



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

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM

ENFERMAGEM HUMANÍSTICA: CONTRIBUIÇÃO
PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMEIRA NA
UNIDADE NEONATAL

FORTALEZA
2006

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM

ENFERMAGEM HUMANÍSTICA: CONTRIBUIÇÃO
PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMEIRA NA
UNIDADE NEONATAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Linha de Pesquisa: Assistência Participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em Situação de Saúde-Doença.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. M^a Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

FORTALEZA
2006

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM

ENFERMAGEM HUMANÍSTICA: CONTRIBUIÇÃO
PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMEIRA NA
UNIDADE NEONATAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Data da Aprovação: 29 / 8 / 2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (Presidente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Isabel Amélia Costa Mendes (Membro Efetivo)
Universidade de São Paulo – USP/RP

Prof^a. Dr^a. Emília Campos de Carvalho (Membro Efetivo)
Universidade de São Paulo – USP/RP

Prof^a. Dr^a. Raimunda Magalhães da Silva (Membro Efetivo)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Lorita Marlena Freitag Pagliuca (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof^a. Dr^a. Mirna Albuquerque Frota (Membro Suplente)
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Dedico este trabalho

Às enfermeiras da Unidade de Neonatologia da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, profissionais do cuidar que, por meio de valores pessoais embutidos no ser enfermeira, transparecem, na realidade do cotidiano, um cuidado de enfermagem com características humanas, buscando, assim, uma emancipação de sua assistência – o estar-melhor.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus. “*Com Ele tudo... Sem Ele nada*”. Agradeço pelo dom da vida, pela capacidade de aprender a compartilhar a dor do outro, comungar a vida em sinergia e solidariedade.

Ao meu querido e amado esposo Luiz, pelo amor, companheirismo, incentivo e dedicação à minha busca pelo conhecimento.

Aos meus queridos e amados filhos Luiz Alexandre e George, pela compreensão nos momentos de afastamento. Estar com eles é uma bênção de Deus.

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

Aos meus irmãos e sobrinhos, pelo amor e pelo cuidado a mim dispensados.

Aos meus sogros Luiz e Judite, pelo amor e acolhimento no seio da família.

Aos meus cunhados e sobrinhos, pelo companheirismo e incentivo ao meu crescimento.

AGRADECIMENTOS GERAIS

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, pela paciência, carinho, amizade, incentivo e orientação demonstrada na construção de mais este trabalho. Sua ajuda e presença autêntica têm me acompanhado desde o mestrado, e anseio poder continuar ao seu lado na incansável humanização do cuidado ao binômio mãe e filho.

Às Profas. Dras. Isabel Amélia Costa Mendes, Emília Campos de Carvalho, Raimunda Magalhães da Silva, Violante Augusta Batista Braga, Lorita Marlena Freitag Pagliuca, Mirna Albuquerque Frota, pela cordialidade e simpatia com que aceitaram o convite para participar da Banca Examinadora.

Às queridas amigas Andréia, Ana Paula, Cínthia, Eloah, Izélia, Keline, Lílian, Roberta, Rosalette, Verônica, pela acolhida, carinho, disponibilidade, participação, ensino, solidariedade, presença genuína, em comungar comigo um sonho maior, cuidar e ser cuidada com carinho.

Às amigas-irmãs, Eloah, Rosalette, Vlândia e Gorette, Antônia e Márcia, pela constante comunhão de sentimentos, atenção, apoio e amizade sincera.

A toda a Equipe de Enfermagem da Unidade de Neonatologia da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) / UFC, pelo incentivo nesta caminhada.

À Equipe Interdisciplinar 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 professoras do Curso de Doutorado, que contribuíram para a minha formação humana e profissional durante essa trajetória.

À Prof^a. Dr^a. Ana Fátima Carvalho Fernandes, pelo apoio da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e pela compreensão em momentos difíceis desta caminhada.

À Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Pereira Rodrigues, pelos conhecimentos, amizade e acolhimento.

Ao Programa de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que proporcionou nosso crescimento pessoal, profissional e científico, viabilizando momentos de reflexão crítica.

A todos os integrantes dos Projetos “Saúde do Binômio Mãe-Filho” e “A Unidade de Internação Neonatal e as suas Implicações para a Saúde do Recém-Nascido”, pelo acolhimento, incentivo e apoio.

Às minhas amigas do Curso de Doutorado, pela amizade surgida durante esse período, quando juntas compartilhamos nossas idéias, convicções e ansiedades.

À Prof^a. MS Miriam Pardo Soares, coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, pela amizade, apoio e compreensão necessárias à conclusão deste trabalho.

À Prof^a. MS Rita de Cássia Muniz, docente da Universidade de Fortaleza, pela acreditação e apoio durante meu período de afastamento em Portugal.

Ao Prof. Dr. José Antônio Carlos Otaviano David Morano, Vice-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade de Fortaleza, pelo apoio e oportunidade de afastamento para realizar o Estágio de Doutorando, em Portugal.

A todas as professoras do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza, pelo incentivo, apoio e compreensão nos meus momentos de ansiedade e ausência.

À querida Prof^a. Dr^a. Ana Júlia, pelo incentivo e comunhão de sentimentos.

À Prof^a. Dr^a. Zuíla Maria de Figueiredo, chefe do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (DENF), pela presença e apoio ofertados em Portugal.

À Prof^a. Dr^a. Zenilda Vieira Bruno, diretora da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) / UFC, pelo apoio à pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Rosiléia Alves de Sousa, diretora de Enfermagem da MEAC / UFC, pelo apoio e por não medir esforços para nossa liberação para cursar o Doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo Estágio de Doutorando (Doutorado Sanduíche), cuja realização proporcionou um marco em minha vida pessoal e profissional.

Ao Laboratório de Comunicação em Saúde (Lab-Com_Saúde)/ DENF/UFC/USP/ CNPq, pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho.

À Universidade Federal do Ceará (UFC), pela minha liberação para o Curso de Doutorado.

À Universidade de Fortaleza (UNIFOR), pelo incentivo ao corpo docente na busca da qualificação cujo objetivo maior é um ensino voltado para a formação de profissionais capazes e humanos comprometidos com a sociedade.

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

AGRADECIMENTOS ALÉM-MAR

À Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Braga Maia e toda a Direção da Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes, na cidade do Porto, pelo acolhimento durante o Estágio de Doutorando (Doutorado Sanduíche).

Ao Prof. Dr. Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu, pelo aceite, acreditação, apoio e acolhimento na cidade do Porto durante o Estágio de Doutorando (Doutorado Sanduíche).

À Prof^a. MS Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes, querida amiga/irmã portuguesa, pela sincera amizade, acolhimento, apoio, partilha, comunhão de sentimentos, valores, sonhos de cuidado humano.

Às Prof^{as}. Júlia, Isilda, Cristina, Ana Paula, Irene, Josefina, da Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes, pela acolhida, apoio, amizade a mim dispensadas na cidade do Porto.

À Sra. Constança Araújo, minha querida amiga e mãe portuguesa, por me proporcionar uma atenção carinhosa e um ambiente aconchegante durante minha permanência na cidade do Porto, tão longe dos meus.

E quando estiveres próximo tomarei teus olhos e os colocarei no lugar dos meus e tu tomarás meus olhos e os colocarás no lugar dos teus. Então te olharei com teus olhos e tu me olharás com os meus.

Jacob Moreno

Às Enfermeiras com carinho ...

É preciso saber viver

Quem espera que a vida

Seja feita de ilusão

Pode até ficar maluco

Ou morrer na solidão

É preciso ter cuidado

Pra mais tarde não sofrer

É preciso saber viver

Toda pedra do caminho

Você deve retirar

Numa flor que tem espinhos

Você pode se arranhar

Se o bem e o mal existem

Você pode escolher

É preciso saber viver...

(Roberto Carlos)

RESUMO

O cotidiano enfrentado pelas enfermeiras que trabalham em Unidade de Internação Neonatal (UIN) lhes impõe um alargamento de perspectivas na observação, realização e gerenciamento, do ponto de vista das suas atividades profissionais. Como enfermeiras, atuando em Neonatologia, acreditamos ser necessária uma reflexão para transpor obstáculos, procurando opções que levem a um trabalho com perspectiva emancipatória. Nosso interesse neste texto é defender a tese de que, após aquisição dos conhecimentos sobre a Teoria Humanística de Enfermagem, de Paterson e Zderad, e, ao buscar o *diálogo genuíno* com o recém-nascido (RN) de alto risco nas práticas diárias vivenciadas, com base em conhecimento científico e humano, a enfermeira conseguirá compreender o significado do seu *bem-estar* e *estar-melhor*. Objetivamos investigar a prática da enfermeira na assistência ao RN de alto risco na UIN com base na Teoria Humanística; analisar a prática da enfermeira na assistência ao RN de alto risco, após aprimoramento do seu cuidado, embasado nos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem, e elaborar um processo de cuidado humanístico ao RN com participação coletiva das enfermeiras. Trata-se de pesquisa qualitativa, apoiada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, desenvolvida na UIN de uma maternidade-escola, na cidade de Fortaleza-CE, perfazendo um período, referente à coleta de dados, de março a agosto de 2005. Os sujeitos foram dez enfermeiras atuantes na UIN. Para a coleta de dados foram realizadas reuniões semanais, em um período de 60 dias, as quais foram filmadas. No segundo momento, após as reuniões, usamos a observação participante na UIN para registrar a comunicação enfermeira/bebê/família/equipe interdisciplinar. No decorrer da análise, síntese e descrição buscamos compreendê-la à luz da Teoria Humanística, de Paterson e Zderad. Os dados foram organizados e apresentados por meio de quadros. As temáticas extraídas das falas e das filmagens das participantes, após reflexões das exposições teóricas desenvolvidas pelo grupo, foram: *desmotivação, cuidado, ambiente, relacionamento interpessoal*. Da temática desmotivação, emergiram as subtemáticas *cansaço físico e mental, o re-trabalho na UIN, falta de perspectiva para mudanças, autoconhecimento*; da temática cuidado, as subtemáticas foram *autocuidado e cuidado ao bebê*; da temática ambiente, emergiram as subtemáticas *o ambiente da UIN* e *os sentimentos da enfermeira ao atuar na UIN*; da temática relacionamento interpessoal, a subtemática foi *relacionamento com a equipe interdisciplinar na UIN*. O processo de cuidado humanístico ao recém-nascido foi elaborado coletivamente pelas enfermeiras após a compreensão do significado do seu *estar-melhor* em UIN, e incluiu todas as etapas da Teoria Humanística. Tentamos compreender as relações entre o discurso e a existência, o meio, a ambiência que rodeia a pessoa de cada enfermeira. Acreditamos que a tese defendida alcança a compreensão da enfermeira sobre o significado da sua experiência, do seu *estar-melhor* ao cuidar do RN em UIN, pelo desenvolvimento da autoconsciência, da compreensão do outro, pelo olhar mais relacionador das diversidades, pelo estabelecimento de uma visão mais ampla das realidades vivenciadas em seu cotidiano, pela transição do seu egocentrismo para o compartilhamento de suas emoções, do seu saber e da sua vocação – o cuidar.

