele; é a “fala do bebê”, que também responde ao soar de um sino, ao virar os olhos e depois a cabeça em direção ao som e assim o faz desde os primeiros momentos após o nascimento. Os autores também referem que o sentido do tato é ativado bem antes do nascimento, pois o bebê é cercado por fluidos e tecidos quentes desde o início de sua vida fetal, embalado no berço das profundezas aquáticas, e responde à variação de temperatura, umidade, textura, pressão, e dor.

A pele é uma roupagem contínua e flexível, envolve todo o nosso corpo e é o mais sensível de nossos órgãos. Segundo Montagu (1988), a pele é o nosso primeiro meio de comunicação, nosso mais eficiente protetor e constitui grande veículo para absorção e/ou eliminação de cargas psíquicas, que, no pensar do autor, é o espelho do funcionamento do organismo, sua cor, textura, umidade, secura, refletindo nosso estado de ser, tanto de quem toca para cuidar quanto de quem é tocado, quando estão presentes afeto e carinho no ato de tocar o corpo do outro. Boff (1999, p. 120) ressalta que *a mão que toca cura, porque leva carícia, devolve confiança, oferece acolhida e manifesta cuidado.*

Pesquisadores, entre eles Klaus e Klaus (2001), relatam que os bebês nascem com um paladar altamente desenvolvido. De acordo com os autores, os bebês demonstram prazer na medida em que a doçura aumenta e desprazer quando recebem líquidos levemente salgados, ácidos ou amargos. Quando provam o sabor doce, seu rosto relaxa e eles continuam sugando com entusiasmo.

Alimentar um bebê de risco cujas necessidades nutricionais são muito debilitadas é um processo complexo que requer a integridade de alguns componentes. Neles estão envolvidos, segundo Alves Filho (1995),

fisiológico e coordenação da sucção, deglutição e respiração. Alimentado por meio de sucção, gavagem simples ou contínua, o bebê deverá ser acariciado, permanecer confortavelmente posicionado em seu leito, evitando-se assim o estresse e a perda de calorías.

O padrão respiratório do prematuro é dito como periódico, caracterizado nas respirações rápidas, intercaladas com pausas que podem durar de cinco a dez segundos. É digno de nota o fato de que, mesmo antes do nascimento, o feto é sensível a estímulos que regulam a frequência e a profundidade do padrão respiratório. As vias aéreas têm um papel controlador da respiração; nos prematuros, assim como nos adultos, a apnéia uma pausa respiratória superior a vinte segundos pode ser acompanhada por obstrução das vias aéreas ao nível da faringe, podendo ser exacerbada pela posição supina, demonstrando que uma posição terapêutica e confortável do bebê deve ser propiciada pela equipe de cuidadores da UTIN (BRASIL, 2002).

## **2.2 O Cuidado e o Cuidador na Prática da Enfermagem Humanística**

Segundo Cardoso *et al* (2000), o cuidado sempre esteve presente na história humana e sempre foi característica da Enfermagem, envolvendo a paz, o bem-estar, a liberdade e o respeito. Para Waldow (1998), o processo de cuidar envolve ações, atitudes e comportamentos com base na intuição e conhecimento científico.

Na UTIN, o foco principal do cuidado, o bebê, estabelece com seus cuidadores uma relação muito especial, traz muitas exigências, requer uma atenção, muitas vezes, inversamente proporcional ao espaço que ele ocupa na incubadora. Esta realidade de cuidar dos bebês nos remete a pensar o quanto somos convidados a abrir mão de nossos desejos e expectativas em relação ao resultado de nossa tarefa. O cuidador deve saber ressaltar, segundo Klaus e Klaus (2001, p.92), os "incríveis atributos do recém-nascido para um objetivo principal, preparar o bebê para a interação com a família e para a vida no mundo".

As mães de bebês prematuros devem ser apoiadas pelos profissionais que a assistem, para que possam superar as dificuldades decorrentes da condição da precariedade da saúde do bebê. Essas mulheres, diz Mathelin (1999), de quem foi retirado o filho ao nascimento, procuram uma explicação, elas querem estabelecer um vínculo afetivo junto ao seu bebê. A maioria dessas mães sente um complexo de culpa por não ter conseguido gestar seu filho a termo e, por trás dos vidros da incubadora, que são espelhos que nada refletem a não ser a própria imagem, triste e decepcionada, diz a autora, as mães têm dificuldades para olhar um bebê fraco e distante demais. Neste momento, ela deve ser amparada por uma equipe que a fará acreditar que seu bebê é corajoso e lutará com a sua ajuda pela sobrevivência.

Em situações anormais de nascimento, os bebês necessitam de terapêutica especializada para sobreviver, aumentando significativamente o número de internações em unidades de neonatologia.

Os critérios mínimos para implantação de UTIN propostos pelo Departamento de Neonatologia do Ministério da Saúde incluem recursos humanos, como pediatras com formação em UTI Neonatal, sendo um diarista (quatro h/dia): 1/10 leitos, plantonista (24 h/dia): 1/5 leitos. A chefia da UTIN e da semi-intensiva pode ser única, sendo recomendável que o chefe possua habilitação em Neonatologia (TEN) e os demais pediatras da equipe tenham o título de especialistas em Pediatria (TEP). Enfermagem com formação em UTI Neonatal: enfermeira (24 h/dia): 1/5 leitos; Auxiliar (24 h/dia): 1/1 a dois leitos. Devem pertencer ao próprio hospital: pessoal administrativo, cirurgia pediátrica, anestesia, radiologia, ECG, farmácia, nutrição, serviço social (BRASIL, 2002).

Os serviços de clínica e cirurgia cardíaca e neurológica, ortopedia, oftalmologia, ecografia, endoscopia, fisioterapia, psicologia e ECG devem estar disponíveis 24 horas por dia. Em uma UTIN, aparelhos e equipamentos utilizados para o tratamento e recuperação da saúde do RN como incubadoras, berços aquecidos, fototerapias, respiradores artificiais entre outros devem ser manuseados por uma equipe treinada e estar em perfeito funcionamento.

Este ambiente tão tecnicista, diz Costenaro (2001), não tem o objetivo de eliminar os cuidados, mas de propiciar tempo para que os cuidadores permaneçam perto do paciente, olhando-o, tocando-o, dialogando com ele e até velando seu sono tranqüilo, enquanto monitores fornecem os dados vitais.

De acordo com Perlman (2001), o meio ambiente estressante, barulhento e com iluminação excessiva da UTIN predispõe o bebê a desenvolver complicações clínicas, como bradicardia, apnéia e deficiência nutricional, entre outras.

Humanizar este ambiente implica sensibilizar pessoas para o envolvimento, flexibilidade e singularidade para olhar as situações de enfermagem, buscando uma relação harmônica na qual profissional e o RN possam juntos estimular e serem estimulados na busca do bem-estar e de estar melhor.

O fazer *com*, no cuidado de enfermagem requer envolvimento pessoal, moral e espiritual, no qual o cuidado não é somente emoção, atitude ou querer fazer. O cuidado requer concretude em dimensões humanísticas, sociais, éticas, biológicas e espirituais. Só se pratica a humanização quando se atende a pessoa em todas as suas dimensões (OLIVEIRA, 2001).

A Sociedade Canadense de Pediatria (2000) recomenda observação nos sinais emitidos pelo RN, uma vez que a falta de respostas comportamentais e choro não é, necessariamente, indicativo de falta de dor. Refere ainda que as instituições de saúde devem desenvolver e implementar cuidados de prevenção à dor e ao estresse do RN, utilizando-se, entretanto, de programas educacionais que sensibilizem os profissionais quanto à utilização de estratégias e individualizando o cuidado.

Surge um paradigma: o cuidado não pode ocorrer a qualquer hora, de acordo com as necessidades da equipe de saúde. Há um interesse cada vez maior em compreender o bebê, avaliando e adequando os procedimentos de cuidado, sendo um dos passos do cuidado humanizado a observação das respostas comportamentais e fisiológicas do bebê ao manuseio. Sinais emitidos por ele como choro, mímicas de desagrado, mudanças de coloração da pele devem ser observadas pela enfermeira, que deve ter atitudes de consolo, promovendo segurança, favorecendo sua organização e visando a diminuir danos à sua recuperação.

Na realização desses procedimentos técnicos, o cuidado pode ser representado pelo processo de interação do ser que é cuidado com o cuidador. O entendimento, pela enfermeira, da concepção do ser humano na sua totalidade favorece a determinação do cuidado integral.

No cuidado humanizado, estão presentes valores que priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor. Sendo a razão existencial da enfermagem, o cuidado confunde-se com ela, percorrendo o plano moral e tecnológico, pois é necessário para a existência humana. Consoante Venuso (2001), a pessoa doente traz consigo, além de sua patologia, sua necessidade de resolubilidade, sua história e sua alma. Este cuidado não é a solução de todas as doenças, mas, se presente, ajudará a diluir o medo, a dor, mostrando as reais possibilidades entre o ideal e o possível.

Um atendimento humanizado requer mudança de cultura, trazendo um paradigma no qual a pessoa seja recebida como única, dotada de sua história pessoal, com seus valores e suas crenças. A humanização requer um encontro entre a equipe e a pessoa doente em que a condição essencial é a vontade de encontrar e de ser encontrado. Esse encontro pressupõe escuta, olhar aberto e amoroso. O cuidador deve desenvolver uma capacidade de se conhecer e saber reconhecer sentimentos, como o amor, empatia, entre outros. Essa capacidade diminui as possibilidades de conflito, pois abre caminhos para a comunicação com o outro. Venuso (2001) diz que tudo é pessoal, individual e intransferível em seu sentir.

A humanização é compreendida como valor, na medida em que resgata a vida humana. Esse valor, diz Mezzomo (2002), é definido em função de seu caráter que se completa aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade e a especialização do saber.

Humanizar possibilita assumir uma postura ética de acolhimento, de respeito ao outro, como ser autônomo e digno. Os hospitais são organismos sociais motivados a mudarem por demandas internas e externas e por carências que precisam ser atendidas. O atendimento voltado para a humanização exige um questionamento contínuo de como as coisas são feitas e podem ser melhoradas. Com paixão e empenho os detalhes não serão esquecidos.

A humanização é uma mão estendida e, para Mezzomo (1994), é o sorriso que apóia e nos leva ao início do Cristianismo, no qual ensinamentos como misericórdia, amor e respeito pelos semelhantes foram trazidos por um cuidador de almas, Jesus Cristo, e nos mostra a importância da convivência pacífica.

Por muito tempo, o cuidado espiritual foi esquecido e afastado da convivência profissional. Conforme Backes *et al* (2001), foi uma época em que se acreditava que uma “boa enfermeira” significava ter excelência técnica e científica. Hoje, sabemos que o envolvimento com as necessidades humanas e espirituais é essencial para a assistência de enfermagem responsável e completa. Corroborando Leloup (2002), consideramos que cuidar do corpo não exclui cuidados com a alma; não existe saúde que não traga, ao mesmo tempo, salvação, em que o corpo não deve ser tratado como um objeto defeituoso. Cuidar do corpo de alguém é dar atenção ao sopro que o anima.

O nascimento de bebês de alto risco, o aperfeiçoamento das unidades neonatais e a evolução dos métodos terapêuticos permeiam o cotidiano das enfermeiras, no qual a assistência é de extrema importância para a recuperação da saúde deste paciente.

A ética em enfermagem está presente e é associada ao cuidado, afirmando a humanidade do paciente e do cuidador, portanto, as questões éticas têm inquietado os profissionais, quando vêem e vivenciam a angústia, o medo, a dor e o estresse de bebês internados em UTIN.

Sabemos que este sentimento advém da precoce separação deste de sua mãe, e que devemos com responsabilidade respeitar e discernir o cuidado a ser promovido em cada situação. Nos casos mais graves, muitas vezes, estes bebês necessitam de procedimentos invasivos como a intubação. Neste momento, o cuidado passa a ter um significado maior, de desvelo, solicitude, atenção; é quando a existência do outro torna-se importante para nós.

O cuidado humano e ético envolve alguns ingredientes especiais da enfermeira entre os quais o conhecimento, a humildade, a paciência, a honestidade, a esperança, que juntos, favorecem uma parceria com o paciente, um sentimento de

*estar com*, pois denota a verdadeira presença, a experiência e o compromisso profissional.

Cuidar de bebês em uma UTIN denota uma abertura da alma para o envolvimento de todos os sentidos humanos para captar o chamado de quem não pode se expressar verbalmente.

Para melhor compreensão dos cuidados realizados pelas enfermeiras, alguns itens se fazem conceituar:

**Procedimentos técnicos:** todos aqueles realizados pelos profissionais da área de saúde, objetivando diagnosticar e tratar os RNs internados em UTIN. Nesta pesquisa, estes procedimentos são considerados como invasivos, pois adentram o interior biológico do organismo do bebê, e, por lhe interromperem, muitas vezes, impedem o descanso, causando-lhe mal-estar e desconforto.

Estão incluídos nesta pesquisa alguns procedimentos técnicos realizados rotineiramente pelas enfermeiras, como a coleta de sangue para exames laboratoriais e a aspiração orotraqueal.

**Aspiração Orotraqueal:** a aspiração do tubo orotraqueal é segundo Tamez e Silva (2002), um procedimento necessário nos pacientes intubados. Objetiva a remoção das secreções retidas na cânula ou tubo endotraqueal, promovendo, assim, uma ventilação adequada e uma oxigenação eficaz. Sua frequência é determinada pelas mudanças no estado do paciente e os parâmetros são: diminuição da saturação de oxigênio, agitação do paciente, aumento das necessidades de oxigênio e ruídos respiratórios que demonstrem a presença de secreções pulmonares. Nesta pesquisa, percebemos a aspiração de rotina como fator de aumento de riscos para infecções, de interferência no repouso e no sono do RN.

**Coleta de Sangue para Exames Laboratoriais:** a necessidade de monitoração do estado ventilatório do RN intubado faz com que a enfermeira realize venopunções no sentido de coletar sangue para exames laboratoriais, trazendo ao bebê momentos de intranquilidade e perturbação. Dentre esses exames, a gasometria arterial e venosa é primordial nesta monitorização. Ela pode ser coletada

por meio da artéria e da veia umbilical, mais comum no período neonatal, via cateter ou punção venosa direta. A gasometria também pode ser colhida de sangue capilar por punção superficial da pele na região calcânea do RN (TAMEZ; SILVA, 2002).

Os demais exames podem ser coletados por punção venosa direta. Existem alguns procedimentos a serem realizados pela enfermeira que coletará o sangue que facilitarão o procedimento e abrandarão a dor do bebê, como: o enrolamento do RN, a utilização da sucção não nutritiva, possibilitando a diminuição do careteamento, do choro, de estados de alerta e da movimentação, permitindo também a atenuação das respostas cardíacas e respiratórias (BRASIL, 2002).

**Manuseio do Recém-nascido:** manuseio significa pegar ou mover com as mãos. É um processo que ocorre, muitas vezes, com grande frequência entre a equipe da UTIN e o bebê quando da necessidade de procedimentos técnicos (BRASIL, 2002).

**Respostas Comportamentais do Recém-nascido:** segundo Brasil (2002), compreende os estados de consciência que vão do sono profundo ao choro, e neles podem ser observadas a qualidade de cada estado, estabilidade e variabilidade.

**Relacionamento interpessoal:** entendido como vínculo, pode expressar uma ligação de amizade ou uma relação profissional e ser condicionado por uma série de atitudes recíprocas. Em situações de cuidado com o RN, este relacionamento decorre do envolvimento, da preocupação com o estado de saúde do bebê, por este ser um paciente vulnerável. Pode ser efetuado pela comunicação verbal, definida como expressão de palavras de acolhimento, carinho, encorajamento, conforto, em tom agradável, e pela comunicação não verbal transmitida pela troca de olhar, pelo toque, pelo sorriso, transmitindo ao bebê sensação de segurança e aconchego. Como resposta do bebê, a enfermeira se depara com um comportamento mais calmo e tranquilo, pelo sorriso, brilho dos olhos, olhar fixo, choro, arqueamento das sobrancelhas, entre os sinais observados no rosto do RN, onde a expressividade é mais bem observada (BRASIL, 2002).

### 2.3 Cuidando do Bebê de Alto Risco

Os distúrbios respiratórios são considerados como uma das principais causas de mortalidade no período neonatal, sendo também responsáveis pela maior parte das admissões em UTIN (BRASIL, 2002).

Estes distúrbios são de origens diversas, incluindo-se as causas pulmonares, seguidas daquelas que necessitam de intervenções de urgência e cirúrgicas. Conforme Rugolo (2000), caracteriza-se a Síndrome de Sofrimento Respiratório por dispnéia, taquipnéia, retrações dos músculos costais, com batimentos de asa de nariz, gemido e graus variáveis de cianose periférica. A Síndrome de Sofrimento Respiratório é, facilmente detectada pela enfermeira que atua na UTIN.

A avaliação laboratorial é de extrema importância na assistência de RN com distúrbios respiratórios. Exames como hemograma, glicemia, hemocultura e gasometria arterial são indispensáveis no diagnóstico de doença respiratória. Particularmente necessário é um exame radiológico do tórax. Após os resultados destes exames, são prescritas as alterações e/ou modificações do suporte ventilatório desses bebês (TAMEZ; SILVA, 2002).

A aspiração orotraqueal é uma terapêutica de enfermagem que envolve um procedimento técnico com a finalidade de manter permeável a via respiratória, preservando a vida e a dignidade do bebê. A aspiração da cânula ou tubo orotraqueal é, segundo Tamez e Silva (2002), realizada pela enfermeira e de preferência com ajuda de outro profissional. Para isso, ela utiliza um equipamento e segue uma ordem lógica de execução, de acordo com seu discernimento técnico e com atitudes humanizadas, o que é entendido como meio de confortar, conversar, tranquilizar, acariciar e proporcionar segurança ao bebê.

Uma criança intubada, diz Guimarães (1997), não pode fazer uso da palavra, não chora, mas sua cabeça continua pensando; em seu peito existe um coração que sente, e ele pode se comunicar sim, com o rosto, com as mãos e com o corpo. Costenaro (2001) refere que esta situação em que o bebê não verbaliza seus

sentimentos contribui para o descaso ao choro, e ele pode chamar a atenção do profissional, fazendo uso de outros sinais como agitação, cianose, queda de saturação e até mesmo vômitos, podendo estas alterações contribuir para o agravamento da doença.

O fator desconforto deve ser observado com muita atenção pela enfermeira da UTIN, pois, por muitas vezes, é necessária a restrição dos movimentos do bebê na incubadora para evitar a desconexão do tubo orotraqueal do suporte ventilatório mecânico. Para evitar este desconforto e desgaste físico e psicológico do RN, a enfermeira poderá dispor de um toque carinhoso, procurando promover sensação de segurança e tranquilidade ao bebê, posicionando-o confortavelmente no leito, mantendo suas mãos livres e na altura dos lábios, estimulando, assim, a sucção não nutritiva.

Lembramos a necessária presença da enfermeira junto a este RN, tão dependente de um suporte ventilatório mecânico, tornando-se primordial o olhar holístico desta para o bebê, durante os cuidados. É a sua percepção que conduz à observação do chamado deste paciente feito por meios não verbais, denotando a rejeição ao suporte ventilatório e às condições de dor, irritação ou quaisquer outras vivenciadas e sentidas por ele.

O manuseio realizado de forma humanizada pela enfermeira é uma atitude que implica estar com o bebê, experienciando a totalidade do momento do encontro, sendo responsável, ético, competente, empático, dedicado, atencioso, afetivo, interagindo através do olhar, do toque, da fala, e de outras ações que favoreçam sensações de segurança e conforto (COSTENARO, 2001).



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

#### 3.1 A Teoria Humanística de Paterson e Zderad

A equipe de saúde atuante na UTIN, em seu cotidiano, cuida de bebês que possuem a sua própria individualidade, necessidades e características únicas, mas, muitas vezes, os assiste com eficiência técnica, mecanicamente, esquecendo-se de que este pequeno ser é possuidor de sentimentos e é sujeito de sua própria história.

Paterson e Zderad (1988) propõem que a enfermagem seja desenvolvida como uma experiência existencial. Após vivenciá-la, a enfermeira reflete sobre ela e descreve fenomenologicamente os chamados e respostas que surgiram na relação, e também o conhecimento adquirido através da experiência, assim, reconhecendo o outro em sua singularidade, como alguém que luta para sobreviver, *vir a ser*, confirmar sua existência e entendê-la.

A Teoria Humanística surgiu na década de 1970, após observações e indagações das autoras acerca do modo como as enfermeiras interagem com os pacientes, durante situações de enfermagem. O conteúdo da teoria traz a influência do existencialismo, do humanismo e da fenomenologia, sendo citados escritores como Husserl, Buber, Marcel, Nietzsche, entre outros (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Acreditam as teóricas que as experiências vivenciadas nesta interação constituem os componentes para o desenvolvimento da ciência da Enfermagem. Suas experiências, segundo Praeger (2000), concentraram-se em enfermagem clínica, envolvendo clientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiros e outros profissionais que prestam ajuda.

Trata-se, consoante Cardoso e Pagliuca (1999), de uma teoria que ressalta: a prática da enfermagem humanística; o seu significado; a experiência existencial; a descrição fenomenológica; o fenômeno da enfermagem com o bem-estar; o potencial humano; a transação intersubjetiva; o diálogo vivo, desenvolvido pelo encontro; a relação; a presença e o fenômeno da comunhão.

O diálogo na concepção de Paterson e Zderad (1979) implica comunicação; seu emprego não está restrito à noção de enviar e receber mensagens verbais e não verbais e sim em chamados e respostas, em que a enfermagem humanística é como um tipo especial do diálogo vivo. Para Buber (1974), o diálogo implica uma "*esfera ontológica*", uma forma particular de relação intersubjetiva, quando podemos ver o outro como ser distinto e único entrando em relação conosco.

É uma teoria da prática, na qual as teóricas respondem à experiência fenomenológica, tornando-se uma perspectiva filosófica originada do encontro existencial da enfermeira, no mundo do atendimento à saúde. Daí, esse inter-relacionamento da teoria com a prática na enfermagem humanística depende da experiência, concepção, participação e do ponto de vista particular de cada enfermeiro em relação às suas vivências no mundo e na enfermagem.