Palavras-Chave: Processos de Enfermagem. Relações Enfermeiro-Paciente. Recém-Nascido. Enfermagem Neonatal.

ABSTRACT

Daily tasks, carried out by nurses who work at the newborn internment unit (Unidade de Internação Neonatal), (UIN), impose an explanation of perspective in observation, practice and management, regarding their professional activities. As nurses, working in neonatology, we believe in the necessity of reflection in order to transpose obstacles, leading to a job with an emancipatory perspective. Our interest in this text is to defend the thesis that after acquiring knowledge about the Humanistic Theory of Nursing by Paterson and Zderad, and searching for the *genuine dialogue* with the high-risk newborn (NB), in daily activities, based on scientific and human knowledge, the nurse will be able to comprehend the meaning of *well-being* and *better-being*. Seeking to investigate the practice of the nurse's assistances to the high-risk newborn at the UIN based on the humanistic theory, analyze the practice of the nurse's assistance to the high-risk newborn and to elaborate a process of humanistic care to the newborn, with the nurses' collective participation. It is about a qualitative research supported by the humanistic theory, by Paterson and Zderad developed at UIN of a maternity school in the city of Fortaleza-CE. Totalling a period, referring to data collection from March to August 2005. the subjects were ten nurses in activity at UIN. During a period of sixty (60) days, weekly meetings, which were filmed, took place for the data collection. Later, after the meetings, we used participant observation at the UIN to register the interdisciplinary communication among nurse/baby/family/equip. During the analysis, synthesis and description we tried to comprehend it under the humanistic theory by Paterson and Zderad. The data was organized and presented using frames. After the reflection of the theoretical expositions, themes extracted from speeches and the filming of the participants, and developed by the group were: demotivation, caring, interpersonal relationship environment. Regarding the demotivation theme, mental and physical fatigue sub themes, the re-work at UIN, lack of a perspective of changes and self-knowledge emerged. Regarding the caring theme, the sub themes were self-care and caring for the baby. in the environment theme, the environment of the UIN and the feelings of the nurse in the UIN environment were the emerged sub themes. In the interpersonal relationship theme, the sub theme was found to be the relationship with the interdisciplinary equip in the UIN. The process of humanistic caring for the newborn was elaborated collectively by the nurse's, after the comprehension of the meaning of *better-being* at the UIN, and included all stages of the humanistic theory. We tried to comprehend the relations among speech and existence, the environment, the ambiance around the person of each nurse. We believe that the defended thesis reaches the comprehension of the nurse's experience significance, their *better-being* while caring for the newborn (NB) at UIN, by the development of self-conscience, by understanding the others, by a more relating look to diversities, by the establishment of a wider vision of the reality lived through in their daily lives, by the transition of their egocentrism to sharing of their emotions, by their knowledge and their vocation; caring.

Keywords: Nursing Process. Nurse-Patient Relations. Newborn. Neonatal Nursing.

RESUMEN

El cotidiano enfrentado por las enfermeras que trabajan en Unidades de Internación Neonatal (UIN) les impone un alargamiento de perspectivas en la observación, realización y administración, de punto de vista de sus actividades profesionales. Como enfermeras, actuando en Neonatología, creemos haber la necesidad de un reflejo para transponer las dificultades, en la búsqueda de opciones que conduzcan a un trabajo con perspectiva libertaria. Nuestro interés en este texto es hacer la defensa de un tesis de que, después de la adquisición de los conocimientos sobre Teoría Humanística de Enfermería, de Paterson y Zderad, y, al buscar la conversación genuina con recién nacido (RN) de gran riesgo en las prácticas rutineras, basada en conocimiento científico y humano, la enfermera podrá comprender el significado del su bienestar y además el estar mejor. Tuvimos el objetivo de investigar la práctica de la enfermera en la asistencia al RN de gran riesgo, después de la mejoría de su atención, basada en los presupuestos de la Teoría Humanística de Enfermería, y elaborar un proceso de atención humanística al RN con participación colectiva de las enfermeras. Se trata de una investigación cualitativa, basada en la Teoría Humanística de Enfermería de Paterson y Zderad, desarrollada en la UIN de una maternidad escuela, en la ciudad de Fortaleza-CE, en el período referente a la colecta de datos, de marzo a agosto de 2005. Los sujetos fueron diez enfermeras actuantes en la UIN. Para la colecta de datos fueron realizadas reuniones semanales en un período de 60 días, las cuales fueron grabadas. En el segundo momento, después de las reuniones, utilizamos la observación participante en la UIN para registrar la comunicación enfermera/niño/familia/equipo interdisciplinario. Durante el análisis, síntesis y descripción, intentamos comprenderla a la luz de la Teoría Humanística de Enfermería, de Paterson y Zderad. Los datos fueron organizados y presentados a través de cuadros. Las temáticas extraídas de las hablas y también de las grabaciones de las participantes, y después de los reflejos de las exposiciones teóricas desarrolladas por el grupo, fueron: *desmotivación, atención, ambiente, relación interpersonal*. De la temática desmotivación, emergieron los temas *cansazo físico y mental, el nuevo trabajo en la UIN, falta de perspectiva para cambios, autoconocimiento*; de la temática atención, los temas fueron *auto cuidado y atención al niño*; de la temática ambiente, emergieron los temas *el ambiente de la UIN y sentimientos de la enfermera en el ambiente de la UIN*; en la temática relación interpersonal, el otro tema fue *la relación con el equipo interdisciplinario*. El proceso de atención humanística al recién nacido fue elaborada colectivamente por las enfermeras después de la comprensión del significado del su estar mejor en UIN, y todavía incluyó todas las etapas de la Teoría Humanística. Intentamos comprender las relaciones entre el discurso y la existencia, el medio, el ambiente que envuelve las personas de cada enfermera. Creemos que la tesis alcanza la comprensión de la enfermera sobre el significado de su experiencia, de su estar mejor al cuidar del RN en UIN, por el desarrollo de la autoconciencia, de la comprensión del otro, por lo mirar más relacionador de las diversidades, por el establecimiento de una visión más amplia de las realidades vividas en su rutina, por la transición de su egocentrismo para lo compartir de sus emociones, de su saber y de su vocación – lo cuidar.

Palabras clave: Procesos de Enfermería. Relación Enfermero-Paciente. Recién Nacido. Enfermería Neonatal.

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1	- Síntese do Processo da Enfermagem Fenomenológica	48
Diagrama 2	- Síntese da Metodologia	66
Diagrama 3	- Síntese da Metodologia - Processo de Enfermagem Fenomenológica de Paterson e Zderad	67
Diagrama 4	- Síntese dos Resultados - Aplicação do Processo da Enfermagem Fenomenológica na UIN	153
Diagrama 5	- Síntese dos Resultados	154
Diagrama 6	- Síntese dos Resultados - Síntese do Processo da Enfermagem Fenomenológica na UIN	155
Diagrama 7	- Síntese dos Resultados - O <i>Estar - Melhor</i> das Enfermeiras em UIN ..	173

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese do Processo de Enfermagem	49
Quadro 2 - Caracterização das Participantes do Estudo	73
Quadro 3 - Temas, Dinâmicas, Textos e Músicas para Reflexão Utilizados nas Reuniões com as Enfermeiras.....	81
Quadro 4 - Linguagem não verbal das Enfermeiras durante as Interações	133
Quadro 5 - Observação das Enfermeiras - Vivências e Cuidados ao Bebê na UIN	139

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT.....	12
RESUMEN.....	13
LISTA DE DIAGRAMAS.....	14
LISTA DE QUADROS.....	15
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 A descoberta da temática.....	19
1.2 Uma possibilidade de cuidado diferenciado ao recém-nascido na Unidade de Internação Neonatal	21
2 OBJETIVOS	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	31
3.1 A Teoria Humanística como referencial de cuidado.....	31
3.2 Bases teórico-filosóficas da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.....	31
3.3 Metaparadigmas na Enfermagem e a Teoria Humanística de Paterson e Zderad	34
3.4 A utilização dos conceitos da Teoria Humanística no cuidado ao bebê na UIN.....	36
3.5 A Enfermagem fenomenológica	40
3.6 Vivenciar a Enfermagem humanística na UIN à luz do processo da Enfermagem fenomenológica.....	43
4 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	51
4.1 O caráter da pesquisa	51
4.2 O cenário e os sujeitos da pesquisa	52
4.3 O desenvolvimento da pesquisa	53
4.4 A elaboração de dados	60
4.5 O agrupamento dos dados.....	62
4.6 Análise dos dados à luz da Teoria Humanística.....	63
4.7 Aspectos éticos da pesquisa	64

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	69
5.1 Apresentação das participantes do estudo: o <i>vir-a-conhecer</i> as enfermeiras.....	69
5.2 O modelo de análise de dados.....	76
5.3 A vivência dialógica: a busca do <i>estar-melhor</i> das enfermeiras ao cuidar do RN na UIN.....	80
5.4 O desvelar dos sentimentos geradores de temas.....	88
5.5 Reflexões sobre a comunicação não verbal das enfermeiras durante as interações grupais	130
5.6 Observação das enfermeiras ao cuidar do RN na UIN.....	138
5.7 O imaginário das enfermeiras sobre os momentos de interação.....	147
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
REFERÊNCIAS.....	175
APÊNDICE A Instrumento de identificação	189
APÊNDICE B Instrumento de observação	190
APÊNDICE C Consentimento livre e esclarecido	191
APÊNDICE D Consentimento pós-esclarecimento	192
APÊNDICE E Processo da Enfermagem fenomenológica em Unidade de Internação Neonatal – Cuidado Humanístico	193
ANEXO A Comitê de Ética - SISNEP.....	196
ANEXO B Comitê de Ética - NESAR	197



INTRODUÇÃO

O interesse da enfermagem não se centra unicamente no bem-estar de uma pessoa, porém em seu existir mais pleno ajudando-a a ser a mais humana possível em um momento particular de sua vida.

Paterson e Zderad (1979)

1 INTRODUÇÃO

1.1 A descoberta da temática

O cotidiano enfrentado pelas enfermeiras que trabalham em Unidade de Internação Neonatal (UIN) lhes impõe um alargamento de perspectivas na observação, realização e gerenciamento, do ponto de vista das suas atividades profissionais. No contexto de sua prática, o desempenho dos procedimentos técnicos constitui o melhor meio de aproximação dos bebês sob seus cuidados, os quais podem ser visualizados pelas enfermeiras como atitude e prática concreta.

Por ser um setor hospitalar, com locação de recursos humanos e tecnológicos, a UIN é uma unidade de tratamento especializado. Nesse serviço, verifica-se profunda complexidade relacionada às situações críticas dos recém-nascidos (RN) ali internados que necessitam de assistência dirigida não apenas para seu estado fisiopatológico, mas também para as questões psicossociais, familiares e ambientais.

Uma unidade hospitalar, assim diferenciada, é um local onde os equipamentos são avançados e de alta precisão. Nele, a contínua movimentação das pessoas que oferecem cuidados e o barulho dos equipamentos contribuem para o aumento do estresse e da ansiedade, tanto nos profissionais como nos pacientes e em seus familiares (LE MOS; ROSSI, 2002).

Dessa forma, no espaço cada vez mais burocratizado e “tecnologizado” da UIN, pouco lugar sobrou para o humano se manifestar às claras, cabendo-lhe um viver periférico e, aparentemente, secundário nesse cenário de vida, sofrimento e morte dominante nas unidades neonatais.

Nesse espaço, o que foi por muito tempo recalcado, ou seja, a percepção do ser, ressurge com força extremada e se capilariza, embora de maneira confusa, dentro do pretenso “asséptico” ambiente das instituições de saúde, pois é a busca

da dimensão humana, receptiva e calorosa que deve conformar qualquer proposta de cuidado em serviços de saúde (BELLATO; PEREIRA, 2003).

Para compreendermos essa proposta, é necessário analisarmos no conjunto o sistema assistencial e administrativo no qual o cuidado está integrado à base institucional bem como os sentimentos, crenças e valores dos que cuidam, subsidiados pelo saber científico e tecnológico, regidos por normas e rotinas que determinam horários para higienização, alimentação, sono e repouso, de tal forma a não priorizar nem a vivência do RN nem os *limites* físicos e psicológicos impostos às enfermeiras. Estas, subjugadas, entregam-se à imposição das rotinas hospitalares.

Assim, as ações do cuidar de recém-nascidos internados em UIN envolvem variáveis a serem constituídas ao longo de experiências da prática do cuidado na transformação do binômio saúde/doença e nas condições de ser e viver em sociedade. O cuidado envolve dimensões afetivas, pois está ligado às formas de *estar-com* o bebê de forma genuína, demonstrando afeto e carinho, valorizando-o, também, nas dimensões técnica e instrumental, tornando o cuidado um momento de encontro e troca relacional.

Conforme percebemos, a assistência neonatal passa por transformações e o advento de novas tecnologias ampliou possibilidades de melhor cuidar dos recém-nascidos. Essas mudanças promoveram também a meta a ser alcançada, o objetivo final das unidades neonatais, dirigidas não só à racionalidade e recuperação do corpo anatomofisiológico do bebê, mas também à sua qualidade de vida.

Neste contexto, o cuidado de Enfermagem é um processo interativo, resultante do encontro de dois seres humanos: um comprometido com o cuidar e outro que necessita ser cuidado. Por este motivo, exige ser a enfermeira uma profissional consciente e comprometida com o cuidado e que mantenha um relacionamento efetivo e terapêutico com o paciente, considerando sua unicidade e irrepetibilidade, pois é indispensável o conhecimento de cada indivíduo como existência singular em sua situação.

A internação em unidade neonatal é precedida de comprometimentos orgânicos, presentes e potenciais que colocam em risco a vida do bebê doente. A

nosso ver, esse fato contribui para que a assistência de Enfermagem, nessa unidade, seja norteadada pelo modelo biomédico.

De acordo com esse modelo, a saúde é vista como o bom funcionamento dos órgãos ou ausência de doença, objeto de observação e mensuração, jamais como experiência subjetiva, ou problemática existencial (POLAK, 1997). A doença é vista como danos orgânicos, como um conjunto de sinais e de sintomas, de manifestações físicas. Essa visão não tem lugar para a expressão da subjetividade, para o ser de relações; este não é valorizado.

Para nós é importante abordar a necessidade de humanização do cuidado de Enfermagem na UIN, com a finalidade de provocar uma reflexão da equipe e, em especial, das enfermeiras. Na nossa opinião, humanizar é uma medida que visa, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao bebê criticamente doente, considerando-o como um ser biológico, psicossocial e espiritual. Além de abranger o cuidado a ele, a humanização estende-se a todos os envolvidos no processo saúde-doença neste contexto: o RN, a família, a equipe interdisciplinar e o ambiente.

A humanização deve fazer parte da filosofia de Enfermagem. Embora o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos sejam importantes, não são mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, conduzirá o pensamento e as ações da equipe de Enfermagem, principalmente da enfermeira, tornando-a capaz de criticar e estabelecer uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam a dinâmica da UIN.

1.2 Uma possibilidade de cuidado diferenciado ao recém-nascido na Unidade de Internação Neonatal

O cuidado de Enfermagem percorre o caminho do conceito individual e coletivo e assim se perfaz a identidade da profissão de enfermeiro que, na complexidade do cuidado, interage com a equipe multi e interprofissional na busca da melhoria de suas ações (LOPES, 1998).

Inegavelmente a divisão do trabalho profissional e intra-equipe de Enfermagem pode interferir nas atividades realizadas pela enfermeira, já que recebe

influências do modelo biomédico, do aparato tecnológico, assim como da própria dinâmica organizacional da instituição hospitalar. No entanto, o trabalho das enfermeiras deve distanciar-se desses estereótipos e descobrir formas outras de realizar o cuidado, utilizando-se do embasamento científico e da tecnologia como meios para interagir com o bebê e sua família, ajudando-os nas suas necessidades biológicas, psicossociais e espirituais.

O cuidado e o cuidar são formas complexas, vistas como prática técnica e relacional da Enfermagem, a qual resulta da dinâmica das relações socioprofissionais, além de uma pluralidade conceitual e situacional. É preciso pensarmos também na questão de gênero e na dimensão do saber-poder profissional porque apesar de serem maioria na Enfermagem e terem alcançado degraus elevados com o desenvolvimento da profissão, as mulheres ainda ocupam posições, em nossa sociedade, de subordinação, as quais se estendem às relações com os profissionais de saúde (LOPES, 1998).

Dessa forma, a consolidação do cuidado deve incorporar suas ações não somente tecnicista, mas também de expressividade afetiva, de atenção para com o outro e para o que se faz, contribuindo, assim, para uma atuação integral como prática profissional, considerando-o um instrumento importante para a recuperação e *bem-estar* dos RNs internados em unidades neonatais, como dessas profissionais cuidadoras.

Sabemos que o modelo assistencialista e tecnicista enfrenta dificuldades para ultrapassar o padrão biomédico, presente de forma concreta na sociedade. Estas dificuldades não se referem apenas à ordem estrutural existente nas nossas instituições de saúde, mas, também, às dificuldades inerentes à própria profissão (LOPES, 2002).

Nossa experiência possibilita afirmar que as unidades neonatais possuem algumas características próprias, como: a convivência diária dos profissionais e dos bebês; a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico, com vistas a manter o ser humano vivo; a ansiedade tanto dos profissionais quanto dos familiares; as rotinas, muitas vezes, rígidas e inflexíveis; e a rapidez de ação no atendimento.

Esse paradigma biológico, entre outras características, assume o fato de que existe uma realidade a ser apreendida por meio de leis e mecanismos naturais imutáveis. A atitude básica é reducionista e determinista. O todo é a soma das suas partes; visa ao relacionamento de causa-efeito, sem que seja valorizado o *diálogo*, a *presença*; o tipo de abordagem utilizada, na maioria das vezes, é a quantitativa.

Enfim, um modelo guiado pelo paradigma positivista no qual o cuidado de Enfermagem acontece nesse conturbado ambiente de aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, entre outros.

Embora a tecnologia avance velozmente em parceria com as ciências, trazendo inúmeros benefícios ao campo da Neonatologia, no relacionado à utilização de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, necessitamos repensar estes avanços nas unidades de internação neonatais, para não contemplarmos somente questões técnicas e biológicas.

Quando a prática reflexiva surge de uma educação transformadora embasada no diálogo e no exercício da consciência crítica, as mudanças surgem como resultado de uma realidade em que as pessoas envolvidas no processo se tornam participativas. A conscientização passa a ter sentido de auto-avaliação, crítica e reflexiva, na tentativa de melhor cuidar do seu paciente (FREIRE, 2003).

A capacidade de *estar-com* o outro e de relacionar-se revela a empatia que a enfermeira transmite ao bebê. Segundo Paterson e Zderad (1979, p. 53), “os seres humanos podem relacionar-se como sujeito a objeto e como sujeito a sujeito, isto é, pessoa a pessoa. Ambos os tipos de relação são essenciais para a existência humana genuína”.

Para amenizar conflitos de experiências vivenciados pelos seres humanos, a enfermeira deve promover a interação enfermeira/paciente. Essa interação estabelece que a enfermeira deve ser capaz de fornecer o cuidado necessitado pelo paciente (MARRINER, 1989). Isto ocorre quando desenvolve a percepção a partir de suas próprias experiências de dor e de sofrimento.

Neste contexto ocorre o processo de comunicação, quando ela se envolve verdadeiramente com o paciente, estabelecendo assim uma relação pessoa-pessoa por meio da empatia. A empatia caracteriza-se por um processo de ajuda mútua. Empatia, segundo Bueno (2004), é a tendência de sentir os mesmos sentimentos do outro. A enfermeira coloca-se no lugar do paciente para assim comungar com ele suas emoções.

É importante expressar a percepção do olhar dirigido pelo bebê à enfermeira que dele cuida, o qual está incluso no relacionamento entre eles e que deverá estar permeado de compreensão e empatia. Esta capacidade de comunicação é, muitas vezes, afetada pelo estado emocional e pelo bem-estar físico da enfermeira, acarretando dificuldades na percepção, com a devida atenção às reações do RN ao seu estado físico e mental.