Corroboramos Paterson e Zderad (1979), quando ressaltam que obtemos certo conhecimento imediato de nossa subjetividade a partir de reflexões sobre nossa experiência pessoal de enfermagem. Partindo dessas experiências, podemos saber se destas interações humanas resultam efeitos humanizantes ou desumanizantes.

A enfermagem humanística vincula-se à experiência dos indivíduos como fenômenos de suas vidas e seu desenvolvimento. A relação inter-humana dirige-se a nutrir não só o bem-estar da pessoa, mas o estar-melhor, ajudando-a a tornar-se o melhor possível em sua situação particular.

Sendo a enfermagem um processo entre pessoas, esta permite que ambas possam atuar e serem afetadas, com possibilidade de se tornarem melhores. Precisamos saber que valores, preconceitos, mitos e expectativas das pessoas envolvidas, enfermeiro e paciente, fazem parte deste processo.

### 3.2 A Teoria Humanística e seus Principais Conceitos

A estrutura utilizada para formar a Teoria Humanística é sugerida em três conceitos por Paterson e Zderad (1988). Juntos, embasam a enfermagem: o diálogo, a comunhão e a enfermagem fenomenológica. Ao juntar-se através do diálogo, é formada uma comunhão pela qual a enfermagem nutre e conforta.

Na relação dos grandes conceitos da enfermagem à visão humanística de Paterson e Zderad (1979), *homem* representa a enfermeira e o cliente; *saúde* é o bem-estar e o estar-melhor; *ambiente* é a situação humana onde ela ocorrer, em qualquer tempo e espaço, num mundo real de homens e coisas; *comunhão* são duas ou mais pessoas que juntas compartilham um momento de suas vidas, e *Enfermagem* é a própria transação intersubjetiva, é o diálogo vivido.

O *homem* é um ser individual que necessariamente se relaciona com outros homens no tempo e no espaço, faz inúmeras escolhas durante sua vida, tornando-se resultado de suas decisões relacionadas ao passado e ao futuro. Para Paterson e Zderad (1979), o homem é um ser independente, singular e interdependente.

A *saúde* está relacionada com o conceito de bem-estar e estar-melhor de uma pessoa. A enfermagem está focada em desenvolver ações que visem a restabelecer, manter e promover a saúde, mas existem situações em que esta meta não é alcançada, como em doenças crônicas e de terminalidade. Então, nestes casos, se faz necessário valorizar o potencial humano (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A saúde aqui é descrita como mais do que a ausência de doença. Na Teoria Humanística, os indivíduos têm um potencial para estar bem, podendo estar melhor quando desenvolvem um processo de tornarem-se tudo o que é humanamente possível. Quando nos envolvemos verdadeiramente, estamos experimentando saúde, pois a saúde é experimentada no processo de viver abertamente, de modo consistente.

Conforme Paterson e Zderad (1988), este encontro, em que existam um chamado e uma resposta intencionais, é uma meta da enfermagem, que utiliza esta teoria como arte, de forma significativa e efetiva, deixando uma

impressão duradoura demonstrando que as pessoas podem lutar para tornar-se tudo o que são capazes de se tornar.

O *ambiente* (mundo real) está relacionado a qualquer situação em que ocorra o fenômeno da enfermagem. O mundo real da enfermeira e do cliente está presente na relação e compreende o mundo das relações com homens e coisas e o mundo interior. O mundo do cliente inclui seus membros familiares, amigos e outras pessoas significativas para ele. O mundo real da enfermeira envolve os outros clientes e membros da equipe de saúde. Para haver uma integração, faz-se necessário estar aberto e aceitar o mundo interior do outro (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Objetos (coisas) são parte do mundo real, onde acontece a relação dialógica. São eles os equipamentos, roupas, materiais. Podem ser encarados com medo, indiferença, aceitação ou com rejeição. De acordo com Paterson e Zderad (1979, p.63), os objetos “em si mesmos assim como as relações das pessoas com eles podem servir para favorecer ou inibir a transação intersubjetiva da enfermagem”.

O tempo cronológico (datas e horários) e o tempo interior vivido, ou seja, o ritmo de cada um, também devem ser considerados. A enfermeira pode encontrar-se esperando, detendo, antecipando ou apressando o cliente de forma inconsciente ou intencional (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O espaço representa o ambiente físico do qual se utilizam a enfermeira e o cliente. Embora o ambiente pareça familiar para a enfermeira, pode não ser visto da mesma forma pelo cliente, influenciando positiva ou negativamente a relação intersubjetiva e pode despertar incômodo em ambos (PATERSON; ZDERAD, 1979).

*Comunhão* pode ser representada pela reunião de duas ou mais pessoas com um objetivo comum. Segundo Paterson e Zderad (1979, p.83), “o homem adquire identidade através de sua relação com a família, com os outros, e com a comunhão [...]”.

A *Enfermagem* é uma resposta para situações humanas nas quais “um ser humano necessita de um certo tipo de ajuda e outro a proporciona” (PATERSON e ZDERAD, 1979, p.29). Assim, para descrever o fenômeno da enfermagem, as

teóricas utilizam os seguintes conceitos: *bem-estar e estar-melhor, potencial humano, transação intersubjetiva, ser e fazer*. É a enfermagem considerada pelas teóricas como um *diálogo vivido* entre enfermeira e cliente, sendo o *Diálogo* uma transação subjetiva que envolve os seguintes conceitos: *encontro, relação, presença, chamado e resposta*.

A enfermagem humanística tem como preocupação estar com alguém em necessidade, na qual a meta de *bem-estar* ou *vir-a-ser* é atingida pelo diálogo, que é uma experiência intersubjetiva na qual existe um compartilhamento verdadeiro.

Assim, e envolvido nesse diálogo, está o encontro, influenciado pelos sentimentos que o antecedem. Este encontro planejado origina expectativas que poderão influenciar o diálogo, podendo surgir sentimentos de temor, ansiedade, medo, esperança, impaciência, dependência e outros, assim como o grau de controle e escolha com que se chega ao encontro. Desse modo, o encontro é único, pois “cada participante vai a ele como o indivíduo singular que é, com suas próprias expectativas e capacidades para dar e receber ajuda” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 52).

O relacionamento é o processo de “*fazer*” e “*ser*” da enfermeira, estar um com o outro. Podemos nos relacionar como sujeito com o sujeito, quando estamos abertos como pessoa, e como sujeito com o objeto, quando usamos abstrações, categorizações, rótulos.

Pelo relacionamento sujeito a sujeito, isto é, como pessoa a pessoa, respeitando-os como diferentes, distintos, podemos conhecer uma pessoa em sua individualidade.

Ao estarmos abertos, estaremos receptivos, disponíveis à experiência do outro, podendo, assim, perceber e responder ao seu chamado com um toque, um timbre de voz carinhoso, um olhar. É através dos atos de enfermagem que o diálogo é vivido. Estas relações são essenciais para a existência humana verdadeira. Essa relação é entendida segundo as três dimensões descritas por Buber (1974): a *Eu-Tu* (sujeito-sujeito), a *Eu-Issó* (sujeito-objeto) e a relação *Nós*.

Para Paterson e Zderad (1979), é importante que a enfermeira não direcione seu cuidado somente para o bem-estar do outro, nesse momento particular de sua vida, mas em uma forma plena, mais humana possível, deve sim, promover o *estar-melhor*.

Na teoria da prática de enfermagem humanística, os seres humanos são capazes, abertos a opções, possuem valores, e, através de suas escolhas e do seu relacionamento com os outros, se tornam pessoas. Todo homem está comprometido com outros homens, pois a interdependência é inerente à situação humana. Paterson e Zderad (1988) ressaltam que “a experiência humana é a coexistência”.

O *potencial humano* está relacionado a todos os potenciais e limitações humanas de cada participante na situação de enfermagem, como, por exemplo, frustração, solidão, agressão, impaciência, inveja, dor, sofrimento, desesperança, confiança, alegria e esperança. A enfermagem inclui todas as respostas possíveis do homem em sua situação, tanto de quem necessita como de quem ajuda (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A *transação intersubjetiva* consiste em uma situação compartilhada entre duas ou mais pessoas relacionando-se com o seu modo de ser; Solicita autoconsciência, sensibilidade, auto-aceitação e atualização das potencialidades para que se desenvolva esta relação: “ambos são sujeitos, quer dizer, cada um é originador de atos e de respostas humanas para o outro. Neste sentido são independentes” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.32).

A orientação humanística busca ter uma visão mais ampla do potencial dos seres humanos, sejam eles enfermeiros ou pacientes. Nesta visão, é abordado, pelas teóricas, o meio ambiente, que passa a selecionar o mundo subjetivo, singular destes seres. Citam também o mundo que envolve estas pessoas e objetos, o mundo objetivo, no qual o tempo e o espaço vividos por este ser afetam o desenvolvimento de um diálogo vivo no mundo real.

Conforme Paterson e Zderad (1988), este encontro, onde existam um chamado e uma resposta intencionais, é uma meta da enfermagem, que utiliza esta teoria como arte, de forma significativa e efetiva, deixando uma impressão duradoura, demonstrando que as pessoas podem lutar para serem tudo o que são capazes de ser.

### 3.3 Enfermagem Fenomenológica

A enfermagem fenomenológica foi desenvolvida por Paterson e Zderad (1976) como metodologia para compreender e descrever as situações de enfermagem. A fenomenologia é um processo descritivo que busca compreender a experiência da enfermeira-cliente de forma que possa estar com ele de maneira humana e curativa.

Existem fases nesta abordagem da vivência dialógica relacionadas com a interação do cliente, descritas por Oliveira (2001): *o diálogo intuitivo, o diálogo científico e a fusão intuitivo-científica*, que, muitas vezes, podem ocorrer simultaneamente por serem elas interligadas.

A *Enfermagem Fenomenológica* é desenvolvida em cinco fases, descritas por Paterson e Zderad (1988), assim: *Preparação para vir-a-conhecer* é uma fase na qual a enfermeira busca conhecer a si própria, podendo confrontar-se com sua possível capacidade de perceber-se a si mesma e de tornar seus pensamentos e atitudes mais humanas. Existem várias formas de se chegar ao conhecimento interior, como pela leitura reflexiva de obras que falam sobre a natureza do homem e suas formas de relacionar-se com o mundo, observações sobre trabalhos literários que tragam instruções sobre suas necessidades bio-psico-sócio-espirituais, presumindo que a enfermeira tenha sensibilidade e conhecimento da condição humana e autoconhecimento. A partir dessas reflexões e leituras, são feitas comparações com a prática da enfermagem.

*Conhecendo o outro intuitivamente* é o período caracterizado pela inclusão do cliente na situação humana, início do relacionamento *Eu-Tu*, descrita por

evitando quaisquer noções preconceituosas, rótulos e julgamentos. A reflexão inicial de *Eu-Tu* é o diálogo “entre”; para Buber (1974), a palavra proferida é uma atitude efetiva, eficaz e atualizadora do ser do homem. É um ato e, por ele, o homem se faz pessoa e se situa no mundo com os outros. Assim, neste relacionamento também ocorrerá a relação *Eu-Nós*. “Para conhecer intuitivamente o outro e imaginar o seu potencial para *vir-a-ser*, a enfermeira responde à singularidade do outro, não se sobrepõe, mantém sua capacidade de surpresa, questionamento e está com o outro realmente e não em aparência” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.121).

*Conhecendo o outro cientificamente*, após conhecer o outro intuitivamente, a enfermeira conceitua a experiência e a expressa segundo seu potencial humano. É a quadra que inclui o método de olhar um fenômeno, comparando, classificando e procurando temas que poderão surgir nos relacionamentos entre as partes. O investigador apresenta-se num estado reflexivo, transcrevendo sua visão do estado de enfermagem. Aqui será realizada pela cuidadora uma síntese dos conhecimentos, selecionando para isso palavras e frases. Esse diálogo científico estabelece a relação *Eu-Isso*, de Buber, permitindo ao pesquisador interpretar, categorizar e acrescentar o conhecimento.

A fase *Eu-Isso* de Buber (1974) é uma das atitudes do homem em face de aquisições da atividade científica e tecnológica da história da humanidade, na qual o homem deve pautar valores que o levem a tomar decisões e assumir responsabilidades, tornando-se disponível para o encontro com o outro, com o mundo e com Deus.

Consoante Paterson e Zderad (1988), a fase de *síntese complementar do conhecimento do outro*, acontece quando o investigador examina os dados à luz do conhecimento científico e subjetivo e então os compara, contrasta-os e sintetiza-os em uma visão mais ampla.

Nesta comparação e síntese, o “eu” do investigador assume uma posição que conhece e permite o diálogo entre as múltiplas realidades conhecidas. Paterson e Zderad (1988) citam que as diferenças descobertas em realidades semelhantes não rivalizam; uma não nega a outra e podem ser verdadeiras e estar presentes simultaneamente.

*A sucessão do “nós” para o único paradoxal* compreende uma comunhão de objetivos entre pessoas, conhecimentos e sentimentos comuns. Quando o investigador expande o próprio ponto de vista, impulsionando o conhecimento, após sintetizar as idéias, os dados e a experiência, pode chegar a uma conclusão, refletindo a experiência do cliente e a captação inicial sobre a situação.

Aqui, a enfermeira tentará compreender os processos a serem vivenciados, estabelecendo metas para reestruturar a assistência, buscando promover uma relação dialógica, um cuidado mais humanizado. Encontrando-se com o paciente tão angustiado e sofrido com sua doença e suas dores, cabe a ela acolhê-lo em seus anseios e medos, buscar um relacionamento e demonstrar a verdadeira presença.



## 4 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 O Campo e os Sujeitos da Pesquisa

O projeto realizado foi uma pesquisa investigatória e descritiva, tendo como foco essencial o cuidado de enfermagem realizado pela enfermeira na UTIN ao recém-nascido de risco, sustentada por abordagem qualitativa. O referencial teórico-metodológico é a Teoria de Paterson e Zderad (1976), na qual afirmam que o ato de cuidar incrementa a humanidade na situação em que as pessoas se encontram, onde enfermeiros e pacientes coexistem, sendo, ao mesmo tempo, dependentes e interdependentes.

Esta metodologia foi vivenciada utilizando a Teoria Humanística e compreendendo os fundamentos e significados humanos da enfermagem para direcionar o desenvolvimento do cuidado através de sua relação com seu contexto humano.

O local escolhido para execução desse estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC, pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza-Ceará. Esta é considerada de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade. A UTIN dispõe de 21 leitos distribuídos em duas salas. Atua na UTIN uma equipe multiprofissional e fazem parte dela 21 enfermeiras, distribuídas em escala de serviço, nos períodos diurno e noturno.

Os sujeitos da pesquisa se enquadram em dois grupos: o primeiro composto por 06 enfermeiras atuantes na UTIN, nos períodos da manhã e da tarde. Justificamos esta escolha por serem estes membros de escala fixa, possuindo maior tempo de permanência contínua e familiarização com o ambiente, enquanto as enfermeiras atuantes no plantão noturno têm menor tempo de permanência contínua na UTIN, pois, ao atuarem em plantão noturno, perfazendo doze horas de trabalho, elas permanecem por quarenta e oito horas afastadas da Unidade, entre regime de descanso e folga de plantão; assim, não participam de algumas rotinas e procedimentos realizados nos demais períodos do dia

Essa equipe de profissionais atua no cuidado aos bebês considerados de risco, realizando procedimentos como higienização, aferição de peso, administração de medicação, alimentação, venopunção, aspiração orotraqueal e das vias aéreas superiores. O cuidado prestado envolve a atenção às mudanças de conduta no tratamento dos bebês, após prescrição médica diária, coleta de exames, encaminhamentos de compra de materiais e medicamentos, transferências, supervisão quanto à organização geral da unidade, treinamento e sensibilização da equipe de enfermagem e de outros trabalhadores da saúde.

O segundo grupo foi constituído pelos bebês de risco internados na UTIN que receberam cuidados promovidos pelas enfermeiras participantes da pesquisa no período da coleta de dados. Estes bebês foram caracterizados como de risco, de acordo com a classificação de Ramos (2002), necessitando de respiração artificial ou assistida, monitorização e uso de incubadora, não importando sua idade gestacional. Esses critérios foram estabelecidos por entendermos que estes bebês são bastante manipulados, não sendo permitidos a eles períodos longos de descanso e de sono. Essa característica exige da equipe maior sensibilidade e empenho para a atenção humanizada.

#### **4.2 A Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2003, e incluiu em um primeiro momento uma observação direcionada aos cuidados da enfermeira em relação ao bebê de risco para identificá-los como exclusivos desta profissional.

Após esta identificação, foram selecionados os procedimentos realizados pela enfermeira a serem observados durante o estudo, que foram a coleta de sangue para exames laboratoriais e a aspiração orotraqueal. Para isso, utilizamos a observação não participante, na qual o pesquisador presencia o fato, mas não se integra à realidade, não se deixa envolver pelas situações. Essa observação é consciente, dirigida e ordenada para um fim determinado (LAKATOS; MARCONI, 1991).

Na UTIN, a enfermeira é considerada uma profissional polivalente, haja vista sua total integração com os bebês e a complexidade da Unidade, na qual é de sua competência a responsabilidade com o ambiente e a equipe, incluindo o perfeito funcionamento dos equipamentos e aparelhos, perfazendo a supervisão da dinâmica de assistência ao paciente, sua mais exigente meta.

A assistência ao bebê envolve planejamento e execução de cuidados referentes à alimentação, higiene e medicação, entre outros. Consideramos a aspiração orotraqueal e a coleta de sangue para exames laboratoriais extremamente importantes para o bebê de alto risco, pois sua avaliação prévia e cuidadosa auxilia no prognóstico da assistência ventilatória (KENNER, 2001).

Em um segundo momento, nossas percepções do cuidado e da dinâmica da UTIN foram registradas em um diário de campo, a fim de compreendermos a assistência de enfermagem e as respostas comportamentais, fisiológicas e sinais emitidos pelo bebê, como choro, mudança de coloração da pele e mímicas de desagrado. Isso foi necessário para analisar com maior profundidade as anotações e algumas de nossas reflexões sobre o estudo, conseguidas através da observação participante, que para Minayo (1994) é parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, tomada não só como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo, na compreensão da realidade, buscando assim chegar ao conhecimento científico das realidades das enfermeiras e do seu cuidado.

A pesquisa realizada em campo representa estudos desenvolvidos em locais de convivência social, e o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, como é vivida, como é definida por seus próprios atores (POLIT; HUNGLER, 1999).

Em um terceiro momento, realizamos entrevistas com as enfermeiras participantes do estudo, utilizando uma questão norteadora: *“Qual a sua opinião acerca da humanização do cuidado ao RN de risco na UTIN e a seus familiares?”*, objetivando identificar a opinião da equipe acerca da contribuição da atenção humanizada para a recuperação de bebê de risco. Foi gravada e transcrita pela pesquisadora, salientando que tanto a observação participante e a entrevista

As falas foram transcritas, em seguida digitadas, lidas, quando, então, buscamos significados, relacionando-os com o tema, conforme o pensamento humanístico de Paterson e Zderad. Com a realização das entrevistas, houve maior aprofundamento dos dados e, após suas transcrições, nos foi possível verificar das informantes suas opiniões sobre a importância do cuidado humanizado dispensado ao bebê de risco na UTIN e sua família, da realidade e das emoções expressadas por elas.

Para organização dos dados, o processo deu-se após decodificação e categorização, segundo Bardin (1979), e a análise foi realizada à luz dos pressupostos básicos da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1976), com enfoque no diálogo que contempla o encontro, o relacionamento, a presença, o chamado e a resposta, favorecendo ao bebê o bem-estar e o estar-melhor. Os dados registrados nos encontros de observação foram assimilados, surgindo categorias.

#### **4.3 O Processo Ético**

A presente pesquisa foi aprovada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), da Universidade Federal do Ceará, conforme o Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, de acordo com a Resolução 196 de 10/10/1996, referente a pesquisas com seres humanos. A direção da instituição onde se realizou o estudo foi informada da pesquisa autorizando sua execução, conforme documento em anexo (ANEXO I).

Solicitamos às enfermeiras, mães ou responsáveis pelos bebês, o consentimento livre e esclarecido, após informarmos sobre a relevância do estudo e o modo como seria desenvolvido, assegurando-lhes o direito de decidir participar ou não da pesquisa ou de desistir em qualquer momento desta sem prejuízo algum. Também foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como a garantia de esclarecimento durante o processo da pesquisa (ANEXOS II e III).

Foi uma preocupação nossa seguir com rigor metodológico este estudo, buscando explicitar os resultados que surgiam da realidade observada e após os

depoimentos das participantes do estudo. Trata-se de fato extremamente necessário na pesquisa qualitativa, pois, realizado no nosso próprio ambiente de trabalho, nos proporcionando, assim, maior familiarização com a realidade investigada. Demo (2000) diz que a pesquisa qualitativa tem sofrido reverses sucessivos, busca o aprofundamento por familiaridade, convivência, comunicação.

Preocupávamos, também, com a maneira como lidaríamos com questões éticas e os dilemas internos próprios das organizações, na medida que assumíamos o papel de investigada, afastando-nos e refletindo, de uma maneira mais imparcial possível. Questões sobre como deveríamos nos conduzir nos inquietavam, pois fazemos parte desta equipe selecionada. Portanto, ao optar pela concretização desse estudo no ambiente de trabalho, visamos também a produzir um enriquecimento da prática profissional.

De acordo com Smyth e Holian (1999), pesquisas no próprio ambiente de trabalho trazem riscos das características pessoais e das habilidades necessárias para desenvolvê-las. Forçam-nos a avaliar questões do cotidiano e podem causar impactos entre as nossas percepções e hipóteses de outras pessoas.

A habilidade de condução da pesquisa consiste numa tomada de consciência dos possíveis vieses percebidos na coleta de dados, e também as questões éticas relacionadas ao anonimato dos participantes. Está envolvida, também, a influência do pesquisador no acesso às informações privilegiadas. Devem ser consideradas fases da pesquisa, como planejamento, métodos de análise, tipo de publicação (SMYTH; HOLIAN, 1999).