Reações comportamentais do recém-nascido (RN), como expressão de choro, mímica facial de dor, arqueamento das sobrancelhas, atividade motora exacerbada, entre outras, foram observadas por meio de pesquisas, ante o cuidado promovido de maneira impessoal. Também reações fisiológicas, entre as quais aumento da frequência cardíaca, alterações de saturação de oxigênio, demonstrando, assim, que, além da ambiência, a falta de uma presença genuína acarreta desajustes na vivência do bebê na Unidade de Internação Neonatal (ROLIM, 2003).

As funções vitais do RN recebem maior atenção por parte da equipe de saúde atuante na UIN, isto por ser vital para assegurar a sobrevivência do bebê. Muitos parâmetros podem ser observados, entre eles, a respiração, o ritmo cardíaco, a cor e aspecto da pele e sinais viscerais, como soluços, salivação, regurgitação e movimentos peristálticos (BRASIL, 2002).

Alguns comportamentos podem refletir a estabilidade do bebê, como uma respiração calma, pulso regular, a coloração rosada da pele, demonstrando, assim, que no momento o bebê está gerindo seus estímulos internos e externos, mantendo, portanto, um equilíbrio entre as demandas do ambiente e suas respostas.

Mas o bebê não se acalma facilmente quando está desconfortável, incomodado ou estressado; embora libere os hormônios de estresse nas lágrimas,

isto não é suficiente para que relaxe, pois ele necessita do toque humano, da carícia, do abraço e de uma voz tranquilizadora, para poder se sentir seguro. Compartilha, com os adultos, de reflexos automáticos: seu coração responde a mudanças emocionais, como o medo, aumentando o ritmo cardíaco.

Consoante Maturana e Rezepka (2001), 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 tocar de nossas mãos é fisiologicamente terapêutico.

O toque carinhoso, segundo Barcellos e Camponogara (2001), constitui um modo de comunicação não verbal, uma forma ideal para que os sentimentos sejam expressos e compreendidos. Ao tocar carinhosamente, a enfermeira qualifica seu cuidado ao bebê quando este se apresenta fragilizado tanto física como emocionalmente. Segundo Rolim (2003), ao tocar no recém-nascido, durante o cuidado, a enfermeira deverá fazê-lo de maneira 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 do seu toque; ela fala por meio das mãos palavras vindas do seu interior, do seu coração.

A posição harmoniosa do bebê, o equilíbrio entre flexão e extensão e a ausência de hipo ou hipertônias, o 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).

Do mesmo modo, a estabilidade do bebê também pode ser percebida pelo olhar vivo, capaz de se fixar, mesmo por um período curto; movimento da boca, como querendo falar. Em situações de instabilidade física ou emocional, o bebê realiza mudança de posição, como se estivesse querendo reagir ao toque, podendo, então, virar a cabeça para o lado oposto do estímulo, cobrir o rosto com as mãos e usar o sono como refúgio, desprendendo energia e dificultando sua interação social.

Portanto, sabendo reconhecer os diferentes estados (*chamados do bebê*) e perceber quando eles ocorrem e quais são as *respostas* esperadas do bebê, a enfermeira pode ser capaz de atender com maior sensibilidade aos seus chamados. Neste momento, ela poderá usar as respostas do bebê para planejar o cuidado, estabelecendo pausas e aguardando um sinal emitido por ele para continuar a interação ou o procedimento.

Segundo Leopardi (1999 b), 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. Nessa direção, devemos constituir um processo de cuidados, verificando sua natureza da manutenção e reparação da vida, a partir de situações vividas pelas pessoas que precisam deles.

Após reflexões, conforme percebemos, muitas vezes o modo de desenvolver a assistência na UIN não nos agrada mais. Observamos, no cotidiano exaustivo, que assumimos “coisas” que vão acontecendo, preparamos o ambiente para atuações multiprofissionais e, no final de um expediente de trabalho, não somos capazes de vislumbrar um cuidado integral, muito menos uma auto-satisfação, uma plenitude profissional do “dever cumprido”.

Em uma UIN, os sentimentos das enfermeiras são permeados, freqüentemente, pela angústia, cansaço e insegurança, por atuarem em um ambiente tenso, estressante e, conseqüentemente, pela assistência desvinculada da atenção necessária à valorização do RN. Isto, de modo geral, impossibilita uma interação verdadeira deles por intermédio do olhar, do toque, da fala e outras ações transmissoras de tranquilidade, conforto e segurança (ROLIM, 2003).

Essas profissionais estão atreladas às normas e rotinas por elas criadas e impostas a partir da influência institucional. Tornam-se desvinculadas e sentem-se como exploradas pelo trabalho. Como enfermeira assistencial há dezesseis anos, vivenciamos experiências contrárias aos nossos princípios almejados, nas quais o cuidado ao RN necessita ser mais humanizado e realizado por profissionais qualificados e estáveis física, psica e emocionalmente. Desta forma, nos questionamos: A enfermeira sente-se bem atuando em UIN? É possível transpor obstáculos, procurando opções que levem ao estabelecimento de um processo de

trabalho com perspectiva emancipatória? Pode-se praticar uma atenção humanizada ao RN em UIN? A enfermeira compreende o significado de sua atuação em Unidade de Internação Neonatal?

Nossos questionamentos vêm de longo tempo. Portanto, a elaboração deste estudo representa a continuidade de um trabalho coletivo, desenvolvendo atividades na Unidade de Internação Neonatal, de uma maternidade-escola, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade. Ao concluirmos a dissertação de Mestrado em 2003, observamos que algumas enfermeiras necessitam buscar uma interação mais efetiva com o bebê na realização do seu mais importante papel – o de cuidador (ROLIM, 2003).

Na tentativa de compreender esses resultados, nosso interesse é defender a tese de que, após aquisição dos conhecimentos sobre a Teoria Humanística de Enfermagem, de Paterson e Zderad, e, ao buscar o *diálogo genuíno* com o recém-nascido de alto risco nas práticas diárias vivenciadas, embasadas em conhecimento científico e humano, a enfermeira conseguirá compreender o significado do seu *bem-estar* e *estar-melhor* na arte de cuidar do recém-nascido de alto risco.



OBJETIVOS

O amor não é algo possuído pelo EU como se fosse um sentimento. Os sentimentos, o homem os possui, porém, o amor é algo que “acontece” entre dois seres humanos, além do EU e alguém de TU na esfera “entre” os dois.

Martin Buber (1979)

2 OBJETIVOS

Geral

- Investigar a prática da enfermeira na assistência ao recém-nascido de alto risco na Unidade de Internação Neonatal, com base na Teoria Humanística.

Específicos

- Analisar a prática da enfermeira na assistência ao recém-nascido de alto risco na Unidade de Internação Neonatal, após aprimoramento do seu cuidado, com base nos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem.
- Desenvolver um processo de cuidado humanístico ao recém-nascido de alto risco na Unidade de Internação Neonatal, com participação coletiva das enfermeiras.



REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Quanto mais conseguimos incluir de nós mesmos, mais conseguimos estar abertos aos outros [...] mais nos permitimos compartilhar com os outros. E cada vez esta partilha aumenta.

Paterson e Zderad (1979)

3 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

3.1 A Teoria Humanística como referencial de cuidado

Na qualidade de enfermeira, atuando em Neonatologia, temos, muitas vezes, questionado a assistência dispensada ao bebê. Nosso interesse profissional é de rever o processo de atenção ao bebê em UIN, como maneira de ampliar a dimensão do cuidado, buscando reflexões, contemplação e discussões relacionadas ao seu *bem-estar* e *estar-melhor*. Ao mesmo tempo, procuramos inseri-lo, como pessoa significativa, 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.

Na busca de um referencial teórico-metodológico adequado à realização deste estudo, consideramos nossa vivência profissional em UIN e a forma de cuidar do bebê, acrescidas do nosso aprendizado no mestrado (ROLIM, 2003). Desta forma, julgamos ser o processo da Enfermagem fenomenológica da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1976) o referencial adequado neste trilhar coletivo pesquisadora/enfermeiras da Unidade de Internação Neonatal estudada.

3.2 Bases teórico - filosóficas da Teoria Humanística de Paterson e Zderad

A Enfermagem demonstra a cada década um crescimento científico qualificando seus conteúdos, princípios e criação de teorias que dão sentido aos fenômenos por ela examinados. Como mostra a história, a Teoria Humanística de Enfermagem 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 autores como Husserl, Buber, Marcel, Nietzsche, entre outros (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O existencialismo foi uma resposta às filosofias dominantes do positivismo e do determinismo, uma abordagem filosófica para a compreensão da vida, desenvolvida no século XIX e encontrada nos escritos de Kierkegaard e Nietzsche. Aumentou sua popularidade durante o século XX, com as duas guerras mundiais e a ameaça de destruição nuclear como principais preocupações sociais.

Paterson e Zderad (1979, p.139) destacam ao falar sobre o existencialismo e humanismo:

[...] na análise da existência do ser humano individual, enfatiza a liberdade e responsabilidade do indivíduo [...], o humanismo é sistema ou modo de pensamento ou ação no qual se dá importância capital aos interesses humanos, a seus valores e a sua dignidade.

Os indivíduos precisavam entender a vida em termos pessoalmente relevantes, pois, no existencialismo, há possibilidades de escolha que determinam a direção e o significado da vida de cada um. É uma abordagem filosófica para a compreensão da vida, da dimensão do *Ser Humano*, sendo o existir a dimensão primária. Tudo acontece nesta existência e não racionalmente (PRAEGER et al., 2000).

Quando estamos isolados, na escolha de caminhos, podemos encontrar significados ao partilhar as nossas experiências com outros que também estão enfrentando as escolhas incertas do cotidiano (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A Enfermagem é entendida, pelas autoras, como um diálogo vivo por meio do qual se compreendem e se descrevem as situações de Enfermagem. Para que um diálogo vivo esteja presente, há necessidade da (o) enfermeira (o) possuir conhecimentos sobre Filosofia e Ciências Humanas e procurar autoconhecimento por meio de cursos, leituras e das artes (PATERSON; ZDERAD, 1979). Para fundamentar a teoria da prática humanística, as teóricas utilizaram o pensamento de alguns filósofos, entre eles, o filósofo do diálogo, Martin Buber.

Judeu existencialista, Martin Buber foi o principal expositor da filosofia dialógica - a filosofia do inter-humano, no século XX. Para ele, todo o momento da existência do ser humano é carregado de significado. O ser humano está em constante relação com outro ser; é um acontecimento histórico (SIDEKUM, 1979).

Buber sentiu profundamente o colapso do relacionamento na civilização moderna. Tinha consciência de que a ênfase tecnocrática da sociedade moderna provocava um distanciamento maior entre as pessoas (HYCNER, 1995). Esse fato é constatado nas unidades nas quais o trabalho é intenso e mecanicista, pois os profissionais, muitas vezes, como referimos, relacionam-se mais com as máquinas do que com as pessoas que compõem o cenário nessa unidade.

Para Buber, as relações com as pessoas acontecem de duas maneiras diferentes, porém necessárias: a relação *"Eu-Tu"* e a *"Eu-Isso"* (BUBER, 1974). A relação *"Eu-Tu"* é uma atitude de genuíno interesse na pessoa com quem estamos interagindo verdadeiramente. Isso significa que valorizamos sua singularidade, reconhecendo-a como um ser existencial. Essa relação envolve a totalidade do ser; é uma relação de plenitude, de sujeitos, de intersubjetividade. A pessoa é um fim em si mesma e não um meio para atingir um fim.

Em contraste, a relação *"Eu-Isso"* ocorre quando o outro é, essencialmente, um objeto para nós, utilizado como meio para um fim. Nesse tipo de relação, não existe um encontro genuíno entre pessoas. A relação *"Eu-Isso"*, porém, é um aspecto necessário na vida humana. Não é a sua existência que está "errada", mas sim a predominância esmagadora com que se manifesta na moderna sociedade tecnocrática (BUBER, 1974).

Observa-se, ao se tecer um paralelo com a realidade do cuidado na UIN, que essa atitude é aplicada indiscriminadamente às situações que clamam, a todo instante, por um encontro ou diálogo genuíno entre pessoas somente possível de emergir se duas pessoas estiverem disponíveis para ir além da atitude *"Eu-Isso"* e valorizarem, aceitarem e apreciarem, verdadeiramente, a alteridade da outra pessoa. O dialógico, para Buber, é a forma explicativa do fenômeno inter-humano que implica presença ao evento de encontro mútuo, no qual presença significa "presentificar" e ser "presentificado".

Portanto, isso significa estar disponível para conhecer e entrar na esfera do entre. O "entre" é a esfera da qual todos participamos, quando estamos envolvidos e verdadeiramente interessados em outra pessoa; transcendemos o

"sendo" de identidade que normalmente conhecemos. É no encontro do "Eu e Tu" que fica o reino do *entre* (BUBER, 1974).

Enquanto o diálogo genuíno começa quando cada pessoa considera a outra como o ser único que é, consciente de ser um ser diferente do outro, da maneira única que lhe é peculiar, o reconhecimento existencial inicia-se com a validação da singularidade. Já a obsessão, com a dimensão objetiva da existência, faz com que, conseqüentemente, coisifiquemos a nós mesmos e às outras pessoas.

3.3 Metaparadigmas da Enfermagem e a Teoria Humanística de Paterson e Zderad

Os metaparadigmas da Enfermagem, na visão humanística de Paterson e Zderad (1979), são os seguintes: *homem*, que representa a enfermeira e o cliente; *saúde*, como o *bem-estar* e o *estar-melhor*; *ambiente*, isto é, a situação humana onde ocorrer, em qualquer tempo e espaço, num mundo real de homens e coisas, e *Enfermagem*, ou seja, a própria transação intersubjetiva, o diálogo vivido.

Para a Teoria Humanística, o ser humano é único e capaz de interagir consigo e com os outros seres, afetando o mundo e sendo afetado por ele. Possui características especiais de relacionar-se por meio da relação "Eu-Tu", "Eu-Isso", no tempo e no espaço. Na relação com outros seres, o ser humano vem a ser e manifesta sua singularidade. É por intermédio do encontro que o outro não é um indivíduo impessoal, um "ele" ou "ela", mas torna-se um "Tu" sensível e próximo do "Eu" (PATERSON; ZDERAD, 1988).

O encontro ocorrerá se tanto um quanto o outro estiverem disponíveis, querendo que ele ocorra. Dar-se-á de forma efetiva, ou seja, com qualidade, se os seres envolvidos mostrarem sua singularidade. Segundo Paterson e Zderad (1988), é importante considerar a amplitude dos encontros humanos, que vão do trivial ao extremamente significativo.

Acontecendo isso, o *entre* será reconhecido. O ser-enfermeira precisa estar totalmente presente e, simultaneamente, ser capaz de refletir com o outro ser sobre o que está sendo experienciado, num dado momento, para, juntos, encontrarem a solução para o problema de saúde.

A saúde é uma questão de sobrevivência pessoal. É vivenciada no processo de viver, de estar envolvido, em cada momento, nas verdadeiras relações com os outros. Dessa forma, é algo mais do que a ausência de doença. Os seres humanos possuem o potencial para o *bem-estar*, mas, também, para o *estar-melhor*.

O interesse da enfermeira reside no *estar-melhor* de uma pessoa, no seu existir pleno, em ajudar o outro a ser o mais humano possível, em um momento particular de sua vida. Independentemente do estado geral de uma pessoa, se ela está disposta às experiências da vida, ela está saudável (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A nosso ver, tanto o *bem-estar* quanto o *estar-melhor* devem ser os objetivos da enfermeira na UIN. Assim, seu cuidado ao RN requer envolvimento pessoal, moral e espiritual, em que o cuidado não é somente emoção, atitude ou querer fazer. O cuidado requer concretude em dimensões humanísticas, sociais, éticas, biológicas e espirituais.

O ser humano vive em ambientes: o ambiente interno, que é subjetivo, e o ambiente externo, de objetos, pessoas e coisas. É no ambiente interno que os valores, as crenças e os sentimentos nascem e a reflexão permite a percepção desses sentimentos (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Esse ambiente deve estar desprovido de qualquer atitude de preconceito, avaliação, reprovação e restrição por parte da enfermeira, pois esta deve proporcionar um ambiente agradável para que o paciente se sinta à vontade. O diálogo é mais do que uma conversação entre duas pessoas; é um relacionamento em que ocorre verdadeiro partilhar, uma transação intersubjetiva, isto é, a relação de um indivíduo único (Eu) com outro também único (Tu) (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A Enfermagem é uma resposta de cuidado a um chamado de ajuda que ocorre por meio da compreensão do significado de experiências de vida e busca de potenciais. Durante o encontro, a relação inter-humana estará intencionalmente voltada para o *bem-estar* e o *estar-melhor*. Para Cardoso (2001), o cuidado humanístico valoriza a relação humana efetiva, e a congregação das ferramentas usadas demonstra o conjunto de atividades desenvolvidas pela enfermeira de forma relacional, compartilhada e humana.

Parafraseando Paterson e Zderad (1988), a Enfermagem, portanto, não envolve um encontro meramente fortuito, mas um encontro no qual existem um chamado e uma resposta intencionais. A Enfermagem humanística, neste aspecto, pode ser considerada um tipo especial de diálogo vivido.

3.4 A utilização dos conceitos da Teoria Humanística no cuidado ao bebê na UIN

Por ser a Enfermagem um processo entre pessoas, esta permite que ambas possam atuar e serem afetadas, com possibilidade de se tornarem melhores. A enfermeira dessa unidade deve refletir em como ajudar o RN a *estar-melhor* nesse momento particular de sua vida. Mesmo o bebê estando envolto em máquinas, fios, soros, drenos, entre outros, poderá manter-se com os parâmetros fisiológicos estáveis, por estar em uma posição confortável ou ser tocado de maneira carinhosa.

O ser cuidador (enfermeira) e o ser cuidado (bebê) têm em comum o ambiente externo, a UIN, cujas características já foram comentadas na introdução deste trabalho, porém, cada um pode perceber esse ambiente de modo diferente, influenciado pela sua vivência, pelo seu ambiente interno.

A relação do bebê com o ambiente da UIN (Isso) será expressiva se percebida por ele como uma condição que lhe possibilite manter ligação entre seu mundo interior e o exterior, ambiente da UIN, propiciando manter ou, talvez, aperfeiçoar seu ambiente interior.

Por meio da observação participante, Rolim (2003) nos traz como resultados da interação enfermeira/bebê/ambiente a percepção do cuidado realizado e as respostas comportamentais e fisiológicas e os sinais emitidos pelo RN. Utilizou para tal um instrumento que 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. A qualidade do cuidado, o toque, a troca de olhar, o acalanto, como também a falta de atitudes humanísticas de algumas enfermeiras, desvelaram urgente busca por um *estar-melhor* em seu mais importante papel: o de cuidador.

Conforme observado, o ambiente da UIN tornar-se-á menos impessoal para o RN quando o diálogo estiver aberto para ambos, quando houver interação dele com a enfermeira da UIN. Enfim, as enfermeiras da Unidade precisam diferenciar a assistência nesse ambiente, ensejando e humanizando as relações, otimizando as expressões, tanto objetivas quanto subjetivas.

O diálogo entre a enfermeira da UIN e o bebê pode acontecer por meio do *encontro*, do relacionamento, da presença, de uma chamada e uma resposta. O encontro entre duas pessoas ocorre quando elas atingem verdadeira comunhão ou comunicação.

Mas o encontro verdadeiro da enfermeira com o bebê da UIN deve estar voltado não somente para os problemas e suas soluções mas, também, para a comunhão e a partilha. O encontro “*Eu-Tu*” (ser cuidador/ser cuidado) é imprescindível para que a Enfermagem preste ajuda, para que se dê o ato de Enfermagem.

É importante a enfermeira não direcionar 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*. Segundo Paterson e Zderad (1979), os indivíduos têm um potencial para estar bem, podendo estar melhor quando desenvolvem um processo de se tornarem tudo o que é humanamente possível. Na opinião das teóricas a Enfermagem é considerada 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*.

Na UIN, o encontro será significativo, garantindo autêntica intersubjetividade, quando as enfermeiras aflorarem suas emoções pessoais concomitante ao seu papel profissional e findarem por exercer a dominação, impondo normas e rotinas. Contudo, ocorrerá o contrário se fizerem com que sua presença seja percebida pelo bebê como alguém que está preocupado apenas em compreender sua experiência de ser/estar doente na UIN.

Esse encontro entre a enfermeira e o bebê de UIN exige que aquele que é chamado seja, primeiro, uma pessoa disponível para outro ser humano e, segundo, um profissional com habilidade técnico-científica. O relacionamento significa *estar-com* o outro. Existem duas maneiras de o ser humano se relacionar: como sujeito com o objeto e como sujeito com o sujeito, pois ambos são elementos integrantes da Enfermagem humanística (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Na relação enfermeira/bebê de UIN, tanto um quanto o outro podem ser vistos como sujeito (*Tu*) ou como objeto (*Isso*). Quando transformamos o outro em objeto, também nos tornamos objeto (PRAEGER et al., 2000). Portanto, o bebê pode perceber a enfermeira como um objeto quando a considera somente executora de procedimentos. Da mesma forma, a enfermeira pode ser vista como sujeito pelo bebê e vice-versa, quando existir diálogo, de modo a valorizar seus *chamados* e, assim, proporcionar conforto e confiança; quando respeitarem sua privacidade, demonstrarem atenção e afeição, entre outros.