Sabemos da importância em mantermos uma postura crítico-reflexiva do serviço, sua dinâmica, das condutas e atuações das profissionais, diante do bebê de risco internado na UTIN e sua família, em poupar estas profissionais de nosso juízo de valor.

#### 4.4 Observando à Luz da Teoria Humanística

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizamos a metodologia *Enfermagem Fenomenológica*, proposta por Paterson e Zderad (1979), desenvolvida em três momentos nos quais estão inseridas as cinco fases da metodologia: preparando-nos para conhecer as enfermeiras; conhecendo as enfermeiras intuitivamente – a relação Eu-Tu; conhecendo as enfermeiras cientificamente – a relação Eu-Isso. Para Paterson e Zderad (1988, p. 73), “Eu-Tu é um chegar a conhecer o outro e a si mesmo na relação intuitivamente. Eu-Isso é uma autêntica análise, síntese e interpretação da relação Eu-Tu através da reflexão”.

Para a observação dos cuidados, aspiração orotraqueal e coleta de sangue para exames laboratoriais, e das respostas comportamentais, fisiológicas e mímicas do bebê, utilizamos como roteiro um instrumento, conforme documento em anexo, com a descrição das atividades realizadas pelas enfermeiras, observando as tentativas ou não de interação com o paciente, como: troca de olhares; realização de toque carinhoso; pronunciamento de palavras de conforto, que transmitissem segurança e tranquilidade; atitudes de acalanto, entre outras (ANEXO IV).

Para obter os sinais do bebê aos cuidados realizados pela enfermeira, através do instrumento utilizado, observamos: sinais fisiológicos (mudança da cor da pele, presença de cianose, vômitos, aumento ou diminuição na frequência cardíaca e respiratória); sinais comportamentais (estado de sonolência, estado de satisfação e conforto, choro, irritação, agitação); mudanças de expressões e presença de mímicas (sorriso, maior abertura dos olhos e boca, arqueamento das sobrancelhas, maior brilho e expressividade do olhar, alteração da expressão facial e corporal), conforme Anexo V.

Escolhemos denominar as enfermeiras participantes, adotando Anjos como cognomes, pois, ao fazer analogia com a pessoa humana, anjos são todos os que estão ao nosso lado o tempo todo, inspirando, guiando e protegendo. São eles: anjos da guarda, mensageiros, guias, incentivadores, salvadores, como também curadores, que nos auxiliam nas enfermidades físicas e nos conflitos com outros seres humanos, promovendo o perdão e a reconciliação com outras pessoas.

A palavra Anjo vem do grego áγγελος, ou do latim tardio angelus mensageiro, seres ou energias, inteligentes e sensíveis. Embora não possamos percebê-los com nossos olhos e ouvidos, podemos, segundo Alves et al. (2003), muitas vezes, senti-los e eles também a nós. Os anjos caminham sobre a terra exatamente como nós, pois, segundo as autoras, temos um potencial angélico que só espera o momento de ser desencadeado. Os anjos têm a responsabilidade de equilibrar a harmonia do universo; são manifestações do pensamento de Deus.

Não existe uma representação especial, pois tomam a forma como são imaginados; podem manifestar-se como luz, como atributos masculinos ou femininos, mas sempre trazendo altos ideais da humanidade, como os símbolos do amor incondicional, da beleza, da graça, sabedoria, força, perdão, paz, inocência, verdade, esperança e guarda espiritual.

Atitudes angelicais, amorosas, caritativas, de cuidado humano, consistem em uma forma de viver, de ser, de se expressar.





## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### 5.1 O Modelo de Análise dos Dados

A análise dos resultados deste estudo foi realizada à luz da Teoria Humanística, de Paterson e Zderad. Para vivenciá-la foi necessário relembrar a linguagem dos sentidos, enfocando a visão, a audição e a percepção sensível do outro. Assim, tornou-se primordial a busca do autoconhecimento, a *preparação para o vir-a-conhecer*, tornando-nos aberta às experiências do mundo.

Iniciamos a primeira fase da Teoria com leituras de várias obras, entre as quais: *Saber Cuidar – Ética do Humano-Compaixão pela Terra* (BOFF, 1999); *Princípio de Compaixão e Cuidado* (BOFF, 2000); *Cuidar do Ser* (LELOUP, 2002); *A Oração de São Francisco* (BOFF, 1999); *Bíblia Sagrada* (1997); *A Civilização da Ternura* (MARTIRANI, 2001); *Só Coisas Boas* (MILITÃO, 2002); *A Face Oculta do Cuidar* (HUF, 2002); *A Última Grande Lição* (SCHWARTZ, 2000), que nos levaram à reflexão de nossa conduta, valores e assistência frente às necessidades do próximo.

Com filmes como: *O Amor é Contagioso*; *Um Sinal de Esperança*; *Um Ato de Coragem*; *O Óleo de Lorenzo*, os quais nos revelam a grandeza do amor ao próximo, a força da esperança em dias melhores, a busca pela realização de sonhos, a necessidade de uma convivência pacífica, de atitudes de altruísmo e da verdadeira participação em nosso mundo real como capazes de intervir e transformar a realidade, de forma a dignificar a vida e a saúde das pessoas à nossa volta.

Participamos de eventos e congressos que contribuíram para o nosso crescimento científico e interior, fundamental para vir a conhecer. Assim, houve um enriquecimento de nosso potencial humano, reafirmando nosso modo de ser e agir com o outro, especialmente ao cuidar de bebês.

A segunda fase da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, denominada o *diálogo intuitivo*, envolvendo o *encontro*, *relacionamento*, *presença* e um *chamado* e uma *resposta*, foi desenvolvida na UTIN, quando utilizamos as observações dos cuidados

realizados pelas enfermeiras e os sinais fisiológicas e comportamentais do bebê a esses cuidados. O conhecimento intuitivo das enfermeiras iniciou quando da nossa inserção no campo de estudo como pesquisadora.

Os aspectos das relações enfermeira/bebê/mãe foram registrados em busca de indícios do diálogo entre cuidador e *ser* cuidado. Alguns fatores influenciaram este encontro - a superlotação, o ambiente estressante, a falta de motivação profissional puderam de certa forma prejudicar a relação *Eu-Tu* e conseqüentemente a relação "Nós", esta a ser estabelecida com a família, amigos, comunhão ou objetos.

Principiamos procurando estabelecer uma relação empática com as enfermeiras, despojando-nos de visões preconcebidas. *Conhecendo o outro intuitivamente*, fase na qual Buber (1974) diz que, somente na medida que o *Tu* se torna presente, a presença se instaura; o instante dá-se quando existe presença, encontro, relação.

A relação "*Eu-Tu*", descrita por Buber (1974), permitiu-nos o conhecimento de cada enfermeira, numa relação solidária, observando e utilizando meios de comunicação verbal e não verbal para captar os dados objetivos e subjetivos no cuidado.

A *presença* é a qualidade de estar aberta, perceptiva, pronta, quando a enfermeira deveria se mostrar disponível cognitiva e emocionalmente. *Chamados e respostas* são entendidos como a comunicação enfermeira/bebê/mãe, quando chamam e deveriam ser respondidos de modo simultâneo. A tentativa de todo esse processo dialógico foi vivenciado através de palavras, olhares, atitudes, entonação de voz, expressões corporais e faciais.

A terceira fase do processo denominada o *diálogo científico* é quando se estabelece a relação "*Eu-Isso*" de Buber (1974). *O conhecendo cientificamente o outro* é, para Paterson e Zderad (1979), o conhecimento científico vivenciado na relação sujeito-objeto, obtendo-se algum conhecimento pela coleta de dados, permitindo a interpretação, categorização e o acréscimo desse conhecimento. É nesta etapa do saber científico que se inicia o compartilhamento de conhecimentos,

a partir de temas que emergem da experiência vivida. O conhecimento científico amplia e influencia o saber na prática de enfermagem, oferecendo subsídios para o questionamento profissional e pessoal.

A quarta fase, denominada *fusão intuitivo-científica*, foi realizada quando procuramos compreender os processos vivenciados pelas enfermeiras ao promoverem o cuidado. O conhecimento intuitivo é feito para ser refletido, pensado, discutido e, se possível, incorporado na vida, aliando-se ao conhecimento científico, para servir de reflexão (OLIVEIRA, 2001).

Uma das características da enfermagem é lidar com uma gama de emoções, tanto as inerentes a quem cuida e quem é cuidado como as que surgem como conseqüências do modo de cuidar. O cuidado de enfermagem é um sistema associativo fundamentado no coexistir, no conviver com um sistema ideológico que veicula a ciência, arte e o ideal, mantendo, contudo, as características singulares dos indivíduos (VIEIRA, 1998).

O trabalho de enfermagem, dizem Santos e Padilha (2002), possibilita que o sofrimento e a dor sejam evitados. Atenuados ou reforçados, através do cuidar e do conforto, demonstram que esta prática está impregnada de idéias de obediência, coerção, de altruísmo, de amor ao próximo, amor este que rompe com o que se chama de diferença e o faz semelhante.

Estas são atitudes da enfermeira como ser vocacionado para o cuidado integral ao ser humano, quando sente e vivencia no outro situações de dor, desconforto, sofrimento e morte, dando significado, no seu exercício profissional, à capacidade de ensejar a transformação do ato de cuidar em amor ao próximo.

## 5.2 Buscando o Diálogo

Vamos encontrar neste estudo os depoimentos de Ayel, Damabiah, Manakel, Haiael, Rochel e Yabamiah, enfermeiras, algumas delas especialistas, experientes profissionais, casadas e mães, relatando suas opiniões e vivências sobre o cuidado aos 21 bebês de risco, na sua maioria, prematuros e em ventilação mecânica assistida, neste estudo desenvolvido na UTIN.

Os anjos relatam seus sentimentos e experiências no ato de cuidar, relacionando-o com o ambiente estressante, a superlotação, a desmotivação, o cansaço que desgasta o relacionamento com a equipe multiprofissional, o paciente e a sua família; experiências que convivem com as adversidades, acompanhando o bebê na busca da recuperação de sua saúde.

Lembramos que inserir experiências pessoais que desvelam este contexto não é fácil, sendo uma forma de compromisso profissional e postura ética que os participantes deste estudo demonstraram quando se dispuseram a participar e expor de forma aberta sobre o objeto de investigação.

A análise dos dados foi se processando à medida que os coletávamos. Este processo teve seu início quando registrávamos o modo do profissional se conduzir diante do bebê de alto risco e de sua família. Analisar os dados de uma pesquisa requer uma imersão, muitas vezes, retorno ao campo, não necessariamente uma etapa solitária, mas uma reflexão sobre todo o observável.

Após a realização de cada entrevista, fizemos de imediato a transcrição para, assim, retratar o contexto entre a informante e o cenário do estudo e, logo depois, líamos todas, comparando as falas que surgiam das entrevistas, os sentimentos demonstrados em cada repetição, em cada suspiro mais profundo, em cada desejo de mudança.

Procedemos à *síntese complementar das realidades conhecidas*. Estabelecemos um diálogo entre elas, quando, então, refletindo, analisando, passamos a identificar e codificar os discursos, buscando convergências que pudessem construir categorias conceituais, padronizando, assim, o perfil do cuidado

realizado pelas profissionais. Paterson e Zderad (1979) afirmam que neste ponto a enfermeira sintetiza duas ou mais visões de enfermagem, envolvendo suas similaridades e diferenças e destas alcança uma visão ampliada.

A quinta fase da Teoria, *a sucessão do múltiplo para a unidade paradoxal*, foi o momento em que consideramos as relações entre as visões múltiplas, a visão das enfermeiras no início do estudo e a visão adquirida após o estudo. Compreende, segundo Paterson e Zderad (1979), a perfeita comunhão de objetivos entre as pessoas, pressupondo conhecimento e sentimentos comuns.

Com efeito, para que se possa desenvolver uma assistência baseada em atitudes humanizadas, preservando a individualidade e a singularidade do ser, são necessárias condições estruturais e funcionais que facilitem a realização plena do trabalho profissional seguro e eficaz, atendendo assim, ao chamado do RN.

O ambiente da UTIN é local marcado pela tecnologia, onde profissionais atarefados convivem e dividem o espaço com os bebês e com os vários equipamentos necessários para o suporte de suas vidas. Por muitas vezes, este ambiente é permeado de intercorrências e situações estressantes vivenciadas por todos da equipe multiprofissional de saúde. Estas situações provocam um desgaste físico e emocional nos profissionais, podendo fazê-los assumir posturas e apresentar atitudes não condizentes com seu papel de cuidador.

Um relacionamento envolto de atitudes humanas e demonstração de respeito, e de comunhão com os sentimentos e a dor do paciente, é esperado de todos os profissionais que cuidam. Saber que este cuidado humano não é presenciado em todos os momentos ou, pelo menos, nos momentos mais importantes do cuidado, traz angústia e preocupação sobre a verdadeira finalidade da assistência prestada.

Assim, neste ambiente, quase sempre barulhento, bastante iluminado e agitado, observamos os anjos, procurando desempenhar sua função. Encontramos, algumas vezes, absorvidos em seus próprios problemas, no seu cansaço, na falta de motivação.

Contudo, nos surpreendemos quando observamos um sorriso, um toque por entre lágrimas cheias de entusiasmo, na presença de sinais de recuperação; fé partilhada com mães esperançosas no poder do cuidado diferenciado.

### 5.3 A Emergência dos Temas

O objeto de estudo foi fortalecido pela descrição reflexiva das temáticas extraídas dos discursos das participantes, baseados em Bardin (1979), a saber: **humanização, sensibilização, conscientização e cuidado**. Da temática humanização, emergiram as categorias **a humanização e a enfermagem, a humanização e o cuidado ao bebê e a família**; da temática sensibilização, as categorias foram **educar para humanizar e sensibilização ao cuidado do bebê**; na temática conscientização, emergiram as categorias **cuidando do cuidador, a realidade do ambiente e a atuação da enfermeira na UTIN**; na temática cuidado, a categoria foi **cuidado mecanizado**.

**Temática:** Humanização

**Categoria:** A humanização e a enfermagem

Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos humanos na intervenção em saúde. Conforme Bueno (2000), é dar condição humana, é civilizar.

De acordo com Paterson e Zderad (1988), os elementos da estrutura para a enfermagem humanística podem ser descritos como incorporar os homens (neste estudo, o bebê e a enfermeira) em um encontro (ser e tornar-se) dirigido a uma meta (nutrir bem-estar e o vir-a-ser), em uma transação subjetiva (estar com e fazer com) ocorrendo no tempo e espaço (como medidas e vividos pelo bebê e a enfermeira) em um mundo de homens e coisas.

*... o trabalho de humanização no berçário cresceu bastante, porém ainda não é o idealizado por aquelas pessoas que lutam pela sua implantação (Ayel).*

*... a humanização veio só para melhorar o serviço (Damabiah).*

*... o profissional vai ficar mais satisfeito por ter desempenhado seu trabalho, por ter havido sucesso (Haiael).*

*... a assistência humanizada é uma forma melhor de tratar a criança e a partir daí, podemos ver os resultados melhores (Yabamiah).*

*... o cuidado humanizado vem desde a portaria até chegar na nossa UTI... temos que trabalhar a casa toda (Rochel).*

Dentre as profissões da saúde, a enfermagem é a que está mais próxima do paciente e a enfermeira, em tese, deveria estar zelando pela sua assistência, mas sua ausência da assistência direta ao paciente ou da sistematização desta, torna o trabalho da equipe, muitas vezes, mecânico e padronizado. Esta ausência decorre das tarefas administrativas, burocráticas e, principalmente, do distanciamento dos ideais de humanização na assistência ao paciente, aquele que é sua razão de existir (MIRANDA, 2003).

A enfermagem, na maioria das vezes, atua mais em uma abordagem física da doença, transformando o paciente em um número de leito, numa enfermidade (VENUSO, 2001). Foi salientada a urgência em humanizar o ambiente, não só da UTIN, mas de todo o hospital, com o envolvimento de todos os funcionários. Sabemos que humanizar é adotar uma prática em que profissionais e pacientes são considerados em aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar é repensar as práticas das instituições de saúde, buscando opções de formas diferentes de atendimento e trabalho, é assumir uma postura ética de respeito ao outro.

Segundo Rolim (2003), a humanização prevê um encontro entre a equipe de enfermagem e a pessoa doente em que a condição essencial é a vontade de encontrar e de ser encontrado. O encontro pressupõe escuta, olhar, contato claro, aberto e amoroso.

Quando cuidamos de um RN de alto risco, muitas vezes, sentimos noções que nos envolvem. Buscamos novos desafios de ampliar a vida. A qualidade de vida, novos conhecimentos e uma observação maior norteiam as modificações do cuidado que se embasam na avaliação comportamental do bebê, a qual atentamos para os sinais de retraimento e organização. Esta busca por uma interação dará mais tranquilidade e bem-estar ao bebê e à profissional que dele cuida (BRASIL, 2002).

Portanto, é necessário que a enfermeira repense sua caminhada como cuidadora, pois o seu afastamento do bebê traz conseqüências graves, pelo que esta profissional deixa de oferecer em benefícios a ele, podendo significar a diferença entre uma assistência danosa e uma adequada, verdadeiramente humanizada.

Dar este atendimento não requer, necessariamente, dedicar mais tempo ao bebê, e pode ser aproveitado na realização de um procedimento qualquer para dirigir-lhe palavras de conforto, segurança e carinho.

Pelos discursos, podemos identificar o desejo das enfermeiras em reaver a humanização, na dinâmica da assistência e no fortalecimento das relações interpessoais, bem como no aprimoramento dos sentimentos internos. Temos a certeza de que, com a sensibilização dessas cuidadoras para o cuidado humanizado, muitas metas serão alcançadas, assim como a satisfação pessoal e a motivação profissional.

Entendemos que a humanização não acontece rápido, de modo mágico, é um ideal que deve ser trabalhado e desenvolvido de acordo com os interesses de uma pessoa ou grupo. É um processo vivencial, em que a enfermeira, através de uma assistência individualizada, avalia cada paciente para amenizar seu sofrimento.

Segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermeira pode proporcionar um verdadeiro encontro com o bebê através do processo clínico da relação *Eu-Tu* e *Eu-Isso*, acontecendo em qualquer momento do cuidado quando sua *presença* é necessária ou é solicitada por ele através do *chamado*.

**Categoria:** A humanização e o cuidado ao bebê e à família

As relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas protótipos de todas as relações sociais futuras, e devem ser reconhecidas pelos profissionais como um *moto-contínuo*, buscando um relacionamento único, uma ligação afetiva entre duas pessoas. Cabe à equipe apoiar e promover condições para que os pais possam ver, tocar seu bebê, proporcionando um ambiente acolhedor (BRASIL, 2002).

*... o prolongamento da humanização, poderia ser um envolvimento com a família (Manakel).*

*... o cuidado humanizado é tão importante tanto para a criança como para os familiares (Haiael).*

*... aprendemos que temos que ouvir mais ... a confortar, a sorrir e até a chorar, fazendo com isso uma partilha de sentimentos de perdas, alegrias, tristezas com a família (Ayel).*

*... com o cuidado humanizado todos vão ganhar, quer dizer, os pais vão sair mais satisfeitos, o bebê poderá sair o mais rápido possível aqui da unidade (Haiael).*

*... acredito que a gente precisa se envolver mais com o lado humanitário, se envolver mais com as pessoas, com os familiares, com o próximo (Manakel).*

A humanização é entendida por Mezzomo (2002) como o fortalecimento do comportamento ético de articular o cuidado técnico-científico com o inconsolável, o diferente e singular, é ressaltar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos.

Este tema foi referendado pelas informantes como elo para a melhoria do serviço e das relações interpessoais e necessidades primordiais do recém-nascido e sua família. Costenaro (2001) lembra que, em se tratando de crianças internadas em UTIs, tanto a hospitalização como a doença são experiências dolorosas para ela e para os pais e a comunicação franca entre eles e a enfermeira ameniza a ansiedade gerada nos pais e alivia o sofrimento do bebê, pelo desenvolvimento de uma assistência conjunta.

Os pais, muitas vezes, estão ausentes e podem ser considerados intrusos na UTIN, tendo como justificativa os riscos de infecção a que os bebês estão sujeitos. Assim, durante muitos anos, as famílias desses RN's foram ignoradas e afastadas de seu convívio por normas rígidas dos berçários.

A humanização da UTIN se faz urgente, através de estratégias que primem pela maior interação deles. O bem-estar do RN está atrelado a ficar junto com os pais, receber carinho e afeto, ser tocado, amamentado, ser cuidado. O contato pele a pele, a escuta benevolente, o acolhimento do bebê através da fala tudo isso, é indispensável.

Torna-se imprescindível a sensibilidade da enfermeira que assiste esse bebê, para que, com estratégias e conhecimentos científicos, favoreça uma atenção humanizada onde sua qualidade de vida esteja implícita ao planejar uma metodologia de assistência em que o cuidado humano transcenda o tecnicismo, para que as necessidades da família sejam respeitadas, possibilitando assim que os pais tenham o direito de cuidar de seu filho.

A enfermeira pode orientar a família respeitando seu modo de agir, seus valores, suas decisões. Paterson e Zderad (1979) revelam que somente o ser humano pode descrever ou escolher o desenvolvimento do projeto representado por ele mesmo em sua situação.

É fundamental que a família seja orientada quanto à real situação de saúde do bebê, enfatizando suas melhoras e a importância da continuidade do seu tratamento.

Segundo estudos recentes, uma ligação forte e segura com os pais parece ter uma função biológica protetora, ficando o bebê resguardado dos efeitos adversos do estresse. Entre estes, Klaus, Kennel e Klaus (2000) referem que, quando um bebê de baixo peso é tocado, embalado, acariciado e abraçado diariamente ou se conversamos com ele durante sua permanência na UTIN, sua recuperação será mais rápida e eficiente.