No diálogo genuíno, o ser humano relaciona-se com o outro como uma presença. Estar presente significa ser acessível ao outro, estar aberto ao outro, disponível. Essa abertura é feita a uma pessoa com necessidade. A acessibilidade deve estar dirigida a ajudar o outro. A disponibilidade significa que, além de estar à disposição do outro, é preciso estar com o todo dele (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A enfermeira da UIN far-se-á presente ao bebê pela competência técnica, por um olhar carinhoso, um afago, um escutar sensível, um tom de voz amável. A presença também envolve reciprocidade; os seres envolvidos no diálogo; ser cuidado e ser cuidador devem ser vistos como uma pessoa, como um “Eu e Tu”, em vez de um objeto, um “Isso”.

O chamado e a resposta no diálogo da Enfermagem ocorrem de forma verbal e não verbal; referem-se à capacidade de os trabalhadores de Enfermagem relacionarem-se com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida. Ocorrem em ambas as direções (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Portanto, 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, podem ser considerados como *chamados* e trazem à enfermeira

e ao bebê momentos de angústia. Cabe às enfermeiras identificá-los como fatores de risco ao bem-estar do bebê. Também a ambiência da UIN pode atingir o frágil sistema auditivo do bebê, assim como interferir em seu sono e repouso, levando-o à fadiga, agitação, irritabilidade e choro, com possíveis conseqüências de ordem física e emocional.

Estar com o bebê é observar seu modo de estar, suas expressões ao solicitar ajuda; é perceber quando 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 evidenciam a todos suas necessidades; seu chamado poderá vir em forma de choro, como maneira óbvia de demonstração de fome, desconforto ou solidão.

Manter sintonia e interação com o bebê durante os cuidados planejados propiciará a ele bem-estar, e poderá 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).

Quando ignoramos o chamado, não percebemos, muitas vezes, a verdadeira necessidade do bebê, que pode estar na expressão da subjetividade. A enfermeira deverá se mostrar presente, ouvindo seu chamado, na expectativa de dar uma resposta condizente com essas necessidades, concretizando, dessa forma, o diálogo.

Portanto, a Enfermagem é um diálogo vivido, em que a enfermeira e outra pessoa se relacionam pelo encontrar-se, pelo estar presente. Para entendê-la, é preciso considerá-la como um fenômeno que ocorre no mundo real das vivências humanas, variando conforme o doente, sua idade, a situação clínica, sua incapacidade etc., bem como a percepção da enfermeira acerca da necessidade e suas atitudes para responder a ela (PATERSON; ZDERAD, 1988).

3.5 A Enfermagem fenomenológica

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

Este processo é apresentado em cinco fases assim descritas por Paterson e Zderad (1988): *Preparação da enfermeira para vir-a-conhecer; A enfermeira conhece o outro intuitivamente; A enfermeira conhece o outro cientificamente; A enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas; A sucessão interna da enfermeira de muitos para o único paradoxal.*

A *preparação da enfermeira para vir-a-conhecer* é quando acontece a preparação da enfermeira cognoscente para conhecer. Uma fase preliminar, na qual ela 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. Segundo Oliveira, Brüggeman e Fenilli (2003), para se desenvolver o diálogo com o outro, é fundamental a autopercepção.

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 biológicas, psicossociais e 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.

Na fase seguinte, *a enfermeira conhece o outro intuitivamente*, à enfermeira é exigido estar no ritmo do outro, buscando compreender suas experiências, quando se estabelece a relação “*Eu-Tu*”, por meio de um conhecimento que, muitas vezes, é somente sentido, vivenciado. Em nosso estudo, propomos uma vivência dialógica, compreendendo fases como: *o diálogo intuitivo, o diálogo científico e a fusão*

intuitivo-científica. Estas fases não ocorreram de formas distintas, e sim simultâneas, pois apareceram, inúmeras vezes, sobrepostas ou interligadas.

De acordo com Campos (2005), na opinião da enfermeira humanística, a experiência subjetiva do ser humano é tão válida quanto a experiência objetiva possível de ser mensurada. Na relação sujeito-sujeito, cada um reconhece a singularidade do outro, oferecendo, então, uma presença genuína e respondendo ao outro ao ouvi-lo, tocá-lo, ao olhá-lo verdadeiramente, pondo-se em seu lugar e percebendo o significado de cada momento de sua vivência.

Quando se estabelece o *diálogo intuitivo*, inicia-se o relacionamento “*Eu-Tu*”, descrito por Buber. E quando a enfermeira compreende a experiência do outro imediatamente, evitando quaisquer noções preconceituosas, rótulos e julgamentos, a conceitua e a expressa segundo seu potencial humano.

A reflexão inicial de “*Eu-Tu*” é o diálogo, o “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 “*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).

A fase de *diálogo científico*, quando a enfermeira conhece o outro cientificamente, caracteriza-se por uma interpretação do diálogo intuitivo vivenciado, acrescido do diálogo científico conhecido. Desenvolve-se nesta fase a relação “*Eu-Isso*” de Buber (1974), que permite ao homem interpretar, categorizar e acrescentar o conhecimento (OLIVEIRA, 2001). Inclui o método de olhar um fenômeno, comparando, classificando e procurando temas que poderão surgir dos relacionamentos entre as partes. A partir desta análise, a enfermeira poderá estabelecer metas para reestruturar a prática assistencial, buscando sempre, numa relação dialógica, um cuidado mais humanizado e um *estar-melhor*.

O investigador apresenta-se num estado reflexivo, transcrevendo sua visão da Enfermagem. Aqui também será realizada por nós 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 em que a enfermeira *sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas* 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. Como mencionam Paterson e Zderad (1988), as diferenças descobertas em realidades semelhantes não rivalizam, uma não nega a outra e podem ser verdadeiras e estar presentes simultaneamente.

A *sucessão de muitos para o único paradoxal* compreende uma comunhão de objetivos entre pessoas, conhecimentos e sentimentos comuns. Portanto, a sucessão interna da enfermeira, de modo a chegar a uma verdade significadamente pessoal, embora possua um significado universal, ocorre quando esta inicia seu conhecimento por uma noção geral, partindo do conhecimento intuitivo captado, estudado, comparado, contrastado e sintetizado. Quando o investigador, após a captação inicial sobre a situação, 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.

Aqui, a enfermeira tentará compreender os processos a serem vivenciados, estabelecendo metas para reestruturar a assistência, buscando um *bem-estar*, promovendo uma relação dialógica (*estar-com*). Ao se encontrar 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 – a *comunhão*.

Nesse sentido, estamos em consonância com o pensamento de Cardoso (2001), Rolim (2003) e Campos (2005) quando afirmam que o cuidado humanístico valoriza a relação humana efetiva, pois, desta forma, estaremos mais facilmente preparadas para responder ao chamado do outro, gerando confiança, segurança, dialogando e humanizando o cuidado, nutrindo e sendo nutridas. A utilização da Teoria Humanística e o conseqüente estabelecimento da relação “Eu-Tu” e “Nós” é de suma importância no cuidar de bebês de alto risco, e imprescindível para que ocorra o cuidado humanístico.

3.6 Vivenciar a Enfermagem humanística na UIN à luz do processo da Enfermagem fenomenológica

Como parte integrante do sistema de cuidados de saúde, a Enfermagem engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados às pessoas de todas as idades com doença ou deficiência física e mental, em todas as organizações de cuidados de saúde. Por conseguinte, não é recente a preocupação das enfermeiras em face da necessidade de sistematizar suas ações.

De acordo com Westphalen e Carraro (2001), inúmeros são os estudos e experiências realizadas no sentido de selecionar modelos de assistência que, aplicados ao ensino e à prática de Enfermagem, permitam vislumbrar saídas para a efetivação de um atendimento qualificado com repercussão no reconhecimento e valorização profissional.

A diversidade de paradigmas que permeiam o cotidiano da Enfermagem aponta diversas nomenclaturas para designar a Metodologia da Assistência de Enfermagem. Estas, segundo Alfaro-Lefevre (2005), podem variar conforme a terminologia utilizada em cada paradigma e de acordo com a finalidade e a área a que se destinam. Entre elas podemos citar: Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir e Consulta de Enfermagem.

Os Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem surgiram na década de 1950, quando, então, as enfermeiras iniciaram o desenvolvimento de modelos conceituais de Enfermagem, na tentativa de identificar conceitos próprios e sua utilização. Estas foram ampliados na década de 1970, quando surge o Processo

de Enfermagem como modelo operacional para a prática de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Horta (1979, p. 35) utilizou a expressão “Processo de Enfermagem” e o definiu como

[...] a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

A Metodologia da Assistência de Enfermagem é uma atividade unificadora da profissão. Demonstra a função da Enfermagem, mediante o uso da ciência e da arte, unindo teoria, tecnologia e interação. Recupera para a Enfermagem seu primeiro compromisso, que é cuidar das pessoas numa base personalizada, humana e técnica (LEOPARDI, 1999 c).

Conforme Westphalen e Carraro (2001), o Processo de Enfermagem é uma interação, uma atividade – Prática de Enfermagem, é um encontro com a clientela, que necessita do cuidado profissional da enfermeira, esteja esta clientela representada por um indivíduo, por uma família ou por uma comunidade. Ocorrido o encontro, inicia-se o Processo de Enfermagem.

Já no pensamento de Alfaro-Lefevre (2005), o Processo de Enfermagem é um método sistemático de prestação de cuidados humanizados. Enfoca a obtenção de resultados desejados de modo sistematizado; é humanizado porque, à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar os interesses, os ideais e os desejos do paciente. Consiste em cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

A elaboração de um Processo de Enfermagem é um dos meios de que a enfermeira dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. As atividades de competência e as funções da enfermeira cada vez mais ficam definidas pelas necessidades de organização da unidade de atuação, da práxis e, principalmente, do ser que precisa de seus cuidados.

Como referem Westphalen e Carraro (2001), o Processo de Enfermagem deve proporcionar evidências necessárias para embasar ações, apontar e justificar a

seleção de determinados problemas e direcionar as atividades de cada um dos integrantes da equipe de Enfermagem, além de ser um método de registro das ações, tornando-o dinâmico, contínuo e visível.

Para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, deve ocorrer um problema a ser resolvido pela enfermeira e o paciente. Existe, todavia, uma preocupação ao paciente quando este é vislumbrado como um ser a ser cuidado de forma integral. Desta forma, a Enfermagem fenomenológica delineia um cuidado voltado não à patologia mas à significação da experiência por que passa o ser cuidado.

Independentemente do paradigma ou da metodologia adotada, ofertar cuidados inclui observar, perceber, ouvir, refletir e agir de maneira a integrar o paciente no planejamento dos seus cuidados, respeitando seus valores, hábitos e crenças. Para tal, é imprescindível o conhecimento do indivíduo a ser cuidado, com base em subsídios que tracem o caminho da atenção individualizada.

Voltadas para o pensamento humanístico, buscamos como finalidade primordial do Processo de Enfermagem identificar problemas de Enfermagem, o significado da experiência pela qual o paciente está passando e nortear o cuidado de Enfermagem ao ser humano de forma holística. Assim, podemos certamente delinear um cuidado diferenciado a cada paciente, objetivando não apenas seu *estar-bem*, mas *estar-melhor*.

Por compartilharmos com os pressupostos humanísticos, decidimos iniciar um projeto, estabelecer uma práxis com abordagem humanística na Unidade de Internação Neonatal onde atuamos. Esperamos, assim, obtermos o envolvimento de todas as enfermeiras em seu desenvolvimento, com o objetivo de operacionalizá-lo, acreditando que as soluções resultam do conjunto das idéias que permeiam o grupo.

A vivência do cuidado humanístico na UIN desvela-se nos passos do Processo da Enfermagem Fenomenológica constante da Teoria Humanística de Paterson e Zderad. Com esta finalidade, exigem-se como pré-requisitos algumas fases, adiante descritas.

1ª FASE: PREPARAÇÃO DA ENFERMEIRA PARA VIR-A-CONHECER

Nesta fase, se faz necessário que a enfermeira (pesquisadora) desenvolva sensibilidade e conhecimento da condição humana, assim como autoconhecimento, adentrando seu íntimo, buscando *vir-a-conhecer* para melhor interagir, e ser capaz de conhecer subjetivamente o outro.

2ª FASE: A ENFERMEIRA CONHECE O OUTRO INTUITIVAMENTE

Esta fase não pode ser caracterizada como “investigação”, no sentido real do termo, pois utiliza em seu desenvolvimento a intuição. Na visão de Paterson e Zderad, deve ser considerada como uma investigação inicial, e se encaminha da seguinte forma:

- ao perpassar esta fase, a enfermeira (pesquisadora) incluirá o cliente na situação humana, fase caracterizada pelo encontro empático, o início do relacionamento “Eu-Tu”, no qual a enfermeira compreende a experiência do cliente.

3ª FASE: A ENFERMEIRA CONHECE O OUTRO CIENTIFICAMENTE

Inicia-se, então, a fase investigatória em que a enfermeira (pesquisadora) visará às várias nuances do fenômeno (a busca pelo estar-melhor das enfermeiras).

- Esta fase se revestirá de uma reflexão, análise, comparação, classificação e, no seu desenvolvimento, a enfermeira seguirá contrastando, relacionando, interpretando seus achados e, por fim, buscará por temas nos relacionamentos entre as partes (enfermeira/cliente; enfermeira/ambiente interno/ambiente externo). No método fenomenológico de Enfermagem, o desenrolar começa pelo chamado, surgindo em seguimento a intuição, a investigação, finalizando com a análise.

4ª FASE: A ENFERMEIRA SINTETIZA DE FORMA COMPLEMENTAR AS REALIDADES CONHECIDAS

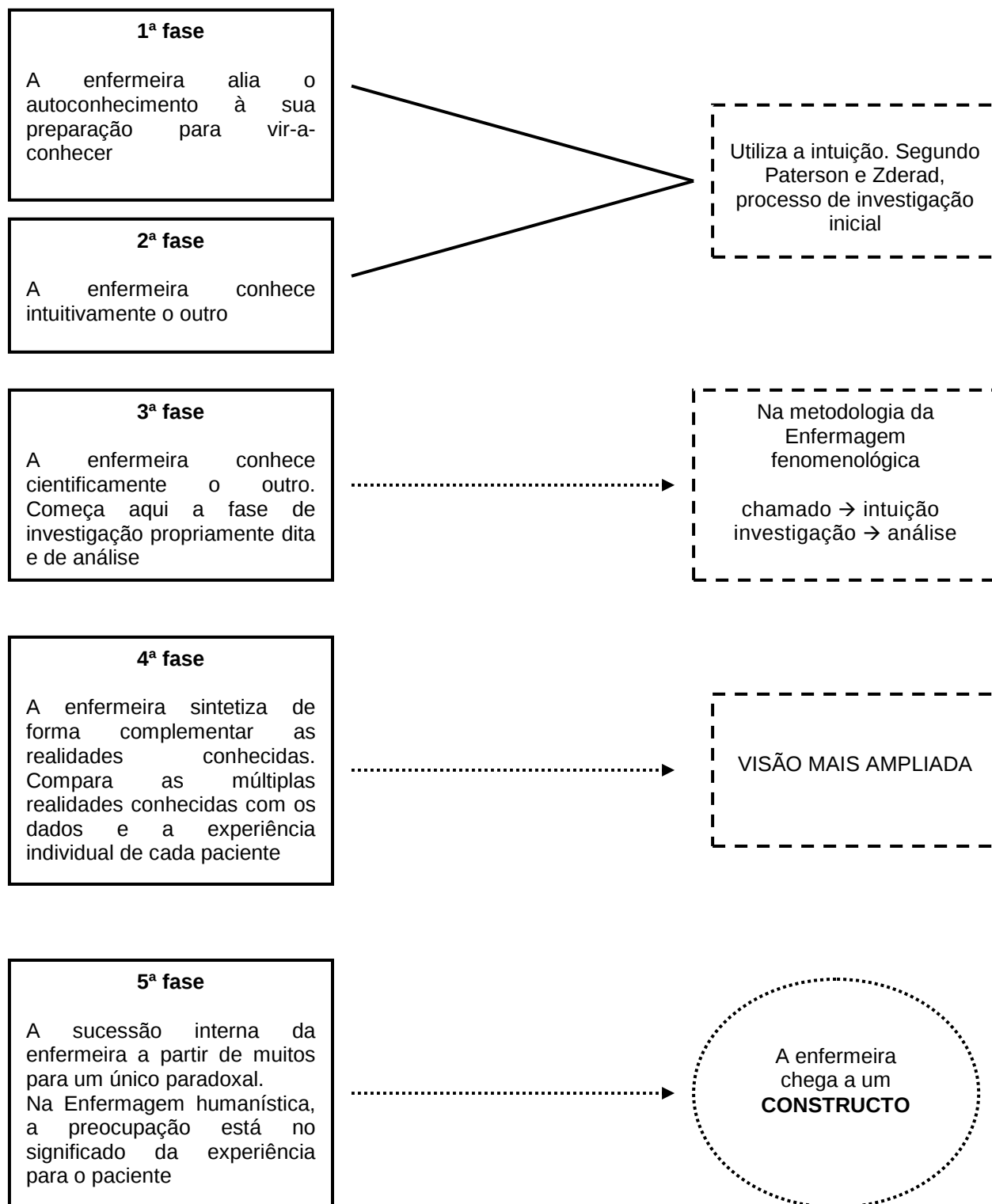
A síntese complementar das realidades conhecidas desenvolve-se quando, então, a enfermeira (pesquisadora) examina e analisa seus dados (suas descobertas de si) e do outro, do seu cuidado e dos ambientes interno e externo e, com conhecimento científico e subjetivo, compara as múltiplas realidades conhecidas (dados e experiências do cliente), sintetizando-as em uma visão mais ampla.

- Quando a enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas, ocorre a comparação dos dados obtidos em outras realidades conhecidas. Na Enfermagem fenomenológica, a pesquisadora contrasta as realidades com os dados e a experiência de cada indivíduo, analisando os indicadores com base em conhecimento científico e subjetivo.

5ª FASE: A SUCESSÃO INTERNA DA ENFERMEIRA DE MUITOS PARA O ÚNICO PARADOXAL

A sucessão de muitos para o único paradoxal desenvolve-se sob a luz da Enfermagem fenomenológica quando atentamos para o significado da experiência do ser-cuidado. Neste passo do processo, a enfermeira compreenderá o ser-cuidado como pessoa, aceitando-o, buscando o *estar-com*, por meio de sentimentos similares, identificando objetivos comuns. Assim, conclui seu pensamento, refletindo sobre a experiência do outro. Esta conclusão tem significação para todos.

- Esta fase pode ser comparada com o estágio de identificação de uma mudança na perspectiva do cliente de sua própria experiência, quando a enfermeira identifica um problema (desmotivação, cansaço físico e mental do cliente, dificuldades de relacionamento, entre outros). Ao concluir suas reflexões, sintetizar fatos vivenciados nas interações, a pesquisadora pode chegar a uma conclusão.

DIAGRAMA 1 - Síntese do Processo da Enfermagem Fenomenológica

QUADRO 1 – Síntese do Processo de Enfermagem

Processo de Enfermagem Tradicional	Processo da Enfermagem Fenomenológica
1ª etapa Investigação – configura o início do relacionamento com o ser humano com a finalidade de buscar conhecer e conseguir informações que possibilitem a continuidade deste processo. Coleta de dados objetivos e subjetivos sobre o indivíduo por meio da observação.	1ª etapa A enfermeira alia a autopercepção à sua preparação para vir-a-conhecer.
2ª etapa Análise – caracteriza-se pela reflexão sobre as informações obtidas durante a investigação, ou seja, comparação dos dados com os estádios de desenvolvimento, a hierarquia das necessidades humanas básicas e os princípios fisiológicos.	2ª etapa A enfermeira conhece intuitivamente o outro. Estas etapas não podem ser caracterizadas como uma investigação tradicional, pois utiliza a intuição. Etapa vista por Paterson e Zderad como “investigação inicial”.
3ª etapa Diagnóstico – quando a enfermeira elabora o relatório do problema encontrado, situação e/ou condição de assistência apresentada pelo ser humano. Etapa de análise, classificação, teorização e conclusão, que é o relatório da pesquisa. O diagnóstico de Enfermagem não ocorre de forma estanque, é dinâmico, pode ser retomado a qualquer momento em que se faça necessário.	3ª etapa A enfermeira conhece cientificamente o outro. Fase inicial de investigação e de análise. Na metodologia da Enfermagem fenomenológica é quando ocorrem: chamado → intuição investigação → análise
4ª etapa Planejamento e Implementação – nesta ocasião, ciência e arte se salientam e se complementam. A arte oferece subsídios para o planejamento. A ciência oferece embasamento teórico-científico. A enfermeira, portanto, programa a assistência, tendo como prioridade o ser humano a ser assistido e as situações de assistência de Enfermagem levantadas anteriormente. Ocorrem, nesta etapa, o estabelecimento de metas, determinação de prioridades e intervenções, registro e individualização do plano de cuidados a ser posto em ação.	4ª etapa A enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas, comparando-as e sintetizando-as em uma visão ampliada.
5ª etapa Avaliação – é desenvolvida de forma dinâmica, interligada e contínua, e compreende a observação e comparação de informações, com a finalidade de avaliar a evolução do indivíduo. É um elo entre as demais etapas, reforçando a articulação entre elas, subsidiando o desenvolvimento de toda a Metodologia da Assistência de Enfermagem, retroalimentando e estimulando sua preservação.	5ª etapa A sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para o único paradoxal. Na Enfermagem humanística, a preocupação está focalizada no significado da experiência para o ser-cuidado. É o estágio de identificação de mudança na perspectiva do cliente de sua experiência. A enfermeira chega a uma conclusão, à formação de um constructo.