Esta é a atitude a ser tomada pela enfermeira. Através de uma acolhida carinhosa, a enfermagem se mostra como um diálogo vivo, percebendo no olhar uma palavra contida pela angústia do desconhecido. Assim, os pais ficarão mais próximos, tocando e cuidando do seu bebê até o momento em que o possam acolher de forma mais íntima. Estudos mostram que os sentimentos amorosos e

únicos dos pais pelos seus bebês iniciaram ou aumentaram depois que eles puderam ter um momento tranquilo e privado junto a este (OLIVEIRA, 2001).

Uma enfermeira atenta às necessidades dos pais percebe, através de observações verbais ou não, os sentimentos e atitudes por eles tomadas, procurando compreendê-los, não assumindo uma postura crítica, mas de agente transformador, transmitindo a eles uma visão realista, favorecendo sua participação na recuperação da saúde do seu filho.

Observamos, na fala das participantes, a necessidade de estender seu olhar para os bebês, percebendo-os como pessoas que fazem parte de uma família. Perceber e compreender seus chamados, respeitá-los, vê-los vulneráveis, tendo noção de nossos limites, é uma arte; resulta esta percepção, esta arte, em um ser que recebe um cuidado digno de um profissional pleno (BARROS; MICHEL; LOPES, 2002).

A convivência enfermeira/família/bebê se torna, muitas vezes, difícil, pois é intercalada com rotinas diárias cansativas, mas necessárias para a recuperação da saúde do bebê, que tem seus pais inseridos neste âmbito, pois procuramos integrar nosso pequeno paciente nessa família, visando assim à promoção da saúde física, psíquica e espiritual de todos.

Existe uma urgente necessidade de acolhimento dos pais do bebê na UTIN, para a formação do vínculo familiar, reavendo o espaço da enfermeira como educadora, agente de mudança, gerando maior saber e confiança em seu desempenho profissional. Acreditamos ser uma maneira de fortalecimento da autoestima dessas cuidadoras, trazendo a elas disposição para o aprendizado de novas habilidades e enfrentamento de seus problemas, buscando, enfim, novas opções.

Pudemos perceber que as enfermeiras, muitas vezes, gostariam de ter compartilhado com a família do bebê suas vivências e sentimentos em relação à sua doença e tratamento, colocando-se como *presença*, disponível para ouvir e confortar, mas foram, muitas vezes, impedidas pelo ritmo acelerado do trabalho. Paterson e Zderad (1979) afirmam que assim como a enfermeira vê possibilidades nos familiares do bebê, a família também a vê como possibilidade de ajuda, conforto e apoio.

**Temática:** Sensibilização

**Categoria:** Educar para humanizar

Sensibilizar-se é tornar-se capaz de sentir, de receber facilmente as sensações externas. É tornar-se emotivo (BUENO, 2000).

É indispensável aprender a cuidar melhor do ser humano, mas cuidá-lo em todas as suas dimensões, não só cuidar de seu corpo, escutar seu coração. É também necessário cuidar de suas emoções, promover a busca da felicidade.

*... acredito que a gente precisa sofrer alguma modificação (Manakel).*

*... se nós pudéssemos pelo menos três vezes por mês, ter alguma palestra para sensibilizar (Rochel)*

*... às vezes, as pessoas não fazem, não porque não queiram, mas, porque não são preparadas para prestar uma assistência humanizada (Yabamiah).*

*... aprendemos através de cursos e conversas com profissionais engajados no trabalho de humanização a ver o bebê e sua família como seres humanos diferenciados, que não necessitam somente de cuidados técnicos, mas de carinho, conforto, toque suave e seguro (Ayel).*

*... o atendimento humanizado não acontece da noite para o dia, você tem que treinar estas pessoas (Rochel).*

Quando as pessoas descobrem por meio da reflexão e da autocrítica que são frágeis, carentes e necessitadas de crescimento, ajuda e compreensão, tornam-se favoráveis à humanização no relacionamento, assumindo uma postura aberta ao aprendizado.

A mudança cultural requer uma forma de conversão, mudança do rumo mental em vista de uma transformação de comportamento relacional. É preciso, então, se educar, adquirir novas maneiras de cuidar (MEZZOMO, 2003).

Tentamos compreender a prática profissional das enfermeiras atuantes na UTIN que pregam o cuidado ao bebê como ser biopsicossocial e, em seus relatos,

consideram o ambiente estressante, mecanizado, às vezes desumano, afirmando que tentam compreender a situação do bebê em um sentido mais abrangente.

Observamos também suas emoções percebidas diante da busca de novas condutas no desenvolvimento dos procedimentos diários. As enfermeiras relatam pretender recuperar sua face humana, mesmo na presença de sofisticados equipamentos de cuidar.

Explicitam a importância da conscientização do cuidador em querer *estar com* e cuidar de forma humanizada do bebê e de sua família, vendo-os de maneira integral e respeitando sua individualidade e singularidade.

A nossa experiência cotidiana, no exercício de atividades profissionais, nos permite inferir o quanto são fundamentais estes conhecimentos e a forma como ele vai buscando seu caminho. Ressaltamos que a implementação das medidas associadas à atenção humanizada ao RN, tanto pela enfermeira como por outros profissionais, suscitará amplas mudanças no comportamento destes, que se tornarão evidentes na melhoria da qualidade do cuidado prestado. Logo, a pessoa não é objeto de experiências. Através de procedimentos ou rotinas, ela é sujeito e razão de ser de todo o tratamento que lhe é oferecido e deve ser tratada com o máximo de respeito.

Os relatos mostram que algumas enfermeiras não se encontram preparadas para o diálogo com o bebê, para o cuidado humanizado. Segundo Paterson e Zderad (1979), no diálogo genuíno, a enfermeira humanística entra em harmonia com o ritmo do diálogo e, ao aperceber-se da oportunidade de seu desenvolvimento, adequa o ritmo do seu chamado e resposta à capacidade do paciente para chamar e responder naquele momento. É o *estar-com* e no *fazer-com* da enfermeira com o bebê no cuidado.

Para produzir humanização, não basta uma abordagem intelectual, pois a eficácia só ocorre se o tema for conhecido claramente, assimilado e vivenciado na prática, sendo necessário identificar as barreiras humanas e institucionais, que impedem transpor o ideal teórico para a prática cotidiana.

Percebemos que as participantes vivem há muito tempo momentos de angústia e excesso de trabalho. Se as enfermeiras tiverem oportunidade de construir conhecimentos sobre cuidados com a manipulação, postura, som, luminosidade, estresse e dor sentidas pelo bebê, enriquecerão sua assistência, pois, ao adquiri-los, se permitirão mudanças de paradigmas, levando-as a uma nova prática.

Observamos nos sentimentos das enfermeiras a importância de participação em cursos e palestras que as sensibilizem ao trato do bebê como ser holístico, não fragmentado. Sabem que em muitas de suas posturas procuram proteger seus verdadeiros sentimentos, e a dificuldade de vivenciar a assistência frente às próprias perdas, em um ambiente estressante, o qual as exaure; portanto, urge entre elas a necessidade de uma continuação desses encontros.

Consideramos esta necessidade, quando em 2001, organizamos cursos para sensibilização da equipe de enfermagem com objetivos específicos, tais como ajudar a cuidar de bebês de alto risco, ensinando a desenvolverem estratégias para lidar com tensões do ambiente de trabalho e trabalhar com o tempo mais efetivamente. Estávamos empenhada em aprimorar a dinâmica do cuidado, levantando questionamentos que indicassem caminhos para uma discussão sobre as condutas da equipe e uma maior conscientização de suas atribuições no âmbito hospitalar, pautada na prática humanística.

No desenvolvimento dos cursos, utilizamos dinâmicas que promovem o acolhimento, sensibilização e valorização do ser humano; exposição teórica das rotinas e normas que regem o cuidado nas unidades que assistem o bebê de risco e métodos de humanização da assistência.

Há de se entender, pois, que cuidado humanizado é caracterizado pela redução de eventos perturbadores na manipulação do bebê por parte das enfermeiras, sendo que os cuidados rotineiros, muitas vezes, são os que mais o desorganizam, quando são excessivos, causando muitas vezes dor, estresse e desconforto. A necessidade de sensibilização é sentida pelas enfermeiras como de grande importância, pois devem planejar os procedimentos, individualizando-os e priorizando o horário de sono e repouso do bebê.

Considerando a busca e entendimento do que é humanização da prática, algumas participantes destes cursos relataram dificuldades relacionadas à insatisfação, à sobrecarga de trabalho, ao estresse, sendo considerados resultados de tensões estruturais e sociais, que desencadeiam sensações de desajuste e de desencanto próprio da insatisfação do fazer, do sonho não realizado, do cuidado incompleto.

O trabalho realizado em grupo apresenta nuances significativas para o crescimento coletivo, melhorando a auto-estima, na responsabilidade com deveres pessoais, profissionais, no respeito ao outro, no cuidado, essência da arte da Enfermagem. "Sem o cuidado o ser humano definha e morre" (BOFF, 1999).

Por isso, o fortalecimento emocional dos membros da equipe de enfermagem se faz necessário, para que todos sejam atendidos como ser composto de sentimentos, capazes de mesclar em sua rotina de trabalho a tecnologia e o carinho.

#### **Categoria:** Sensibilização ao cuidado do bebê

Sensibilização é, segundo Bueno (2000), tornar sensível, comover, impressionar vivamente. A sensibilização está presente na fala das participantes como influência para uma nova postura dos profissionais do cuidado na UTIN, ocasionando mudanças no modo de percepção do bebê e de sua família.

*... temos que ouvir mais, confortar, sorrir, chorar, partilhar sentimentos (Ayel).*

*... hoje a gente procura combater a questão do excesso da iluminação, do excesso de vozes, do barulho dentro da unidade, porque sabemos que tudo isso afeta no comprometimento do bebê (Haiael).*

*... a criança assistida com mais carinho, atenção, com o toque, fica mais segura, e vemos no dia-a-dia que a criança evolui melhor (Yabamiah).*

*... temos que aprimorar cuidados e observações para com eles, tentar descobrir quando está com frio, quando está com calor, quando incomoda, quando está chorando, e uma série de outras (Manakel).*

Foi explicitado que o profissional, mesmo na presença de um ambiente stressante, necessita ser sensibilizado quanto ao manuseio, ao excesso de luz e de arulho, fatores estes havidos como prejudiciais à recuperação do bebê. Foi também citada a necessidade de o cuidador se comover com a necessidade do outro.

As intervenções devem ser planejadas e realizadas de maneira segura e arinhosa. O banho, a troca de lençóis e fraldas, as posturas terapêuticas, enfim, os cuidados rotineiros tornam-se aliados para o ganho de peso, propiciando bons resultados clínicos, através de respostas comportamentais e fisiológicas.

Aqui, a sensibilização está relacionada com a visão holística que busca a compreensão do homem em sua singularidade e totalidade. A humanização e a sensibilização andam juntas, vislumbram reflexões e mudanças de postura e comportamentos, trazendo respeito e dignidade ao homem. O ato de ouvir é percebido como ação terapêutica; o amor ao bebê faz com que o profissional usque habilidade em perceber suas expressões e traduzi-las em forma de cuidado.

Segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermeira deve ajudar o paciente a tornar-se o mais humanamente possível em uma situação particular de sua vida, ou seja, a *vir-a-ser*, quando a enfermeira dirige o seu cuidar a este bebê, vendo-o em sua totalidade, buscando maneiras de valorizar o seu potencial, considerando suas limitações e imaturidade psico-biológica. O interesse da enfermeira não deve estar direcionado apenas ao seu *bem-estar*, mas também ao seu *estar-melhor*.

Conforme Miranda *et al.* (1997), é tarefa da enfermeira decodificar, decifrar e perceber a significação da mensagem que o paciente nos envia para poder estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as necessidades demonstradas por ele. Assim, é de suma importância se conhecer e estar atenta à comunicação verbal e não verbal emitida pelo bebê e por nós durante o desenvolvimento do cuidado.

As enfermeiras relatam que necessitam não apenas utilizar a fala para se comunicar, mas também ouvir e perceber as atividades subjetivas do bebê. É relevante ressaltar que o ato de saber ouvir requer da enfermeira esforço de

concentração, disponibilidade de tempo para se dedicar ao bebê e reflexão para tentar entender o significado da mensagem que ele transmite.

O estresse e a dor sofridos pelo bebê, causados, muitas vezes, pelo manuseio excessivo, pela sonoridade inadequada e pela luz intensa no ambiente da UTIN, trazem à enfermeira e ao bebê momentos de angústia. Estes agravantes do ambiente deverão ser diminuídos, proporcionando maior conforto, sensação de segurança e bem-estar ao bebê e à profissional que dele cuida.

Ao nascer em ambiente tranqüilo, de luminosidade diminuída e manuseio reduzido, o bebê começará a assimilar seu novo mundo de forma singularmente humana; seu corpo, quietinho, se amoldará ao de sua mãe, suas mãos a tocarão e seus olhos abertos e brilhantes a fitarão. Assim, segundo Klaus e Klaus (2001), será uma das primeiras respostas do bebê, pois estará em estado de consciência *tranqüila*, mas alerta. Este estado o favorece a assimilar grande parte de seu ambiente, adaptando-se a ele.

Os autores relatam que, durante o estado de alerta *ativo*, o bebê fica muito diferente, movimenta-se freqüentemente, olha ao redor, mexe os braços, as pernas, o corpo ou o rosto; podem ser estes movimentos pistas que demonstram a todos do que está precisando. Já o estado de choro, é uma maneira óbvia de demonstração de fome, desconforto ou solidão.

Manter sintonia e interação com o bebê durante os cuidados planejados permitirá a ele bem-estar, podendo levar a enfermeira a escolhas do cuidado no qual tudo pode ser humanamente possível para estar-melhor.

A criança recebe influência do meio ambiente, nos vários contextos que exibem as pessoas e seus gestos, sons e movimentos, sendo o estímulo importante como eixo para prover seu bom desempenho afetivo, cognitivo, psicológico e social (CARDOSO, 2001).

Notamos que as enfermeiras participantes do estudo estão, no discurso, sensibilizadas com o contexto ambiental da UTIN e refletem preocupação com a interseção dos sons, da luminosidade e a saúde do bebê de risco.

A presença constante da enfermeira ao lado do bebê é muito importante para a realização de atividades de rotina e também ofertar apoio, confiança e tranquilidade. Não podemos direcionar nossos conhecimentos somente ao funcionamento dos equipamentos, pois o conhecimento mais amplo do pequeno ser a quem devotamos nossa assistência é primordial. Este pensamento deve ser constante e buscar a sua execução faz a equipe cuidadora mostrar o seu empenho na prática do cuidado humanizado.

Waldow (1998) diz que esta preocupação com o outro é uma forma de compromisso com o estar-no-mundo e contribuir para o bem-estar geral, na preservação da dignidade humana e da nossa espiritualidade, contribuindo na construção do conhecimento, da vida.

**Temática:** Conscientização

**Categoria:** Cuidando do cuidador

A conscientização, segundo Bueno (2000), é o atributo pelo qual o homem pode conhecer e julgar sua própria realidade. É poder demonstrar a importância de mobilizar suas energias para superar crises causadas pela dificuldade de lidar com pacientes com risco de vida.

Cuidar de quem cuida também necessita de estabelecer melhores condições de trabalho. A humanização da assistência hospitalar tem a missão de revelar os valores que constituem o ser humano, como pessoa, de uma forma abrangente e completa, e vem sendo estudada de forma mais organizada e acentuada nos últimos anos, haja vista a preocupação das instituições com a qualidade do serviço, do atendimento e de vida no trabalho (MEZZOMO, 2003).

*... o cuidador tem que estar equilibrado para exercer o cuidado, as instituições tem que investir no cuidador (Damabiah).*

*... precisamos de um estímulo, nós poderíamos fazer mais (Manakel).*

*... é preciso mais recursos humanos, mais compromisso (Yabamiah).*

*... eu vejo que nós nos distanciamos do paciente, há uma sobrecarga de trabalho... (Manakel).*

*... dar um atendimento de qualidade, atendimento humanizado, na UTIN com 12 leitos, 01 enfermeira e 03 auxiliares, fica muito difícil (Rochel).*

*... mas quem está mais consciente desse cuidado, desta forma, infelizmente é o pessoal da enfermagem, a equipe médica ainda está muito a desejar em termos de consciência da importância desses cuidados humanizados (Haiael).*

*... com tantos anos de trabalho, a gente vai se desgastando, eu já tenho 12 anos de UTIN e tudo me irrita, me irrita principalmente a zoada (Haiael).*

O tema conscientização é relacionado pelas participantes como uma consciência crítica perante sua atuação profissional. Lembramos Freire (2003), quando retrata a prática reflexiva como decorrente de uma educação transformadora embasada no diálogo do exercício da consciência crítica, buscando mudanças de uma realidade que não contente as pessoas envolvidas no processo. Vemos a conscientização como significado de auto-avaliação, crítica e reflexiva, tentando uma maneira de melhor cuidar de seu paciente.

A enfermagem é conhecida como a ciência e a arte de cuidar dos seres humanos e suas necessidades básicas, afirmação de Zamberlan e Costenaro (2001) que é cada vez mais ressaltada hoje em dia.

Podemos perceber nos discursos das participantes a vontade dos profissionais em melhorar a assistência aos bebês, a implementação do cuidado humano; o desejo de transformação de mudança existe, embora possa nos observar os entraves para iniciar-se a humanização do cuidado.

A enfermeira, por também desempenhar atividades de educadora, deve participar e incentivar as mudanças necessárias para que o cuidado de enfermagem dignifique o homem, nas situações de saúde e de doença. Para tanto, enfermeiras de serviço de saúde, interagindo a partir de uma mesma filosofia de trabalho, argumentando sobre atitudes legais e éticas da profissão e articulando esse conhecimento, certamente, estarão contribuindo significativamente para a

construção de paradigmas para o cuidado, particularmente com relação a crianças recém-nascidas, objeto deste estudo.

Lembramos que as dificuldades institucionais, das relações entre chefias e os diferentes membros do *staff*, as dificuldades dentro da equipe relacionadas com plantões diferentes, deficiência de recursos humanos e com a interação dos profissionais provocam conflitos no relacionamento. Estes conflitos podem ser agravados pela falta de motivação e prazer na realização das atividades necessárias para o cuidado de bebês.

Alguns profissionais atuantes na UTIN acreditam que o conhecimento científico é suficiente para qualificá-los e a sua assistência; tratar bem um bebê não é apenas medicá-lo corretamente. É dar uma atenção merecida e esperada por todo ser humano. Carinho não se fabrica, ele passa de uma pessoa para outra como ato de amor e solidariedade. Esta é uma aflição vivenciada pelas enfermeiras quando se encontram na presença de outros profissionais que tenham atitudes frias e quando da realização de procedimentos que consideram não urgentes em determinados momentos e que provocam desconforto e dor no bebê.

Trabalhando em uma UTIN, as enfermeiras vivenciam uma rotina estressante de trabalho permeada de intercorrências referentes à complexidade do serviço relacionada às situações críticas dos pacientes ali internados e que necessitam não só de cuidados dirigidos ao seu estado fisiopatológico, mas também de cuidados referentes às questões psicossociais, ambientais e familiares.

É importante reservar espaço para discussões de situações vivenciadas diariamente, de maneira a se aperceber e fortificar as emoções dos membros da equipe, pela utilização das dinâmicas grupais, acompanhadas por profissionais capacitados, que objetivam avaliar suas atividades e relacioná-las com distúrbios psicossomáticos apresentados por estas enfermeiras.

Investir no cuidador implica direcionar ações que objetivem um convívio cada vez mais humano, promovendo o trabalho em equipe com habilidade, dedicação profissional, e competência técnica.

**Categoria:** A realidade do ambiente

O ambiente (mundo real) está relacionado a qualquer situação em que ocorra o fenômeno da enfermagem. O *mundo real* da enfermeira e do paciente está presente na relação e compreende o mundo das relações com homens e coisas e o mundo interior (PATERSON; ZDERAD, 1979).

*... é preciso um trabalho sobre conscientização do barulho (Damabiah).*

*... hoje a gente procura combater a questão da iluminação...dentro da unidade, porque sabemos que isto afeta o bebê ... o estresse causado pelo ambiente e pelos procedimentos agrava cada vez mais o problema de saúde do bebê (Haiael).*

*... muitas vezes, devido o ambiente ser muito estressante, pensamos ser difícil torná-lo mais humano (Yabamiah).*

*... o ambiente, às vezes, não ajuda, é muito barulho (Damabiah).*

A atenção das enfermeiras é direcionada ao impacto que o ambiente estressante da UTIN pode causar a todos que ali estão. Cabe a estas cuidadoras identificar, ouvir as respostas do bebê ao estresse. Os níveis de barulho podem atingir o frágil sistema auditivo do bebê, assim como interferir em seu sono e repouso, levando-o à fadiga, agitação, irritabilidade e choro, trazendo possíveis conseqüências de ordem física e emocional.

Existe também uma preocupação quanto ao excesso de luminosidade; é perceptível às enfermeiras seus efeitos nocivos, embora não tenhamos observado, na maioria das vezes, uma atitude concreta quanto à diminuição da luz no ambiente. Demonstraram, sim, cansaço, desânimo e irritação com a dinâmica da Unidade, não ensejando transformações em sua realidade.

Segundo Bauk (1985), o estresse representa um conjunto de reações físicas, químicas e mentais do nosso organismo e circunstâncias que excitam, amedrontam, confundem, nos põem em perigo ou nos irritam.

Apesar dos avanços tecnológicos, a concentração na atenção ao bebê e, a necessidade da constante busca do conhecimento para o aperfeiçoamento no

cuidado faz com que a enfermeira dispense pouca ou nenhuma atenção consigo mesma. No grupo, observam-se dificuldades cada vez maiores dessas profissionais suportarem a carga de trabalho geralmente pesada, proporção inadequada de bebês por profissional, turnos rotativos, manipulação de substâncias tóxicas, e presença de fatores de risco de natureza diferente. Outra dificuldade é quanto à delegação de tarefas, cuja característica de personalidade não contempla iniciativa nem capacidade de liderança, resultando em sentimentos de fracasso e, conseqüentemente, estresse.

Bianchi (1993) refere que profissionais de enfermagem manifestam algumas alterações comportamentais em conseqüência das más condições de trabalho, podendo causar desequilíbrio na qualidade e na quantidade de tarefas, levando à ocorrência de erros, causados pela diminuição da atenção e de concentração, promovendo uma desumanização do cuidado aos pacientes e um desequilíbrio das relações interpessoais com a equipe de saúde, surgindo também problemas relacionados ao absenteísmo e falta de motivação.

Assim, a UTIN é vista como um ambiente desgastante, estressante e tenso, onde, muitas vezes, há dificuldade de prestar a humanização do atendimento do bebê e de sua família. A sua dinâmica é marcada pela tecnologia, pois enfermeiras sempre atarefadas dividem o espaço com os bebês e equipamentos utilizados para oferecer o suporte de suas vidas.

As enfermeiras consideram a assistência ao bebê de alto risco muito importante, exigindo delas muita responsabilidade, cabendo-lhes não a resolução de tarefas de forma rápida e eficaz, mas também a percepção de todo o estresse por que o bebê passa e contorná-lo da melhor forma possível. Admitem ser um atendimento complexo e desgastante, exigindo delas completa dedicação.

Brasil (2002) descreve um dos fatores - a superlotação - que dificulta o desenvolvimento da assistência de enfermagem, pois, com o excesso de bebês graves, fica evidente o desgaste físico para a equipe, acarretando, em grande parte das enfermeiras e auxiliares de enfermagem, alterações como hipertensão arterial, perdas auditivas, distúrbios vasculares e obesidade, que são representantes típicos de sinais de cansaço. Cita também que, após anos de trabalho, os profissionais

apresentam sintomas emocionais, como depressão, e sintomas comportamentais, como irritabilidade com familiares do RN, com colegas da equipe ou mesmo relacionadas com as atividades de rotina. Segundo Ribeiro (1993), o estresse pode ocorrer quando se trabalha em ambientes onde é preciso conviver com a dor, a morte, o sofrimento, a separação e o surgimento da vida.

Neste quadro, percebemos situações de estresse e onde encontramos algumas enfermeiras apresentando sinais característicos de algumas etapas da síndrome "burnout", que, segundo Brasil (2002), é representada pela perda da motivação para um envolvimento criativo com o trabalho e que pode ser expresso por meio de sintomas físicos, emocionais e comportamentais - é o estresse já instalado, em fase crônica.

Temos, ainda, observado algumas profissionais reclamando com frequência das condições de trabalho relacionadas com a deficiência de pessoal, sobrecarga de serviço e situações outras que lhes ocasionam maior tensão. Esse modo de trabalhar predispõe a um distanciamento da enfermeira dos demais profissionais, dos familiares do bebê e do próprio bebê.

A UTIN é um lugar de aprendizagem, de sofrimento, contudo, também de esperança; onde a superlotação, o barulho das falas e procedimentos e a iluminação intensa são quase uma constante; Lugar em que a enfermeira trava diariamente uma luta entre a vida e a morte.

#### **Categoria: A Atuação da Enfermeira na UTIN**

A revolução do saber/fazer da enfermagem em UTIN é considerada como algo importante, mas o seu uso não pressupõe necessariamente uma assistência com o significado de eficiência e qualidade, pois nem sempre é comprovada ou mesmo avaliada; a tecnologia vem atuar como legitimadora do ato profissional e da instituição que a utiliza, passando a adotá-la até como um critério de avaliação de qualidade dos serviços de saúde prestados no ambiente hospitalar (BASTOS 2002).

*... nós enfermeiras em especial, a gente não desenvolve somente nossas atividades, que é o cuidar, nós temos outras tarefas, que não nos dizem respeito (Manakel).*

*... todos querem tudo a tempo e a hora, exames, gasometria, raios-X, tudo tem que ser feito naquele instante, então todas essas desvantagens tornam difícil esse trabalho de humanização (Ayel).*

*... aqui trabalhar na UTIN, requer muito do profissional... a gente tem mil e uma atribuições (Roche).*

*... a gente acaba ficando superatarefada, acaba ficando estressada desse lado que é o cuidar e também da família que é de extrema importância (Manakel).*

O trabalho da enfermeira é indispensável, pois ela une o conhecimento científico à realidade e à prática da UTIN. Com efeito, pode reconhecer as necessidades do bebê e planejar sua assistência. A enfermagem é uma profissão humanística, que se completa no trabalho multiprofissional. A nossa realidade traz preocupações, pois somos conscientes do nosso compromisso com o ser humano global, dotado de sensibilidade, necessitando de carinho, atenção e amor.

A importância da qualidade da assistência da enfermeira em uma unidade de terapia intensiva baseia-se no planejamento e organização do serviço, seguindo normas estabelecidas em documentos que regulamentam esse serviço hospitalar. Estes destacam o planejamento como possibilidade para transformar a realidade, envolvendo questões como: gerenciamento, participação, recursos humanos e a transformação (SILVA, 2000).

Como a equipe de enfermagem permanece 24 horas junto ao bebê, deve, além de receber treinamentos para prestar cuidados especializados, promovê-los de maneira carinhosa. Temos que buscar tranquilidade, sossego e paz para podermos transmitir nossos conhecimentos científicos, em um ambiente estressante, onde diversos procedimentos são realizados continuamente.

O trabalho da enfermeira é intenso, pois, além de ser responsável pela avaliação dos chamados do bebê, também deve preocupar-se com a qualidade dos recursos disponíveis para responder a estes chamados.

Promover uma assistência na UTIN exige da enfermeira conhecimento e responsabilidade, estando o cuidado permeado de tecnologia e bebês graves. Aqui, além da competência, são exigidos da enfermeira integração de informações, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades, propiciando uma condição de homeostasia, tanto no atendimento biológico como no psicológico (RODRIGUES; COSTENARO, 2001).

Cabe também às enfermeiras possuir conhecimento técnico-científico, amor a sua profissão, *estar-com* o bebê, saber ouvir, ter liderança, ser flexível, manter um bom relacionamento com a equipe, estar disponível e atenta a qualquer alteração que possa ocorrer com o RN, manter um ambiente terapêutico, ter respeito e ética profissional no cuidado holístico a este bebê.

Algumas enfermeiras relatam que poderiam ser mais carinhosas, se tivessem mais tempo para os cuidados com o bebê. Para Paterson e Zderad (1979), oferecer uma *presença genuína* no encontro só é possível quando existe a “convicção de que esta *presença* é valiosa e produz uma troca na situação. Se para a enfermeira isto é valioso, o oferecerá em sua situação de cuidado de outros.”

Planejar o cuidado é do saber da enfermeira, mas não pratica, seja por falta de tempo, seja por falta de profissionais em número suficiente, seja por medo de não ser competente o suficiente para a missão. A enfermeira poderá fazer mais, ampliando as ações de humanização do cuidado, naquilo que é abstrato, mas sensível: o toque, o olhar, o ato de ouvir. É um caminho certo para a conquista do respeito à profissão: ser indispensável na recuperação do bebê.

**Temática:** Cuidado

**Categoria:** Cuidado mecanizado

O cuidado humano é o ideal moral da enfermagem, pois, significa ajudar a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura, sendo necessários empenho e disponibilidade para fazê-lo (BARCELLOS; CAMPONOGARA, 2001).

O cuidado em uma UTIN é, muitas vezes, realizado de maneira generalista, tecnicista; torna-se exaustivo e estressante, podendo desumanizar as relações e resultar nas condições de sobrevivência de pessoas, que atentam contra a dignidade humana. O cuidado obsessivo tira a espontaneidade das pessoas tolhe a sua energia de experienciar o cuidado que evidencie uma preocupação com o biopsicoemocional do bebê e sua família.

*... cuidar não é um ato mecânico, é tocar como ato de carinho (Ayel).*

*... eu acho que nós estamos nos tornando mecânicas, tipo assim, chegar, fazer nossa tarefa, como nossa obrigação e ir embora (Manakel).*

*... quando você vai fazer uma coleta de exames, é importante ter um insight, não fazer mecanicamente (Damabiah).*

*... eu procuro dar a todos um atendimento por igual... se tivesse pelo menos duas enfermeiras em cada unidade o atendimento seria com mais qualidade (Rochel).*

*... é importante não fazer mecanicamente (Damabiah).*

*...a gente precisa deixar de ser tão mecânica, tem de ser feito alguma coisa que nos envolva mais, um incentivo, um estímulo (Manakel).*

*...é muito importante você saber manusear uma criança, principalmente uma criança de alto risco, um prematuro (Rochel).*

A UTIN, por ser um local que enfatiza os recursos materiais e a tecnologia, contribui para comportamentos automatizados, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço, inclusive pelas situações contínuas de emergência, pela gravidade dos pacientes e pela dinâmica acelerada do serviço, desviando o foco da atenção que deveria estar no paciente (ZINN; SILVA; TELES, 2003).

No cotidiano assistencial, a equipe de saúde depara-se com diversas pessoas que possuem individualidade própria, problemas e características únicas, mas, muitas vezes, o profissional atende aos seus pacientes com eficiência técnica, de forma autônoma esquecendo-se de que este ser apresenta sentimentos e é sujeito de sua própria história (MEDINA; BACKES, 2002).

A terapia intensiva desenvolveu-se ao longo dos anos como um serviço especializado. No Brasil, a visão assistencial em UTI só começou a ser praticada por volta da década de 1970. Essa assistência intensiva vista como observação e cuidados contínuos de indivíduos criticamente enfermos tem sua descrição nas civilizações mais antigas, como a do Egito. Na atualidade, as unidades mais complexas, além de se destinarem a um cuidado intensivo, devem ter em sua composição os recursos humanos com qualificação e materiais com elevada tecnologia (LINO; SILVA, 2001).

Segundo Paterson e Zderad (1979), ao ingressar em uma instituição de saúde, o cliente se percebe em um ambiente estranho de objetos novos, rodeado de equipamentos, máquinas e instrumentos, e podem sentir como algo que causa confusão, dá medo, causa dor, inspira segurança, relaxa ou é vivificante. As enfermeiras devem dar ao bebê um significado especial a este ambiente estranho, devem aperceber-se de sua importância como presença ativa intermediadora entre a dor e o carinho.

Ao longo dos anos, houve uma supervalorização da tecnologia, em detrimento da humanização do cuidado em Enfermagem. Para Zampieri (2001), humanizar é preciso, visto que a valorização indiscriminada dos aspectos tecnológicos, não levando em consideração a subjetividade, a solidariedade, o toque e a interação humana, pode resultar numa assistência centrada na máquina, na doença e não no ser humano. Assim, o mecanicismo é citado como uma preocupação na conduta dos participantes.

A tecnologia, na opinião de Waldow (1998), mesmo trazendo inúmeros benefícios, também denota a impessoalidade, o formalismo, a frieza, a desvalorização, diminuindo assim, a maneira de interagir com o paciente, deixando de ouvi-lo de forma sincera e justa, comprometendo o cuidado humano, considerado a própria ética da enfermagem.

A realidade da UTIN onde realizamos esta pesquisa apresenta aspectos relacionados ao pensamento da enfermeira aqui relatado, que sente, muitas vezes, a preocupação e a angústia pelo quadro funcional reduzido, acarretando dificuldades no relacionamento interprofissional e levando-a ao desenvolvimento de uma

assistência tecnicista e generalista, realizando suas atividades de forma mecânica, repetitiva e prejudicando a qualidade do cuidado.

A concepção de UTIN está voltada para desempenhar um papel de destaque na contribuição da melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e na diminuição da taxa de mortalidade dos bebês.

O desejo das enfermeiras participantes do estudo é que o desempenho das atividades cotidianas da unidade consista na realização da assistência de enfermagem integral e abrangente aos bebês, no conhecimento atualizado, na aplicação dos princípios científicos e no uso da técnica. Estes são pontos imprescindíveis em toda área de atuação, pois as características do RN internado nesses ambientes são de extrema gravidade, instáveis e exigem com frequência uma pronta intervenção da equipe de enfermagem.

Para exercer uma atividade profissional, necessitamos de instrumentos que nos dêem subsídios para desempenhar com eficiência e direcionamento essas atividades, não sendo diferente no cuidado de enfermagem em terapia intensiva (CARRARO, 1998).

As relações interpessoais das enfermeiras com os bebês, hoje, são fortalecidas pela significação desse diálogo representar segurança, respeito e confiança na equipe que cuida de forma humanizada do RN internado na UTIN, e estão permeadas pelas necessidades internas de ambos, e, como cuidadora, a enfermeira possui também suas "feridas" adquiridas ao longo da vida. Quando não está consciente delas, sua tendência é afastar-se emocionalmente ou proteger-se, adotando uma postura técnica.

Acreditamos ser necessário incrementar a prática assistencial de enfermagem fundamento na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1998) na UTIN, e que as enfermeiras ali atuantes tenham uma dimensão da importância referente à agilidade e destreza para realizar procedimentos, possam reter um conhecimento técnico-científico para um cuidado adequado, discernir o fazer e como fazer, enxergar mais além do que os olhos vêem, dialogar, tocar, saber ouvir e perceber a linguagem não verbal dos bebês, como também possibilitar, desvelar

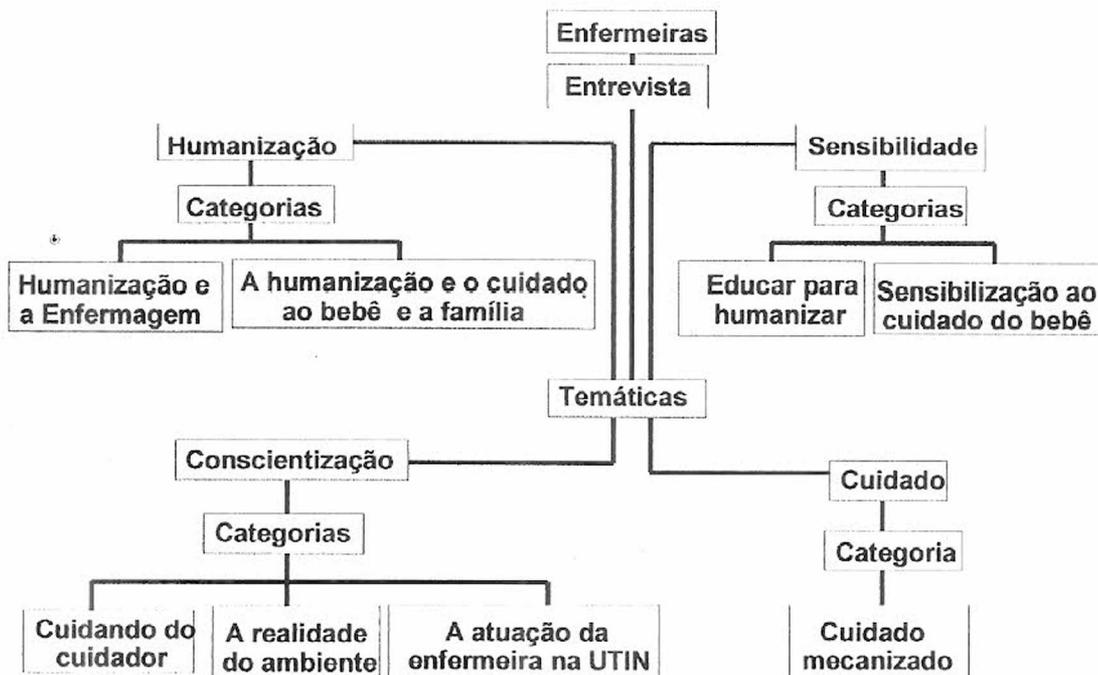
junto a ele, a dor e a angústia sentida no período de hospitalização, proporcionando uma situação menos estressante.

Foi citada por algumas enfermeiras a necessidade de realização do toque carinhoso no momento da realização de procedimentos técnicos. O toque, segundo Barcellos e Camponogara (2001), constitui um modo de comunicação não verbal, uma forma ideal para que os sentimentos sejam expressos e compreendidos. O uso do toque auxilia no cuidado de enfermagem, quando o bebê se apresenta fragilizado tanto física como emocionalmente.

Percebemos a preocupação com a qualidade, ou seja, como o toque poderia ser utilizado de forma mais afetiva, como forma de apoio, segurança e proximidade para com o bebê, valorizando-o. A pessoa humana da enfermeira é revelada pelo modo carinhoso de seu toque; ela fala através das mãos palavras vindas do seu interior, do seu coração.

## SÍNTESE DOS RESULTADOS

(Diagrama 2)



O diagrama demonstra as temáticas extraídas dos discursos das participantes, baseados em Bardin (1979), a saber: humanização, sensibilização, conscientização e cuidado. Da temática humanização, emergiram as categorias a humanização e a enfermagem, a humanização e o cuidado ao bebê e a família; da temática sensibilização, as categorias foram educar para humanizar e sensibilização ao cuidado do bebê; na temática conscientização, emergiram as categorias cuidando do cuidador, a realidade do ambiente e a atuação da enfermeira na UTIN; na temática cuidado, a categoria foi cuidado mecanizado.

#### 5.4 Refletindo Sobre a Atenção Humanizada: O Diálogo Vivido Entre a Enfermeira e o Bebê

Na UTIN, utilizamos dados dos prontuários dos bebês participantes do estudo para identificar condições do nascimento, como tipo de parto, Apgar, idade gestacional, sexo, como também idade materna. Esses dados foram registrados em formulário próprio, conforme anexo VI.

Como critério de inclusão, os bebês deveriam estar na classificação de alto risco. Dentre os bebês que receberam os cuidados das enfermeiras, treze eram do sexo feminino, seis tinham peso menor que 1000gramas, o *Apgar* variava de 1 a 8, no primeiro minuto, e 1 a 9 no quinto minuto. Os nascimentos foram em sua maioria de parto normal e a idade gestacional variava entre 29 a 40 semanas. As mães tinham idade entre 15 e 37 anos.

Ao conviver com as enfermeiras na UTIN, observamos o cuidado por elas desenvolvido e a assistência prestada ao bebê de risco. Refletimos sobre o conhecimento intuitivo e sobre o modo como as contemplamos agora, depois de várias tentativas de estabelecerem diálogos, embora alguns não tenham se concretizado. Consideramos o ser e o fazer da enfermagem, percebendo as dificuldades experienciadas pelas enfermeiras em *ser* e no *fazer*, na dinâmica do cuidar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

O *ser* e o *fazer* fazem parte da experiência transacional intersubjetiva da enfermagem, na qual as ações da Enfermagem centram-se no ato de *fazer*, nas técnicas e nos procedimentos que podem medir, contar e registrar; o *ser* em uma experiência inter-humana, a presença e o efeito da presença, quando podemos senti-la mais verdadeiramente do que podemos descrevê-la (OLIVEIRA, 2003).

*Ser* em uma situação de enfermagem é, um “*estar com*” ou um “*estar aí*”, que é na realidade um tipo de *fazer*, pois implica a presença ativa da enfermeira. “*Estar-com*”, em sentido mais amplo, requer fixar atenção no paciente, compartilhar e comunicar a disponibilidade (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Relacionar-se como presença significa estar aberto ao paciente como pessoa, sendo necessário para tal acreditar que esta presença é importante e faz diferença em uma situação de enfermagem; e deve estar permeada por um sentido de responsabilidade e respeito pela vulnerabilidade do cliente. A enfermeira é aquela que desenvolve sua prática como ser humano que sente, valoriza, reflete e conceitua (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A maioria das enfermeiras observadas passava por momentos difíceis relacionados com o estresse do cotidiano intensivista da UTIN, apresentando também sinais de desânimo, desmotivação profissional e desgaste pela intensa carga horária que necessitavam empreender para a manutenção do padrão de vida própria e dos seus componentes familiares.

São inúmeras as atividades da enfermeira na UTIN. Percebemos a necessidade de sua presença não só no cuidado ao bebê de risco, mas também na interação a ser desenvolvida e vivenciada com as mães desses pequenos pacientes, podendo vir a ser momentos de apoio e de futuras intervenções.

Geralmente a mãe é vista apenas como visitante e raramente como membro da equipe de saúde e como cliente com necessidades próprias, e que precisa também de cuidados e apoio da enfermeira para *estar-melhor* na situação em que se encontra. A enfermeira, ao cuidar da mãe do bebê, não deve dirigir seu olhar para ela como um objeto estático, mas focalizá-la como um objeto em transformação constante, sendo agente e sujeito de seu próprio processo de viver, ouvindo suas dúvidas, respeitando sua opinião e incentivando sua participação em todo o processo profissional de cuidar/curar (ELSEN, 1994).

• Ao observar as enfermeiras no cuidar de seus bebês, pudemos então identificar algumas dificuldades vivenciadas por elas para a prática da verdadeira presença. A seguir descreveremos a síntese das observações realizadas na prática do cuidado:

### **Ayel**

Observamos a assistência desenvolvida por Ayel aos bebês; na maioria das vezes, ela manteve uma atitude humanística, na qual desenvolveu um diálogo com seus pacientes, realizando cuidados embasados na troca de olhar (5), com toque carinhoso (6), pronunciou palavras de conforto (7), sorriso (5), acalanto (7).

As respostas de alguns bebês (3) ao cuidado foram: aumento da frequência cardíaca e diminuição da saturação de oxigênio, quando Ayel agrupou procedimentos de aspiração orotraqueal e a coleta de sangue para exames laboratoriais. A maioria dos RN's (4) por ela cuidados não apresentou qualquer alteração nos parâmetros cardíacos e respiratórios, permanecendo tranquilos (5). As mudanças apresentadas na expressão facial foram: arqueamento das sobrancelhas e maior abertura dos olhos (4). Somente um bebê apresentou expressão de choro e agitação dos braços e pernas, instante em que o ambiente da UTIN se apresentava agitado. Percebemos que a maneira de cuidar de Ayel não foi alterada pelo ambiente estressante da UTIN, embora por cinco vezes tenha se desenvolvido em ambiente barulhento e superlotado. Ao aspirar o tubo orotraqueal de um bebê e logo depois coletar-lhe sangue para exames, Ayel o tocou com carinho, acalentando-o com palavras de conforto. O bebê não apresentou alterações nos parâmetros respiratórios e cardíacos; parecia tranquilo.

### **Yabamiah**

No desenvolvimento da assistência de enfermagem aos bebês de risco (6) na unidade onde atua, Yabamiah, na maioria das vezes, não olhou e nem sorriu para eles, parecia cansada, poucas vezes, procurou confortá-los com palavras e um toque carinhoso.

Recebeu como resposta dos bebês alterações como: aumento da frequência cardíaca e hipossaturação de oxigênio (5), agitação de braços e pernas (2), expressões de choro (2), uma maior abertura dos olhos e boca (04).

Não pudemos perceber mudanças na conduta terapêutica na presença de ambiente calmo (2) e em ambiente estressante e agitado (4). Yabamiah coletou

sangue de um bebê para exames, ocasião em que não promoveu uma troca de olhar, nem falou com ele; parecia apressada.

### **Damabiah**

Observamos os cuidados de aspiração orotraqueal e coleta de sangue para exames laboratoriais realizados por Damabiah e percebemos que a realização do diálogo com os bebês (5) não se concretiza, pois não utiliza o olhar, o sorriso, o acalanto na atuação como cuidadora. Somente por uma vez presenciamos um toque carinhoso e o jeito de falar meigo e reconfortante no desenvolvimento do cuidado.

Todos os bebês apresentaram sinais aos cuidados como, aumento da frequência cardíaca e hipossaturação de oxigênio; alguns (3) apresentaram mudanças na expressão facial como aparentando choro, maior abertura dos olhos e boca (3), agitação de braços e pernas (2) e cianose (1) em um bebê que apresentava hemorragia pulmonar. Em todos os momentos observados, o ambiente da UTIN apresentava-se agitado e estressante. Damabiah aspirou a cânula orotraqueal de um bebê sem falar com ele; o bebê parecia agitado, movimentava-se bastante, não tendo havido nenhuma intervenção para acalmá-lo.

### **Rochel**

Nas observações realizadas (6), percebemos que Rochel tentava desenvolver uma interação com seus pacientes com base na utilização de palavras carinhosas (4), acompanhadas por um sorriso e um toque com sensibilidade (3), acalentando-os.

As respostas dos bebês aos cuidados de Rochel foram: aumento da frequência cardíaca e hipossaturação de oxigênio (4), alteração da expressão facial com aparência de choro (1), arqueamento das sobrancelhas e maior abertura dos olhos (4).

Observamos que, em ambiente agitado (3), Rochel parece não interagir plenamente com seus pacientes.

Rochel, na promoção de cuidados ao coletar exames de um bebê, sorria, falava-lhe com carinho, e o bebê respondia com uma alteração da expressão facial. Parecia chorar.

### **Hayael**

Durante as observações dos cuidados realizados por parte de Hayael (9), tanto em ambiente agitado (6) como em situações de tranquilidade (3), não percebemos a troca de olhar, mas pudemos ouvir palavras de conforto (4). Hayael realizou o toque carinhoso uma vez, mesmo em ambiente de estresse.

As respostas dos bebês foram: alterações por acréscimo nos parâmetros de frequência cardíaca e diminuição da saturação de oxigênio (5), mudanças na expressão facial, na tentativa de choro (2), arqueamento das sobrancelhas e maior abertura da boca e olhos (6), agitação dos braços e pernas (3) e cianose (1).

O ambiente terapêutico um tanto agitado parece não favorecer a interação de Hayael que aspirou a cânula orotraqueal do bebê sem falar com ele. O bebê parecia agitado e, ela, nesse momento, parecia longe e exausta.

### **Manakel**

Os cuidados realizados por Manakel foram observados em nove ocasiões. Percebemos que palavras de conforto (6) foram utilizadas por ela como tentativa de interação com os bebês. O olhar e o toque carinhoso não foram desenvolvidos como parte do cuidado.

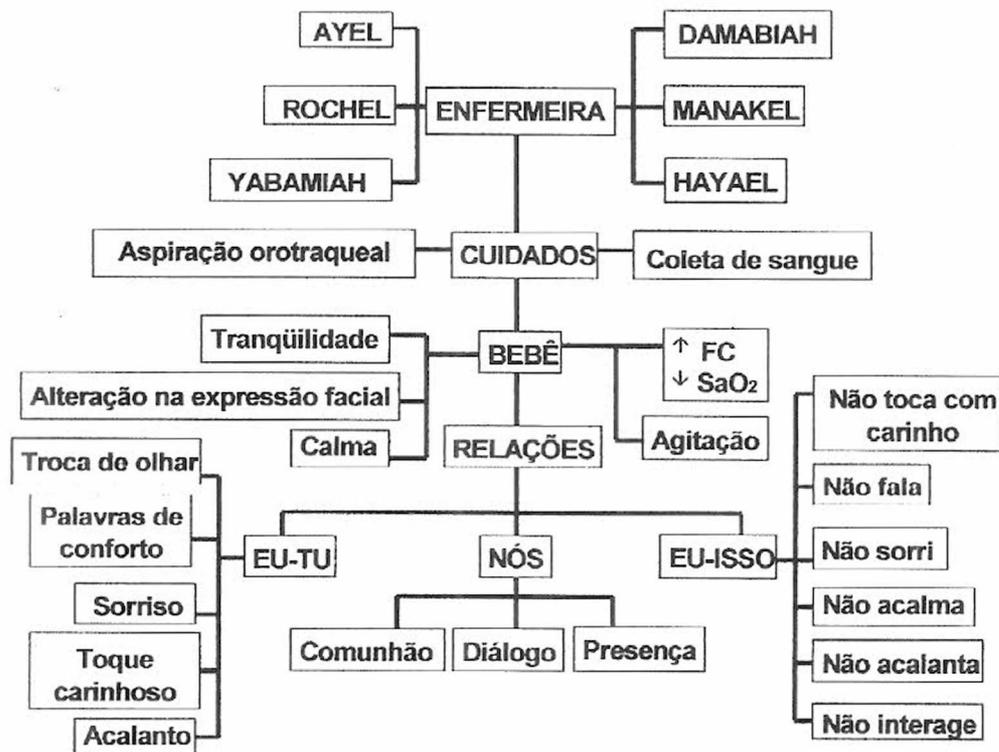
Os sinais dos bebês aos cuidados foram: aumento da frequência cardíaca e hipossaturação (5), alterações na expressão facial como tentativas de choro (2), maior abertura da boca e olhos (6), agitação de braços e pernas (3).

Durante as observações dos cuidados, o ambiente da UTIN apresentava-se agitado e estressante (4) e em alguns momentos a unidade parecia calma e tranqüila (5).

O ambiente terapêutico estava calmo e, ao aspirar a cânula orotraqueal de um bebê, Manakel não o tocou com carinho, acalentando-o sim com palavras de conforto. O bebê apresentou hipossaturação e taquicardia.

### SÍNTESE DOS CUIDADOS

( Diagrama 3)



O diagrama demonstra que durante os cuidados de enfermagem, aspiração orotraqueal e coleta de sangue para exames laboratoriais, os bebês podem apresentar sinais caracterizados pela calma ou agitação. Além disso, mostra situações que envolvem as relações *Eu-Tu*, *Eu-Issso* e *Nós*, entre enfermeiras e recém-nascidos.

### 5.5 Percepções do Cuidado Realizado

É importante ressaltar a ausência das mães em quase todos os momentos observados. A enfermeira atenta às necessidades de uma mãe percebe, quando de sua visita à UTIN, através de observações verbais ou não, os sentimentos e atitudes por ela tomados, procurando compreendê-la, não assumindo uma postura crítica, mas de agente transformador, transmitindo-lhe a ela uma visão realista, favorecendo sua participação na recuperação da saúde do seu filho e assim resgatando seu papel de mãe.

Houve algumas ocasiões em que a mãe do bebê esteve presente na UTIN, embora poucas vezes tenha se observado uma interação com a enfermeira, mas, quando acontecia, era permeada por uma troca de afetividade e reconhecimento da importância da presença materna próxima ao bebê.

Reduzir a ansiedade da mãe por meio do oferecimento de apoio favorece a expressão de seus sentimentos. Assim, a enfermeira inclui a disponibilidade em receber o outro ser, permitindo à mãe a expressão de seus sentimentos. A enfermeira deverá facilitar ao máximo as possibilidades de contato entre a mãe e o bebê, fazendo com que ela o toque, acaricie, mesmo não podendo pegá-lo no colo quando ainda estiver em estado grave.

A enfermagem é um processo essencialmente interativo e resulta do encontro de dois seres humanos; um que necessita ser cuidado e o outro comprometido com o cuidar, em ajudar aquele que sofre. Com efeito, a enfermeira, consciente de seu compromisso e de sentido de vida, considera a unicidade, totalidade e irrepetibilidade daquele que recebe o cuidado. A enfermeira comprometida com o cuidado exerce a enfermagem com o objetivo de manter um relacionamento efetivo e terapêutico com o paciente (HUF, 2002).

Percebemos nestes encontros a influência do ambiente de trabalho na assistência prestada e no cuidado desenvolvido pela enfermeira, segundo França e Rodrigues (1997). Quando a pessoa percebe o seu ambiente de trabalho como ameaçador, ocorre o estresse e na área de saúde não é diferente, especificamente na enfermagem, uma categoria profissional marcada pela constante convivência

com situações de impacto, pois são estes profissionais que lidam, durante o maior tempo e mais intensamente, com estas questões e que poderão ser vivenciadas com grande carga de ansiedade e tensão.

Os sentimentos das enfermeiras que atuam na UTIN parecem homogêneos, pois estão preocupadas, frustradas, cansadas e inseguras, e reconhecem que o local de trabalho é tenso e estressante, deixando-as angustiadas por não poderem atender o RN de uma forma a valorizá-lo.

Observamos as enfermeiras abrindo as portinholas da incubadora a qualquer momento, na tentativa de dar seguimento aos procedimentos do plantão; não percebemos quase nenhuma tentativa de compreensão do falar do bebê, mas, observamos também uma enfermeira tentando promover conforto e segurança ao bebê quando o posicionou de forma carinhosa na incubadora; tentando inibir desordens posturais, o bebê apresentou sinais que aparentavam tranquilidade e sossego.

Durante a realização da aspiração orotraqueal e na coleta de sangue para exames laboratoriais, observamos que a verdadeira presença da enfermeira junto ao bebê, na maioria das vezes, não foi percebida, pois ela, durante a realização desses cuidados, manteve uma atitude distanciada de seu pequeno paciente. Esse distanciamento, a objetividade, muitas vezes, dificulta o cuidado humano, caracterizando a relação "Eu-Isso" de Buber, na fase de comunhão.

O *diálogo* não foi vivido, impossibilitando, assim, a enfermeira de promover um cuidado atencioso, afetivo, atento, interagindo com o bebê através do olhar, do toque, da fala e de outras ações transmissoras de tranquilidade, conforto e segurança.

Na prática, se observa que o toque nem sempre foi utilizado de forma mais afetiva, mas, muitas vezes, foi utilizado com a finalidade de se executar procedimentos, mesmo sabendo-se que ele é indissociável do cuidar em enfermagem.

As alterações na cor da pele do bebê podem significar uma manifestação de sentimentos de conforto, desconforto, insatisfação e até mesmo insuficiência

respiratória. Davis (1991) diz que os receptores da pele reagem ao calor, ao frio, ao toque, a vibrações e outras sensações, e assim, pela observação da pele, podemos confirmar seu estado geral. Foi observada a mudança de cor da pele de um bebê, que apresentou cianose causada por fator patológico caracterizado por um quadro clínico de hemorragia pulmonar.

O sentido do tato é acionado desde a vida intra-útero, quando os bebês são acariciados por tecidos e líquidos com temperatura aquecida. Quando acariciamos o bebê, utilizamos o toque como conforto e os bebês respondem a estas sensações com variações de temperatura, umidade, pressão e dor. Ao agarrar os dedos da enfermeira durante um procedimento, o bebê, além de um ato reflexo, poderá estar respondendo ao toque carinhoso realizado durante o cuidado.

O olhar que o bebê dirige à enfermeira que cuida dele, chamando-o pelo nome, estimulando-o e convidando-o a participar, está incluso no relacionamento entre eles que deverá estar permeado de compreensão e empatia.

As reações comportamentais do bebê, frente ao desconforto e à dor suscitados durante alguns cuidados realizados pelas enfermeiras, foram observadas pela expressão de choro, atividade motora e a mímica facial de dor.

Embora, na maioria das vezes, a voz do choro não tenha sido ouvida, sufocada pela cânula endotraqueal, as expressões faciais do bebê transmitiam sensivelmente sua angústia. Chamava, mas quase não obtinha resposta. O ambiente nem sempre foi motivo para a falta do diálogo entre eles. Talvez faltasse a verdadeira presença, no compartilhamento de sentimentos. Segundo Paterson e Zderad (1979), no diálogo genuíno, a enfermeira humanística "ao perceber a oportunidade de seu desenvolvimento, adequa o ritmo do seu chamado e resposta à capacidade do paciente para chamar e responder naquele momento".

Percebemos que, algumas vezes, a capacidade de comunicação das enfermeiras foi afetada pelo seu estado emocional e pelo seu bem-estar físico. Assim, ficou difícil para elas ouvir com a devida atenção as dúvidas e indagações dos pais, nas poucas vezes que estiveram presentes na unidade. A falta de tempo

nos pareceu uma constante no discurso das enfermeiras, interferindo negativamente no diálogo enfermeira/bebê/pais.

Ao praticarem o cuidado não se observa na maioria das enfermeiras uma interação com o paciente, não se vislumbram a troca de olhares, a fala, a escuta do bebê percebida pelas posturas e mímicas de desagrado. Não se concretiza o toque carinhoso. A enfermeira, ao praticar um cuidado, muitas vezes, mantém um diálogo com as pessoas ao redor, participa de brincadeiras ou toma atitudes que em nada se relacionam com o bebê. Este, por sua vez, tenta uma comunicação, reage, demonstra sua dor ou desconforto por uma maior abertura de sua boca, pelo arqueamento das sobrancelhas, pelo choro, alarma o oxímetro com alterações de sua fisiologia, mas nem sempre é entendido e nem sempre é compreendida a sua solidão.

Sabemos que acontecimentos diversos ou traumáticos, estressantes físicos ou psicológicos, aumentam o nível de cortisol, o que pode afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro do bebê. Shore (2000) diz que, quando o cortisol afeta o cérebro, este se torna mais vulnerável à destruição de neurônios e a redução de sinapses em algumas regiões do cérebro, tornando o bebê mais susceptível de apresentar atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social.

Os bebês não se acalmam facilmente quando estão estressados; liberam, os hormônios de estresse nas lágrimas, mas isto não é suficiente para relaxarem, pois eles necessitam do toque humano, do abraço e de uma voz tranqüilizadora, para que possam sentir-se seguros. Compartilham com os adultos de reflexos automáticos, seu coração responde a mudanças emocionais, como o medo, aumentando o ritmo cardíaco. O rosto do bebê é capaz não só de responder àquilo que vê, como também de imitar certas expressões (KLAUS; KLAUS, 2001).

O bebê adotado temporariamente pela enfermeira na Unidade é então submetido a exames laboratoriais de sangue, aspirações, cuidados de todos os tipos. Muitas vezes, devendo acordá-lo quando dorme e impor um ritmo, o dos cuidados, que é diferente do seu próprio.

Contudo, sabemos que, ao apresentar uma respiração calma, pulso regular, coloração cutânea rosada estável e sem alterações viscerais, o bebê

demonstra que está sendo capaz de gerir estímulos internos e externos. A postura harmoniosa, equilíbrio entre flexão e extensão e ausência de hipo ou hipertônias, uso das mãos, agarrando objetos, levando a mão à boca ou à face, sugando o dedo ou realizando movimentos bucais solicitando sucção, podem ser afetados na presença de estresse, caracterizando uma desorganização de membros e flacidez motora (BRASIL, 2002).

Brasil ainda relata que a estabilidade do bebê também pode ser percebida pelo olhar vivo, capaz de se fixar por um período curto de tempo, movimento da boca, como querendo falar. Em situações de estresse, o bebê pode virar a cabeça para o lado oposto do estímulo, cobrir o rosto com as mãos e usar o sono como refúgio, gastando energia e dificultando sua interação social.

Sabendo reconhecer os diferentes estados e perceber quando eles ocorrem e quais são as respostas esperadas do bebê, a enfermeira pode então ser capaz de atender com maior sensibilidade aos seus chamados.

Passada a angústia de assistir, o olhar da enfermeira pode se dirigir ao bebê que se humaniza e adquire uma personalidade. Ao interagir com ele, ao estabelecer um vínculo, o corpinho do bebê é então investido de outra forma, a sua pele é agora não só meio de agressões e sim superfície de contato e de troca.

As enfermeiras compreendem que os bebês manuseados excessivamente ficam agitados, acabam por não mais reagir, tornando-se mais doentes do que estavam antes do procedimento, mas parecem acostumadas às rotinas e ao que fazem há muito tempo.

Se tocarmos, acariciarmos, embalarmos um bebê diariamente ou se conversarmos com ele durante sua permanência na UTIN, ele poderá apresentar menos pausas respiratórias, ganho de peso e um restabelecimento mais rápido. Referem Klaus, Kennell e Klaus (2000) que, "o simples ato de acariciar um bebê de alto risco por cinco minutos a cada uma ou duas semanas, altera a motilidade intestinal, o choro, a atividade e o crescimento".

A estimulação cutânea, o toque, é de significado fundamental para o desenvolvimento de relacionamentos emocionais e afetivos saudáveis; isto está intimamente ligado ao amor, pois, segundo Montagu (1998), "a pessoa aprende a amar não com instruções, mas sendo amada".

A enfermeira poderá usar, se estiver sensibilizada ao cuidado humanizado, as respostas do bebê para planejar o cuidado, estabelecendo pausas e aguardando um sinal emitido por ele para continuar a interação ou o procedimento. Alguns fatores facilitam esta interação, como: monitorar as pistas do bebê (frequência cardíaca e respiratória regular; boa oxigenação; cor da pele estável; funções digestivas estáveis; ocasionais sustos ou estremecimentos; tônus muscular mantido; aconchego; levar a mão à face ou à boca; sorriso; busca de sucção; movimentos suaves e coordenados; olhar interessado; sono profundo; dirigir o rosto para a voz; elevação das sobrancelhas; imitação das expressões faciais), saber quando parar o manuseio; falar com o bebê; desenrolar o bebê; colocá-lo, quando possível, sentado e esfregar-lhe as costas; tentar sucção não nutritiva por cinco ou dez minutos.

Mesmo em ritmo acelerado de trabalho, não podemos endurecer nossos corações frente a estes pequenos seres, pois sabemos que, na qualidade de enfermeiras, devemos zelar por nossos sentimentos, conviver e dominar nossa ansiedade e motivar nosso cotidiano; se necessário, poderemos apelar para nossa consciência, compaixão e espiritualidade, questionando sempre a visão mecanicista que reduz todos os fenômenos a uma análise material.

A assistência de enfermagem inclui a compreensão das características e da fisiologia do RN, conhecimento do funcionamento e manipulação de dispositivos mecânicos e a capacidade de reconhecer desvios sutis através de sinais e sintomas do bebê, assim como a capacidade da enfermeira intervir no momento ideal e sensato (CARPENITO, 1999).

É claro que, para promover o conforto, devemos intervir no ambiente físico como também no ambiente humano que cercam o bebê, atentando para alguns procedimentos como: avisar ao bebê que serão iniciados os cuidados de rotina, aquecer as mãos antes de tocá-lo, explicar que ele se encontra numa UTIN e

que breve seus pais virão visitá-lo, chamá-lo pelo nome, avisá-lo que você irá embora ao final de seu expediente e alguém irá substituí-la.

Esses são exemplos que caracterizam atitudes que demonstram humanização e respeito ao bebê e deverão ser incentivadas para todos da equipe de saúde, fortalecendo a imagem do bebê como cidadão digno de respeito e consideração.

Existem sim contradições entre o discurso e a prática, mas estas nos parecem compreensíveis em momentos nos quais presenciamos uma palavra doce, um toque carinhoso, um olhar meigo entre lágrimas, como o apresentado por Ayel, em meio ao barulho e luminosidade intensa do ambiente.

Portanto, percebemos que neste ambiente as enfermeiras necessitam ser motivadas e sensibilizadas para o cuidado amoroso ao bebê; devem cultivar o envolvimento, flexibilidade e singularidade para olhar as situações, buscando uma relação harmônica onde ela e o RN possam juntos estimular e ser estimulados na busca do *bem-estar*.

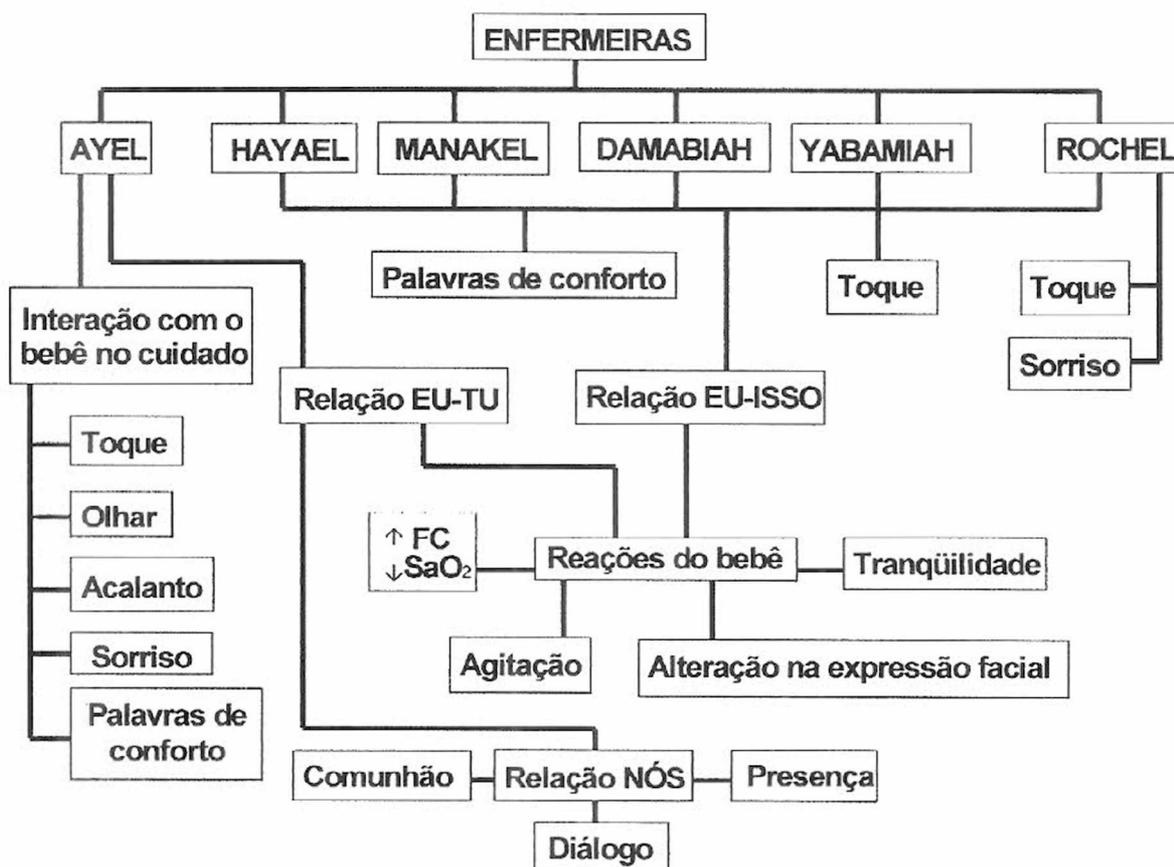
Nós, seres humanos, somos uma linhagem que surgiu definida através da conservação da relação materno-infantil na idade adulta. Somos animais sensuais, acariciamo-nos tocando, fazendo uso de palavras e desfrutamos da proximidade e do contato corporal. As carícias evocam em nós um bem-estar fisiológico, seja por nos acariciarmos com palavras, com o tom de nossas vozes, com nosso olhar ou ainda com nossas mãos e nosso próprio corpo. Em nós, a mão é, por assim dizer, um órgão de carícias e o toque de nossas mãos é fisiologicamente terapêutico (MATURANA; REZEPKA, 2001).

Lembramos de como se sentem aliviadas as pessoas que sofrem, quando encontram alguém a quem possam comunicar a causa de sua aflição e dor. Parecem, então, descarregar uma parte de seus sofrimentos sobre a percepção e a simpatia do outro; elas compartilham, *comungam* seus sofrimentos.

Neste processo cotidiano de compaixão e participação no sofrimento do outro, forma-se a base real de todo o amor verdadeiro ao próximo, e só tem valor moral, na medida em que dela surge uma ação. Assim, diz Boff (2000), o *bem-estar* e a dor do outro nos encontramos e a diferença entre nós já não é diferença absoluta.

### SÍNTESE DOS RESULTADOS

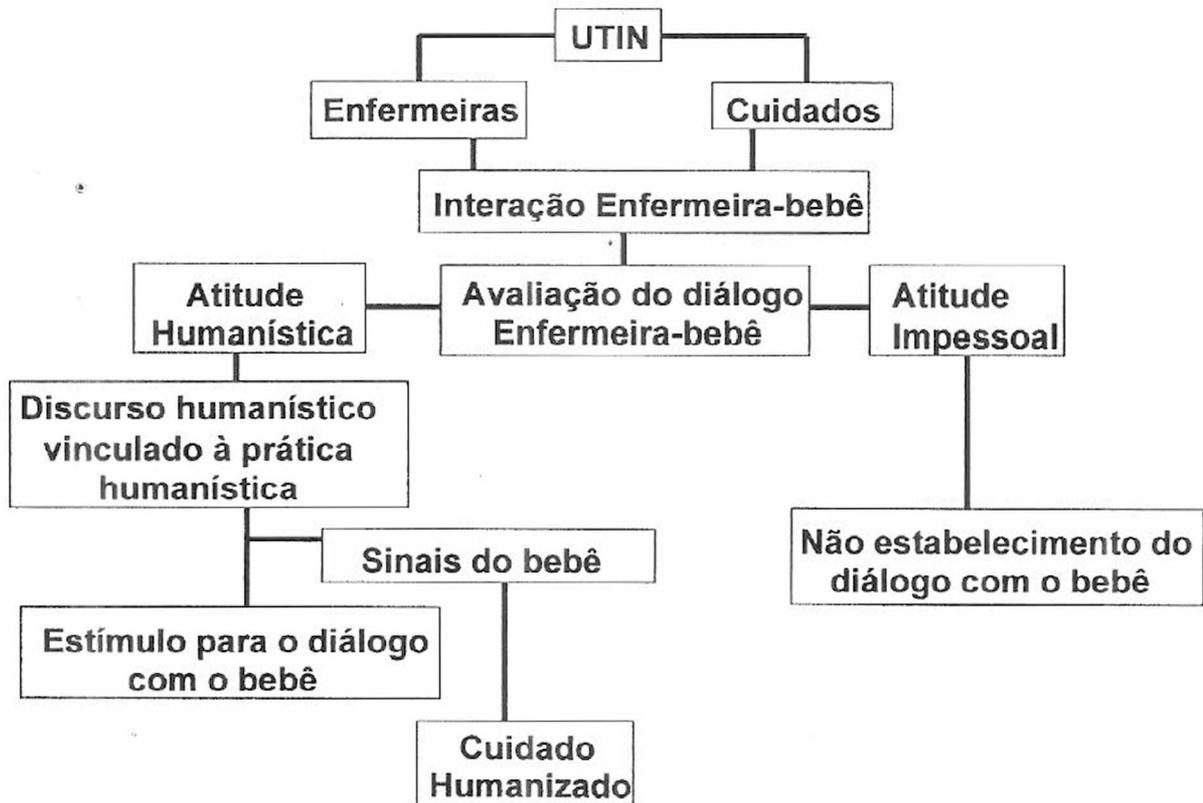
(Diagrama 4)



O diagrama demonstra que durante o cuidado de enfermagem, a relação *Eu-Tu* envolve o toque, o olhar e a fala, e que na relação *Eu-Issu* esta interação, muitas vezes, não acontece. O bebê pode apresentar sinais de tranquilidade ou agitação, alterando seu estado fisiológico e comportamental. A enfermeira ao estabelecer um diálogo verdadeiro, vivencia a relação *Nós*.

## SÍNTESE DO DIÁLOGO

(Diagrama 5)



O diagrama demonstra que na UTIN, quando não há uma interação entre enfermeira e o bebê, a atitude torná-se impessoal e o diálogo não se estabelece entre eles. O diálogo, o verdadeiro encontro, a relação *Eu-Tu* entre a enfermeira e o bebê de risco, permite a relação *Nós*. Este relacionamento não nasce só pelos sentimentos que as pessoas têm umas pelas outras, mas também de duas coisas: de estarem todos envolvidos em uma relação viva e mútua com um centro vivo e de estarem unidos em comunhão, desvelando então, o cuidado humanizado.

## Capítulo 6

---

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de investigação do cuidado ao RN de risco realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal à luz da Teoria Humanística mostrou que sua implementação é dependente do encontro envolvendo ambos: cuidador e ser cuidado.

Compreendemos as dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras em estabelecer o diálogo com os bebês em um ambiente no qual o tempo é fator primordial para elas, onde o ato de ouvir, perceber os chamados do bebê parece impraticável.

Entretanto, o diálogo, o verdadeiro encontro, é possível de ser estabelecido, deve ser incentivado, quando então se estabelecerá a relação *Eu-Tu* entre a enfermeira e o bebê de risco, permitindo, assim, o fenômeno da comunidade, a relação *Nós*. Este relacionamento não nasce só pelos sentimentos que as pessoas têm umas pelas outras, mas também de duas coisas: de estarem todos envolvidos em uma relação viva e mútua com um centro vivo e de estarem unidos em comunhão.

O estudo principiou com as relações humanas estabelecidas entre pesquisadora, enfermeiras e bebês. Caracterizou-se com uma preparação para o conhecimento das nuances dos cuidados realizados pelas enfermeiras ao RN de alto risco na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Utilizamos três abordagens para composição dessa investigação: a observação participante, o diário de campo e a entrevista, todos importantes para o alcance dos objetivos propostos no estudo.

A observação participante consistiu na percepção do cuidado realizado e as respostas comportamentais e fisiológicas e os sinais emitidos pelo RN de risco. Utilizamos para tal um instrumento que nos permitiu identificar sinais de angústia, dor, desconforto, tranquilidade, mímicas de choro, sorriso e estresse vivenciados pelos bebês durante a realização da assistência praticada pelas enfermeiras.

Pudemos observar a qualidade do cuidado, o toque, a troca de olhar, o acalanto como também a falta de atitudes humanísticas de algumas enfermeiras que

não conseguiram uma interação com o bebê na realização de seu mais importante papel – o de cuidador.

No diário de campo, registramos a dinâmica da Unidade, o barulho, o excesso de luminosidade, as vozes dos profissionais tão imbuídos de curar e tão distantes do cuidado. Nos foi possível relacionar as causas deste distanciamento: a superlotação, a deficiência de recursos humanos, as muitas atribuições, fazendo da enfermeira um ser de muitos braços e olhos que tudo pega e que tudo vê, mas em muitas ocasiões não consegue olhar nem tocar aquele pequenino que a chama, muitas vezes, sem consolo, sem resposta.

Pelo uso da entrevista, ouvimos o discurso das enfermeiras, suas preocupações, anseios e esperança de mudanças no ambiente de trabalho, na dinâmica da assistência, na conquista da humanização do cuidado. A necessidade de educação e sensibilização no cuidado ao RN de risco foi também uma constante na fala das entrevistadas.

As atitudes das enfermeiras durante a realização dos cuidados nem sempre foi condizente com os discursos, mas pudemos observar algumas interações *Eu-Tu*, onde houve comunhão de sentimentos, desenvolvendo-se a relação *Nós*, de Buber.

A análise dos dados foi organizada nas temáticas *humanização, sensibilização, conscientização e cuidado*. A temática humanização foi composta das categorias, *a humanização e a enfermagem, a humanização e o cuidado ao bebê e a família*, que abordou a necessidade de prover o cuidado e as atitudes da enfermeira de humanismo, bem como o acolhimento e a integração da família na equipe que busca a recuperação do bebê.

A temática sensibilização compreendeu as categorias *educar para humanizar e sensibilização ao cuidado do bebê*, na qual foi enfatizada a importância na construção de conhecimentos que possam sensibilizar os profissionais no resgate do cuidado humanizado ao bebê de risco.

A temática conscientização apresentou as categorias *cuidando do cuidador, a realidade do ambiente e a atuação da enfermeira na UTIN*, que abordou

questões de saúde, falta de motivação, excesso de atribuições, ambiente estressante e responsabilidades da enfermeira como profissional encarregada do ambiente terapêutico da Unidade.

Da temática cuidado, a categoria foi *cuidado mecanizado*, nela sendo percebida a preocupação das enfermeiras com a desumanização do cuidado, muitas vezes, realizado de forma generalizada e superficial, e a necessidade de buscar mudanças neste cuidado.

Podemos oferecer como enfermeiras humanísticas uma presença genuína, refletindo sobre nós mesmas, e redirecionarmos nosso cuidar, *vir-a-ser* melhores cuidadoras. A Enfermagem Humanística é uma meta pela qual se deve lutar, é um valor importante que enriquece a prática da enfermagem.

Desenvolver este estudo para nós foi crescer como pessoa capaz de repensar o *fazer* e o *ser* e participar, junto com todos os envolvidos, de uma nova maneira de cuidar de forma humanizada em enfermagem, agora na pesquisa e no ensino.

Assim, a teoria e a prática se fizeram presentes permeadas por uma visão existencial-fenomenológica-humanística; foram proporcionadas uma reflexão, abstração, conceituação e descrição sobre a prática, permitindo oportunidades de crescimento científico e emocional, visando a favorecer o *bem-estar* e o *estar-melhor* do bebê e sua família.

Acreditamos que para realizar o cuidado humanizado ao recém-nascido de risco, devemos considerar sua fragilidade física e emocional provocada pelas condições de seu nascimento e doença; devemos desenvolver sentimentos de afeição, de respeito, simpatia, empatia, entre outros inerentes ao ser humano.

Sabemos que esta pesquisa avaliou apenas os procedimentos de rotina e a terapêutica do cuidado na aspiração orotraqueal e a coleta de sangue para exames laboratoriais, em bebês internados na UTIN de um hospital universitário, mas recomendamos às enfermeiras que se comprometam com o cuidado humanizado, que exerçam e vivenciem o respeito, a solidariedade, o companheirismo e a qualidade

da assistência, praticando e buscando o autoconhecimento, o crescimento pessoal e profissional coletivo.

Devemos compreender e aceitar as dimensões subjetivas dos profissionais do cuidado, dos pequenos pacientes e de sua família, sejam elas psíquicas, físicas, culturais e sociais; crescer profissional e pessoalmente, fortalecer sentimentos como auto-estima, solidariedade, procurar estar bem consigo mesmo, com o próximo e com Deus.

Assim, estaremos mais facilmente preparadas para responder ao chamado do outro, gerando confiança, segurança, dialogando e humanizando o cuidado.

Analisando os resultados obtidos, acreditamos ter alcançado os objetivos propostos nesta pesquisa, na qual respeitamos os pressupostos básicos e as fases da Teoria Humanística, elaboramos uma proposta de cuidado humanizado na qual estimulamos a formação da consciência crítica para utilizar esses conhecimentos no cotidiano.

Concluimos que a relação Eu-Tu e Nós é de suma importância no cuidar de bebês de alto risco, sendo imprescindível para que ocorra o cuidado humanístico.

Aprendemos a repensar nossos valores, nossa atuação profissional, pois participamos e fomos refletidas neste cuidado, no qual nos foi revelado que a Teoria Humanística de Paterson e Zderad pode ser praticada no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, valorizando a relação humana afetiva.



## PROPOSTA DE CUIDADO HUMANIZADO

Acreditamos que o cuidado, por ser interativo e não desenvolvido por meios mecânicos, apresenta variedades nas suas expressões de cuidar. Muitas vezes, as cuidadoras poderão falhar no cuidado, mesmo havendo boas intenções. Aqui deixamos nossa proposta na tentativa de direcionar o cuidado humanizado.

### 1 Cuidando do Bebê de Forma Carinhosa

\* O cuidado humanizado ao RN deverá ser caracterizado pela segurança técnica da atuação profissional e condições hospitalares adequadas, envoltas em suavidade no toque durante a execução dos procedimentos. Para que possa atuar em segurança e qualidade no desenvolvimento de suas atividades, a enfermeira deverá construir conhecimentos sobre os estados físicos, psíquicos e emocionais do bebê, da mãe e da família, promovendo acolhimento e aproximação entre a mãe e o bebê, fortalecendo, assim, o vínculo afetivo; o estímulo ao reflexo da sucção ao peito, logo que possível; garantir um cuidado especializado e amoroso; como também:

- promover um ambiente favorável ao desenvolvimento de respostas fisiológicas e comportamentais sadias no bebê, evitando barulho, sons e vozes de alta intensidade. Os acontecimentos adversos, estressantes, físicos ou psicológicos, podem afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro do bebê, causados pela elevação de cortisol (SHORE, 2000).
- praticar o manuseio essencial e individualizado, planejando o cuidado a ser realizado, agrupando os procedimentos. Planejar bem as atividades antes de se aproximar é uma forma de dar toda a atenção ao bebê, sem necessitar parar o procedimento (CANADIAN, 2000).

- fornecer contenção adequada para todo o corpo do bebê, permitindo exploração manual da face e da boca, da mão com a mão e com o corpo. O uso de facilitadores – sucção do dedo, oferecimento de algo para o bebê segurar ou se agarrar promovem segurança, permitindo a recuperação fisiológica e comportamental do bebê (BRASIL, 2002).
- individualizar o cuidado de acordo com o desenvolvimento e as capacidades do bebê. Executar os procedimentos em etapas, respeitando o estado comportamental do bebê, favorece seu restabelecimento (KLAUS, KENNEL e KLAUS, 2000).
- praticar o toque, a contenção manual das mãos sem pressão excessiva. A prática da contenção por 10 minutos facilita a estabilidade do bebê, recuperando sua frequência cardiorrespiratória e oxigenação (KLAUS, KENNEL e KLAUS, 2000).
- manter o bebê organizado, se possível com a ajuda dos pais. O desenvolvimento sadio do bebê é propiciado quando os profissionais facilitam o ajustamento inicial do binômio mãe/filho e reduzem os eventos perturbadores na manipulação do bebê por parte da equipe (BRASIL, 2002).
- estar em sintonia com o bebê durante os cuidados planejados, permitindo a ele períodos de repouso. As atividades deverão permitir o descanso do bebê sempre que possível, obedecendo ao seu estado comportamental (BRAZELTON; CRAMER, 1992).
- usar mantas espessas sobre a incubadora, prevenindo excesso de luminosidade e som. O uso de mantas espessas sobre a incubadora ajuda a diminuir o ruído geral da UTI e minimiza o impacto sonoro de pancadas no acrílico (FRANCK; LAWHON, 2000).
- manusear incubadora e outros equipamentos com cuidado, evitando barulhos desnecessários. O uso cuidadoso de objetos e equipamentos - como reduzir volume dos alarmes e atendê-los imediatamente, diminuir a campainha dos telefones, abrir e fechar as portinholas da incubadora de forma suave - são

estratégias que permitem o desenvolvimento da discriminação auditiva do bebê, memória e preferência pela voz materna (FRANCK; LAWHON, 2000).

- evitar o uso de substâncias com odores fortes. O bebê pode acordar diante de odores desagradáveis, reduzindo seu horário de sono e repouso (PERLMAN, 2001).
- realizar limpeza oral somente quando necessário. Minimizar procedimentos aversivos intra e perdurais, causadores de desconforto e estresse (BRASIL, 2002).
- utilizar ciclos dia/noite, permitindo melhor sincronização de ritmos biológicos. A utilização de ciclos dia/noite favorece o aumento de horas de sono noturno e melhora a eficácia alimentar e o ganho ponderal (FRANCK; LAWHON, 2000).
- observar respostas comportamentais e fisiológicas à dor. Utilizar procedimentos como enrolamento, contenção facilitada, contato pele a pele e sucção não nutritiva, no combate ou diminuição de estímulos dolorosos. O enrolamento é efetivo antes da intervenção dolorosa. A utilização da sucção não nutritiva e do contato pele a pele durante os procedimentos dolorosos possibilita a diminuição do careteamento, do choro, de estados de alerta e da movimentação (BRASIL, 2002).
- falar suavemente com o bebê antes de tocá-lo. A voz humana carinhosa é um estímulo eficiente para produzir interrupção do choro nas primeiras semanas de vida (BRAZELTON; CRAMER, 1992).

## 7.2 Cuidando da Família do Bebê

A ligação afetiva entre os pais e o bebê deve ser percebida com muita sensibilidade pela enfermeira como um continuum, que envolve tempo e aprendizado. Quando em presença de dificuldades de interação dos pais por se sentirem inadequados, culpados, deprimidos ou ressentidos, cabe à enfermeira acolhê-los, facilitar um contato inicial em um ambiente agradável e amigável, buscando propiciar momentos de intimidade dos pais com seu bebê e oferecer subsídios para que a equipe de saúde possa refletir sobre as reações que estabelecem com a família no ambiente da UTIN. Para contribuímos na formação de laços afetivos duradouros, devemos:

- visitar a mãe do bebê, transmitir-lhe notícias antes de sua primeira visita à UTIN. As mães necessitam de informações sobre a UTIN, condutas e rotinas hospitalares, tratamento e evolução clínica de seu filho, de um bom relacionamento com os profissionais da equipe.
- acompanhar, se possível a mãe em seu primeiro encontro com o bebê. Acompanhar pode ser interpretado como: estar ou ficar junto a alguém, orientar, compartilhando, compreendendo através dos sentidos para dispensar cuidado.
- permitir a visita da mãe sem horário determinado. A falta de oportunidade da mãe - interagir efetivamente com seu filho hospitalizado poderá trazer um prejuízo do apego, o que causará desordens no relacionamento futuro de ambos.
- favorecer a visita dos avós, como membros de referência e de apoio familiar. A presença da família ampliada poderá trazer tranquilidade aos pais do bebê, orientando a mãe nos cuidados e tornando-se aliada da equipe de cuidadores.

- orientar os pais de forma que não se sintam diminuídos e envergonhados diante do seu bebê. Os pais, ao se depararem com seus filhos, experimentam sentimentos de incompetência e frustração por não terem dado à luz o filho sonhado. Para eles, esse bebê tão pequeno e frágil dificilmente desperta lembranças de traços familiares. Os pais devem ser orientados pela equipe, no sentido de que os cuidados realizados por eles ajudam o bebê a recuperar-se mais rapidamente.
- apresentar o bebê aos pais, ressaltando suas melhoras e capacidades interativas. O primeiro encontro entre a mãe e o bebê é um momento único, que deve ser estimulado; deve-se desmistificar a percepção do bebê como alguém muito fragilizado. Os pontos fortes do bebê, suas melhoras, suas capacidades interativas, sua luta pela vida, devem ser ressaltados.
- permitir que os pais participem dos cuidados dispensados ao bebê. Nos últimos anos, a participação dos pais, principalmente da mãe, na assistência à saúde da criança é uma temática que vem sendo explorada em vários estudos, pois, dentro das necessidades de cuidados ao recém-nascido prematuro, está inclusa a participação da mãe, que decide questões emocionais e comportamentais que vão refletir na promoção da vida do bebê, ao favorecer segurança, ganho de peso e diminuição do período de internação.
- promover junto com os pais o toque carinhoso. Os pais devem ser estimulados e orientados de forma que se sintam capazes de dar carinho ao seu bebê.
- escutar atentamente os pais, interagir tentando estabelecer um diálogo. Os pais necessitam ser ouvidos e ser compreendidos com relação às suas dúvidas e medos relativos ao seu bebê. A equipe deve respeitar as situações vivenciadas por eles.
- refletir sobre a importância da família como membro da equipe de saúde, na recuperação da saúde do bebê. A internação de um bebê na UTIN representa para ele e sua família uma situação de crise, e poderá repercutir de maneira

especial no surgimento da interação deles, interferindo na formação e no estabelecimento dos futuros vínculos afetivos familiares. Cabe à equipe acolher essa família e participar como elo para uma melhor elaboração e entendimento de todo o desenvolvimento das relações desse grupo familiar.

- promover o contato pele a pele, mãe/pai/bebê, assim que possível. Este contato deve ser estimulado e iniciado ainda na UTIN, quando os pais, ao serem acolhidos pela equipe, iniciam sua aproximação com o bebê; os medos e ansiedades devem ser reduzidos, permitindo a eles o toque e a posição canguru.

### 7.3 Cuidando do Cuidador

A rotina da UTIN é responsável por comportamentos representativos de estresse, desgaste, falta de motivação e prazer em cuidar de bebês e de sua família. Síndromes como a de *Burnout*, causando distúrbios vasculares, depressão, perdas auditivas, irritabilidade e obesidade, são representativas de cansaço físico e mental das enfermeiras e de outros profissionais que atuam na Unidade. Existem algumas formas de tentar restabelecer a tranquilidade para o desenvolvimento de um cuidado humanizado, buscar melhores condições de trabalho e espaço para discussão de situações vivenciadas no cotidiano, seja no cuidado ao bebê como à família e nas relações interprofissionais:

- mobilizar o grupo na tentativa de estabelecer horário e local, para discussão de casos que estejam sendo atendidos. Faz-se necessária uma discussão científica na busca de embasamento para estabelecer melhores maneiras de cuidar.
- construir conhecimentos através da busca pela qualificação. A qualidade é essencial no cuidado humano e técnico, evitando, assim, sofrimentos desnecessários ao paciente.
- estabelecer treinamento teórico e prático sobre patologias e formas de atuação das enfermeiras e sua equipe. A capacitação da equipe é primordial

- para a assistência na UTIN, focalizando os instrumentos básicos para o cuidado, como observação, percepção, habilidade motora e sensibilização ao cuidado humano. Produzir encontros a partir da passagem de plantão, na intenção de esclarecer sobre a doença e planejar a assistência em conjunto, favorecendo uma visão coletiva do bebê.
- promover encontros, de preferência fora do ambiente da UTIN, buscando soluções para vivências e fortalecimento da amizade entre o grupo. O relacionamento interprofissional é de suma importância para o desenvolvimento de um trabalho em equipe.
- procurar uma avaliação médica periódica, buscar lazer e bem-estar emocional. A rotina da UTIN é responsável por comportamentos representativos de estresse, causando desgaste físico e emocional na equipe de cuidadores. A importância de exames médicos periódicos, para avaliação dos distúrbios psicossomáticos decorrentes da atividade profissional, é inquestionável.
- promover um diálogo claro e verdadeiro com os demais membros da equipe, com os familiares e com os bebês, resgatando como pessoas e como profissionais o respeito próprio e dos demais. É necessário alcançar-se um equilíbrio entre as habilidades técnicas e interpessoais no contato com o paciente. Todos devem estar presentes num atendimento integral, pois são singulares em seu sentir.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES FILHO, N; CORRÊA, M. D. **Manual de perinatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1995. 325 p.

ALVES, A.C. et al. **Anjos de Deus**. São Paulo: Outras Palavras, 2003. 89 p.

BACKES, Dirce S. et al. É possível humanizar o cuidado no CTI? In: COSTENARO, R.G.S. **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões**. Santa Maria: UNIFRA, 2001. p. 35-52.

BARCELLOS, V.R.; CAMPONOGARA, S. O uso da comunicação não-verbal no cuidado ao paciente cardiopata: percepções da equipe de enfermagem. In: COSTENARO, R.G.S. **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões**. Santa Maria: UNIFRA, 2001. 232 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Ed. 70, 1979. 223p.

BARROS, A.L.B.L.; MICHEL, J.L.M.; LOPES, R.S. Avaliação clínica e técnicas instrumentais para o exame físico. In: BARROS, A.L.B.L. e cols. **Anamnese e exame físico**. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 272 p.

BASTOS, M.A.R. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. **Rev. Latino-am Enfermagem**; São Paulo, mar/abr; v.10, n.2, p.131-1366, 2002.

BAUK, D.A. Stress **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v,13, n.13, p. 28-36, abr/jun. 1985.

BIANCHI, E.R.F.; SILVA, A. O estresse e o processo de trabalho do enfermeiro na unidade de centro de material. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 1993, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1993. p. 28-38.

BOFF, L. **Princípio de compaixão e cuidado**. Petrópolis: Vozes, 2000, 164 p.

BOFF, L. **Saber cuidar. Ética do humano - compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999, 134 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-método canguru**. Brasília – DF, 2002, 281 p.

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. 2. Ed. São Paulo: Moraes, 1974. 170 p. Tradução de: Ich Und Du.

BUENO, S. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 2000.

CALIL, V.M.L.T. Caracterização do recém-nascido pré-termo. In: Leone, C.R; Tronchin, D.M.R. **Assistência integrada do recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1999, 376 p.

CANADIAN. Prevention and management of pain and stress in the neonate. **Pediatrics**. v. 105., n. 2. Feb. 2000.

CARDOSO, M.V.L.M.L. **O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais: do neonato ao toddler**. Fortaleza, 2001, 158 p. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Ceará, 2001.

CARDOSO, M.V.L.M.L.; ARAÚJO, M.F.M; MOREIRA, R.V.O. Dilthey e a filosofia da ciência da enfermagem. Organizado por: José Anchieta Esmeraldo Barreto; Rui Verlaine Oliveira Moreira. In: **A decisão de saturno: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano**. Fortaleza: DENF/UFC, 2000, 239 p.

CARDOSO, M.V.L.M.L; PAGLIUCA, L.M.F **Caminho da luz**. A deficiência visual e a família. Fortaleza: FCPC, 1999. 95 p.

CARPENITO, L.J. **Diagnóstico de enfermagem aplicado à prática de enfermagem**. Tradução de Ana Thorelli. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999, 780 p.

CARRARO, T. E. **Marco conceitual: subsídio para a assistência de enfermagem**. Cogitare Enferm. Curitiba, v.3, n.2, p.105-108, jul./dez. 1998.

COSTENARO, R.G.S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI Neonatal**. Santa Maria: UNIFRA, 2001. 128 p.

COSTENARO, R.G.S. **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões**. Santa Maria: UNIFRA, 2001. 232 P.

DAVIS, P.K. **O poder do toque**. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000, 216 p.

ELSEN, I. et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994, p.27.

FRANÇA, A.C.L; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1997.

FRANCK, L.S.; LAWHON, G. Environmental behavioral strategies to prevent and manage neonatal pain. In: ANAND, K.J.S.; STEVENS, B.J.; MCGRATH, P.J. **Pain research and clinical management**. Elsevier Science BV, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 26. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

GUIMARÃES, M.L.L. Ser terapeuta de criança. In: KUDO, A.M; MARCONDES, E; LINS, L. te al. **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1997.

- HUF, D. D. **A face oculta do cuidar**. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002, 206 p.
- KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichaman e Afonso, 2001.
- KLAUS, M.; KLAUS, P. **Seu surpreendente recém – nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. 234 p.
- KLAUS, M.H; KENNEL, J.H; KLAUS, P.H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M de A. **Fundamentos da metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- LELOUP, J.Y. **Cuidar do ser**. Filon e os terapeutas de Alexandria. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 150 p.
- LEONE, C.R; TRONCHIN, D.M.R. **Assistência integrada ao recém- nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996. 376 p.
- LEOPARDI, M.T. et al, **O Processo de trabalho em saúde**. Florianópolis: ISBN, 1999, 176 p.
- LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Rev. Nursing.**, Barueri; São Paulo, v. 4, n. 41, p. 25-29, out., 2001
- MACHADO, C.M.D; MEDEIROS, H.F. Reflexões sobre a assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo em unidades neonatais. In: COSTENARO, R.G.S. **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões**. Santa Maria: UNIFRA, 2001.
- MATHELIN, C. **O sorriso da Gioconda**: clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999. 157 p.
- MATURANA, H; REZEPKA, S. N. **Formação humana e capacitação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MEDINA, R.F.; BACKES, V.M.S. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.5, p. 522-527, set./out. 2002.
- MEZZOMO, A.A. et al, **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003, 410 p.
- MEZZOMO, A.A. **Humanização hospitalar**: bases para reflexão. Fortaleza: REALCE, 2002. 55 p.
- MEZZOMO, J.C. **Gestão de qualidade na saúde**. São Paulo: Edições Loyola, 1994, 298 p.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994. 269 p.

MIRANDA, A.C.S. et al. Expectativas dos clientes hospitalizados frente ao relacionamento com a equipe de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n.2, p. 183-196, abr./jun. 1997.

MIRANDA, R. Re-aprendendo a ser humano: os desafios do enfermeiro e da enfermagem para a humanização do cuidar através da sistematização da assistência. In: MEZZOMO et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003, 410 p.

MONTAGU, A. **Tocar**, o significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1988, 427 p.

OLIVEIRA, M.E. **Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo**. Revista eletrônica de enfermagem. Goiânia, v.3, n.2, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 abr. 2002, 22:30.

OLIVEIRA, N.F.S. **Diálogo vivido entre enfermeira e mães de crianças com câncer**. João Pessoa, 2003, 107 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, 2003.

PATERSON, J.G; ZDERAD, L.T **Enfermeria humanística**. México: Limusa, 1979. 201 p.

PATERSON, J.G; ZDERAD, L.T. **Humanistic nursing**. New York: National League for Nursing, 1988. 129 p.

PERLMAN, J.M. Neurobehavioral deficits in premature graduates of intensive care-potential medical and neonatal environmental risk factors. **Pediatrics**, v.108, n.6. December, 2001.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PORTER, H.V. Breast odour as the only maternal stimulus elicits crawling towards the odour source. **Taylor & Francis**, ISSN 0803-5253, 2001.

PRAEGER, S.G.; HOGARTH, C.R. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, J. **Teorias de enfermagem**. os fundamentos à prática profissional. 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 17. p. 241-251.

RAMOS, F.R.S. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: Leopardi, M.T et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Papa Livro, Florianópolis, 1999, 176p.

RAMOS, J.L.A. O recém-nascido normal. In: MARCONDES et al. **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 2002.

RAMOS, J.L.A; BIARELLI, J.G. Assistência. In: Leone, C.R; Tronchin, D.M.R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. Atheneu, São Paulo, 1996, 376p.

REICHERT, A.P.S; COSTA, S.F.G. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na unidade neonatal. **Nursing**, v. 38, n. 4, jul., 2001, p. 25-29.

RIBEIRO, H.P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993, 135 p.

RINGER, S.A. Cuidados com o recém-nascido de peso extremamente baixo ao nascer. In: CLOHERTY, I.P; STARK, A.R. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. 235 p.

RODRIGUES, Z.C.; COSTENARO, R.G.S. Atuação do enfermeiro e equipe multiprofissional no centro de terapia intensiva: um estudo fundamentado na teoria de wiedenbach In: COSTENARO, R.G.S. **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões**. Santa Maria: UNIFRA, 2001.

ROLIM, K.M.C. Atenção humanizada na unidade neonatal. In: MEZZOMO et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003, 410 p.

RUGOLO, L.M.S.S. **Manual de neonatologia**. 2. ed., Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Neonatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 323 p.

SANTOS, M.L.S.C.; PADILHA, M.I.C.S. As posturas compassivas na enfermagem – o sofrimento que permeia o cuidar. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 55, n. 5, p. 542-548, set./out. 2002.

SHORE, R. **Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2000.

SILVA, A.G.I. Gerenciamento clínico em enfermagem e qualidade da assistência. **Nursing**, São Paulo, v. 3, n.20, p. 12-15, jan., 2000.

SIQUEIRA, A.A.F. O nascimento biológico da criança. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.** São Paulo, v.1, n.1, p. 44-53, 1991.

SMYTH, A; HOLIAN,R. **The credibility of the researcher who does research in their own organization: the perils of participant observation**. Association of qualitative research conference, Melbourne, July, 1999. Disponível em: <<http://www.latrobe.edu.au/aqr/offer/papers/RHolian.htm>>. Acesso em: 9 ago 2003.

TAMEZ, R.N; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI Neonatal**. Assistência ao recém-nascido de alto risco. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 190 p.

TRONCHIN, D.M.R; TOMA, E. Estrutura e organização da unidade neonatal: Aspectos de Enfermagem. cap.1. In: LEONE, C.R; TRONCHIN, D.M.R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1996. 376 p.

VAZ , F.A.C; GUALDA, D.M.R. Alojamento conjunto. In: LEONE, C.R; TRONCHIN, D.M.R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 1999. 376 p.

VENUSO, L. **Humanização em hospitais**. Fortaleza: Premium, 2001, 186 p.

VIEIRA, M.J. **Imagem cultural e motivação na escolha da enfermagem**. Ribeirão Preto, 1998. 159p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**. O resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998, 197 p.

ZAMBERLAN C; COSTENARO, R. G. S. O fortalecimento do relacionamento interpessoal: um fator determinante da prática do cuidado em UTI. IN: COSTENARO, R.G.S. **Cuidando em enfermagem**: pesquisas e reflexões. Santa Maria: UNIFRA, 2001. 232 p.

ZAMPIERI, M. F. M. Humanizar é preciso: escute o som desta melodia. In: OLIVEIRA M. E; ZAMPIERI M.F. M; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

ZIIN, R.G.; SILVA, M.J.P.; TELLES, S.C.R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Revista Latino-am Enfermagem**, 2003, maio/jun; v.11, n.3; p. 326-32.





Universidade Federal do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 126/03

Fortaleza, 28 de abril de 2003

Protocolo COMEPE n° 45/03

**Pesquisador responsável:** Karla Maria Carneiro Rolim

**Dept°./Serviço:** Departamento de Enfermagem/UFC

**Título do Projeto:** "A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada"

Levamos ao conhecimento de V.S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 24 de abril de 2003.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta de Mirian Parente Monteiro.

Dra. Mirian Parente Monteiro  
Coordenadora Adjunta do Comitê  
de Ética em Pesquisa  
COMEPE/IIUWC/UFC

## ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

**PESQUISA: A ENFERMAGEM E O RECÉM-NASCIDO DE RISCO:  
REFLETINDO SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA**

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_ enfermeira,  
RG nº \_\_\_\_\_ exercendo minhas funções na Unidade de Neonatologia da Maternidade  
Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará em Fortaleza-Ce, fui  
devidamente esclarecida, pela pesquisadora sobre o estudo, a ser realizado nesta instituição,  
intitulado: A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada,  
que tem por objetivos: investigar a relação entre o cuidado de enfermagem e as respostas  
comportamentais, fisiológicas e os sinais emitidos pelo RN de risco num enfoque da atenção  
humanizada; verificar a opinião da enfermeira acerca da humanização desse cuidado ao RN  
de risco e a seus familiares. Fico consciente que a minha participação por ocasião do estudo é  
um dado valioso para a referida pesquisa, e que minhas impressões serão gravadas e  
transcritas pela pesquisadora para análise posterior, ficando garantido o sigilo das  
informações colhidas. Fui devidamente esclarecida que terei acesso aos dados, e que terei  
liberdade para me retirar a qualquer momento do estudo caso seja esse o meu desejo.

Assinatura da enfermeira: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Pesquisadora: Karla Maria Carneiro Rolim  
End. Rua Silva Paulet 1854 – Aptº 304/bl A  
Bairro Aldeota CEP 60.120.021  
Fone: 2614935 e mail: karlarolim@secrel.com.br

## ANEXO III

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO**

**PESQUISA: A ENFERMAGEM E O RECÉM-NASCIDO DE RISCO:  
REFLETINDO SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), fui devidamente esclarecido(a), pela pesquisadora sobre o estudo, a ser realizado nesta instituição, intitulado: A enfermagem e o recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada, que tem por objetivos: investigar a relação entre o cuidado de enfermagem e as respostas comportamentais, fisiológicas e os sinais emitidos pelo recém-nascido de risco num enfoque da atenção humanizada; verificar a opinião da enfermeira acerca da humanização desse cuidado ao recém-nascido de risco e a seus familiares. Tenho consciência que algumas respostas do recém-nascido, com o cuidado prestado pela enfermeira, como: expressões de desagrado, tranquilidade, choro, irritação, aparência de satisfação, conforto, por ocasião do estudo é um dado valioso para a referida pesquisa, e aceito a possibilidade do recém-nascido ser fotografado. Terei acesso aos dados, ficando garantido o anonimato e sigilo das informações, tendo liberdade para retirar a criança pela qual sou responsável a qualquer momento do estudo caso seja esse o meu desejo.

A coleta de dados será realizada no período de abril a julho de 2003, e incluirá uma observação direcionada aos cuidados da enfermeira em relação ao bebê para identificá-los como exclusivos desta profissional. Após esta identificação, serão selecionados os procedimentos a serem observados durante o cuidado e para isso será utilizada a observação participante. As impressões e a dinâmica da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal serão registradas em um diário de campo, a fim de buscar a relação entre a assistência de enfermagem e as respostas comportamentais, fisiológicas e sinais emitidos pelo bebê. Isso se fará necessário, para que seja analisada com maior profundidade as respostas do bebê ao cuidado recebido. Em seguida, será realizada uma entrevista com as enfermeiras participantes do estudo, utilizando uma questão norteadora, quando abordará a opinião da equipe acerca da contribuição da atenção humanizada para a recuperação de bebê de risco. Será gravada e transcrita pela pesquisadora.

Assinatura do responsável pelo recém-nascido: \_\_\_\_\_

Assinatura de pesquisadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Pesquisadora: Karla Maria Carneiro Rolim  
End. Rua Silva Paulet 1854 – Aptº 304/bl A  
Bairro Aldeota CEP 60.120.021  
Fone: 2614935 e mail: [karlarolim@secrel.com.br](mailto:karlarolim@secrel.com.br)

## ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
 FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO-MESTRADO  
 PESQUISA: A ENFERMAGEM E O RECÉM-NASCIDO DE RISCO: REFLETINDO  
 SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA

## ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA ENFERMEIRA

## • Dados de Identificação:

- 1)\* Enfermeira que realiza o cuidado \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 2) Tipo de Cuidado \_\_\_\_\_  
 3) Tempo de Serviço \_\_\_\_\_

## • Observando a Enfermeira em suas atividades:

	SIM	NÃO
1) Na execução das atividades específicas promove:	( )	( )
a) troca de olhar	( )	( )
b) toque carinhoso (terapêutico)	( )	( )
c) palavras de conforto e tranquilidade	( )	( )
d) sorriso	( )	( )
e) acalanto	( )	( )
f) Interação com a mãe do RN	( )	( )
g) outras	( )	( )
2) No compartilhamento do cuidado com a mãe do RN:		
a) Oferece acolhida	( )	( )
b) Dá explicações a respeito do cuidado	( )	( )
c) Faz orientações quando solicitada	( )	( )
d) Faz algum tipo de carinho	( )	( )
e) O relacionamento com a mãe é amigável	( )	( )
f) É indiferente, frio	( )	( )

## ANEXO V

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
 FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO  
 PESQUISA: A ENFERMAGEM E O RECÉM-NASCIDO DE RISCO:  
 REFLETINDO SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA  
 INSTRUMENTO DIÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

RN: \_\_\_\_\_

Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Dias Internação: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_

Manuseio (nº vezes): \_\_\_\_\_ Participação da mãe ou responsável: \_\_\_\_\_

Sinais		SIM	NÃO
a)	<b>Fisiológicos:</b>		
	cor da pele	( )	( )
	cianose	( )	( )
	vômitos	( )	( )
	alteração na saturação de oxigênio	( )	( )
	alteração na frequência cardíaca	( )	( )
	outros	( )	( )
b)	<b>Comportamentais:</b>		
	estado de satisfação e conforto	( )	( )
	brilho no olhar	( )	( )
	choro	( )	( )
	sonolência	( )	( )
	outros	( )	( )
c)	<b>Mímicas; Expressões:</b>		
	sorriso	( )	( )
	levantar as sobrancelhas	( )	( )
	maior abertura dos olhos	( )	( )
	maior abertura da boca	( )	( )
	olhar mais expressivo e fixo (medo)	( )	( )
	choro (tristeza)	( )	( )
	alteração na expressão facial	( )	( )
	outros	( )	( )

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Karla Maria Carneiro Rolim

End. Rua Silva Paulet 1854 – Aptº 304/bl A

Bairro Aldeota CEP 60.120.021

Fone: 2614935 e mail: [karlarolim@secrel.com.br](mailto:karlarolim@secrel.com.br)

## ANEXO VI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
 FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

PESQUISA: A ENFERMAGEM E O RECÉM-NASCIDO DE RISCO:  
 REFLETINDO SOBRE A ATENÇÃO HUMANIZADA

## INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_/\_\_/\_\_

## 1. DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

## 1.1- DADOS DA MÃE

Nome da mãe \_\_\_\_\_ Codinome \_\_\_\_\_  
 Idade \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Grau de instrução \_\_\_\_\_  
 Naturalidade \_\_\_\_\_ Ocupação principal \_\_\_\_\_  
 Prontuário \_\_\_\_\_ Internada Sim( ) Não( ) Unidade \_\_\_\_\_  
 Tipo de parto \_\_\_\_\_ G \_\_\_ P \_\_\_ A \_\_\_ Pré-natal: Sim( ) Não( ) Número  
 de consultas \_\_\_\_\_ Antecedentes obstétricos \_\_\_\_\_

## 1.2- DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento \_\_/\_\_/\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Est \_\_\_ PC \_\_\_ PT \_\_\_  
 Capurro \_\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_ Unidade de internação Alto-risco III A( ) III  
 B( ) Motivo da internação \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico médico \_\_\_\_\_  
 Observações \_\_\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Karla Maria Carneiro Rolim  
 End. Rua Silva Paulet 1854 – Apt° 304/b1 A  
 Bairro Aldeota CEP 60.120.021  
 Fone: 2614935 e mail: [karlarolim@secrel.com.br](mailto:karlarolim@secrel.com.br)