Fonte: Praeger et al. (2000); Westphalen e Carraro (2001); Alfaro Lefevre (2005); Campos (2005).

Obs.: Este quadro não contém uma equivalência de conteúdo entre os processos, mas uma descrição de cada etapa, seguindo momentos de ordem didática e não seqüencial.



A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Somente a presença do espírito pode infundir, em todo trabalho, sentido e alegria e em toda propriedade, respeito e dedicação, não de um modo pleno, mas satisfatoriamente.

Martin Buber (1979)

4 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para relatarmos a trajetória deste estudo, com a finalidade de oferecer melhor compreensão daqueles que não vivenciaram este processo, consideramos oportuno dividirmos o *caminho* em etapas descritas a seguir: o campo e os sujeitos da pesquisa; o desenvolvimento da pesquisa, realizado em etapas; a elaboração dos dados; agrupamentos dos dados; aspectos éticos da pesquisa e análise dos dados à luz da Teoria Humanística.

4.1 O caráter da pesquisa

Haja vista o objetivo proposto e nossa vivência profissional, como enfermeira da UIN, optamos por uma abordagem qualitativa, de cunho educativo e humanístico, enfatizando a comunicação, com apoio na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1976). A pesquisa qualitativa é adequada ao estudo da experiência humana sobre a saúde, tornando-se, portanto, uma preocupação da Ciência da Enfermagem; permite uma compreensão mais ampla e profunda a respeito dos comportamentos humanos, originando dados ricos e descritivos, e promove sensibilidade desejada às experiências de saúde dos outros (MINAYO, 2004).

Trabalhar qualitativamente implica, necessariamente, entender e interpretar os sentidos e as significações conferidas pela pessoa aos fenômenos em foco, por meio de técnicas de observação e entrevistas em que são valorizados o contato pessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito. O grupo para este tipo de estudo deve ser composto de sujeitos individualmente eleitos, formando, assim, um grupo pequeno (TURATO, 2003).

Na perspectiva qualitativa, o objetivo do investigador recai mais nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana quando a realidade social é produto dessa experiência, sendo sua concepção subjetiva, emotiva e intelectual, influenciada pelas experiências da vida de cada ser humano. Da interação pesquisador/pesquisado é que pode surgir a compreensão da realidade.

4.2 O cenário e os sujeitos da pesquisa

Foi desenvolvida a pesquisa em uma maternidade-escola, pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza-CE, no período de março a agosto de 2005. Trata-se de uma Instituição de saúde especializada, considerada de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade, onde se acompanha o processo fisiológico da gravidez, do parto, do puerpério e do RN. É uma instituição-escola que recebe alunos de várias instituições, oferecendo campo de estágio, pesquisa, ensino e extensão.

Nessa instituição hospitalar, desenvolvemos nossa prática como enfermeira assistencial, e convívio cotidiano com o cuidar de recém-nascidos, lado a lado com colegas que se apresentaram como parceiras e participantes na busca de uma melhor maneira de assistir o bebê.

O cenário da pesquisa foi a Unidade de Internação Neonatal (UIN) da Instituição. O objetivo dessa Unidade é a recuperação do recém-nascido, em tempo hábil, dentro de um ambiente físico composto de 53 leitos, distribuídos em quatro salas. A equipe interdisciplinar que atua neste cenário da assistência procura focar atenção especial ao RN, e cada um desenvolve suas atribuições de acordo com sua competência. Nessa Unidade, a assistência de Enfermagem é realizada por 27 enfermeiras e 83 auxiliares de Enfermagem, sendo esta equipe dividida em escalas de serviço durante os períodos matutino, vespertino e noturno.

Os sujeitos da pesquisa foram dez enfermeiras atuantes na UIN, nos períodos da manhã e da tarde. Justificamos esta escolha por serem estes membros de escala fixa, possuírem maior tempo de permanência contínua, e por terem suscitado interesse em modificar sua assistência ao RN, quando relataram, em pesquisa anterior (ROLIM, 2003), 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 e com o paciente. O estudo demonstrou que na Unidade de Internação Neonatal, quando não há interação entre enfermeira e o bebê, a atitude torna-se impessoal e o diálogo não se estabelece entre eles, e que 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 mútuos das pessoas, 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 (ROLIM, 2003).

As enfermeiras atuam na UIN realizando procedimentos técnicos que envolvem cuidados desde as mudanças de conduta médica e de Enfermagem no tratamento dos bebês, até a supervisão quanto à organização geral da Unidade, treinamento e sensibilização da equipe de Enfermagem e de outros trabalhadores da saúde.

Optamos por cognominar as enfermeiras participantes com nomes de rosas orientais raras, cada uma com sua encantadora beleza e perfume sem igual e com poder de cura, para aqueles que acreditam na delicadeza e suavidade do toque como instrumento de cuidado. Esta associação nos lembra o cuidado realizado pelas rosas como permeado por aromas agradáveis que melhoram o humor, reduzem a tensão e aumentam o rendimento no trabalho (MIATO, 2005). Traduzem, também, a afeição, agradecimentos pela atenção, contribuição com as vivências e informações prestadas no desenvolvimento do estudo.

Consideramos, ainda, que, a despeito de sua beleza natural, são susceptíveis de sofrer, como as rosas, um processo de “desidratação” e “desvitalização”, tanto em suas atitudes nas relações interpessoais, assim como na realização do cuidado de Enfermagem em unidades especializadas (VIEIRA, 2001).

4.3 O desenvolvimento da pesquisa

O desenvolvimento da pesquisa transcorreu em quatro etapas:

Primeira Etapa

- Foi promovida, pela pesquisadora, uma reunião com as enfermeiras atuantes na UIN, para definição de horários para as interações e aceite em participar da pesquisa. Para tal, fizemos uma exposição sobre a relevância do estudo e o modo como seria desenvolvido. Este momento foi permeado por instantes de experiência

intersubjetiva, quando existiu um compartilhamento verdadeiro, pois as enfermeiras do grupo já partilham há muito de um relacionamento pessoal e profissional.

E, envolvido nesse momento, ocorreu o encontro, influenciado pelos sentimentos que o antecederam. Este tipo de encontro planejado origina expectativas capazes de influenciar a interação, podendo surgir sentimentos de temor, ansiedade, medo, esperança, impaciência, dependência, assim como o grau de controle e escolha com que se chega ao encontro.

Segunda Etapa

- No segundo momento, em reuniões teóricas semanais, realizamos exposições e discussões sobre os assuntos que envolvem as formas de comunicação e cuidar importantes ao RN e suas especificidades, com vistas à sensibilização, informação, apreensão de conhecimentos das enfermeiras quanto ao compromisso com a pesquisa na formulação de um conhecimento, de acordo com os pressupostos da Teoria Humanística. Objetivamos, também, o fortalecimento do campo emocional do grupo ante as vivências em um ambiente da UIN, buscando a qualidade de sua assistência ao bebê.

Reunimo-nos uma vez por semana, às sextas-feiras, num total de doze reuniões, de acordo com o intento das enfermeiras. A duração das reuniões se estendeu no mínimo por sessenta minutos e no máximo por noventa cada uma, em horário intermediário entre o expediente da manhã e o vespertino, respeitando, assim, a disponibilidade do horário de trabalho das participantes e por compreendermos a extensão de suas cargas horárias, principalmente em outras instituições de saúde.

Para atender aos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem, no estabelecimento da relação “Eu-Tu”, consideramos conveniente contemplar a vontade das participantes. Em concordância com Paterson e Zderad (1988), podemos asseverar que a Enfermagem é um encontro entre seres humanos, possui uma finalidade e acontece quando se percebe uma necessidade para tal.

Foi constituído, então, um grupo, com as enfermeiras, no qual buscávamos comungar as emoções entre as participantes, conhecimentos e

sentimentos comuns. Quando o investigador expõe 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 de cada um e a captação inicial sobre a situação.

O cenário das reuniões foi a sala de estudos e reuniões da Unidade de Neonatologia da referida maternidade, ambiente familiar às participantes que propiciou o desenvolvimento de situações e técnicas de comunicação em pares ou grupos. É composto por estrutura física equipada com material audiovisual que permitiu a exposição de temas. O registro das atividades realizadas foi conseguido pela pesquisadora, com ajuda de um membro do projeto, do qual a pesquisa faz parte, que portava uma filmadora e a utilizava durante algumas reuniões para assegurar a preservação de todas as falas, expressões, posicionamentos das participantes. A sala de estudos e reuniões é um local privativo da Unidade que permitiu às participantes da pesquisa o desvelar de suas emoções e vivências sem receios de interrupções externas.

Desenvolvemos atividades no contexto da atenção humanizada, caracterizadas por palestras e discussões, coordenadas pela pesquisadora, sobre o tema comunicação, relação interpessoal, instrumentos básicos para o cuidar, considerados por Cianciarullo (1996) como um conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício das atividades profissionais. São recursos para se alcançar um objetivo ou conseguir um resultado. Entre eles se destacam a observação, a comunicação, a criatividade e o relacionamento interpessoal.

Durante as reuniões, foram trabalhados temas como a Exposição do Projeto de Tese; a Teoria Humanística de Paterson e Zderad; Fundamentos Filosóficos do Cuidar; Instrumentos Básicos para o Cuidar; Tecnologia Emancipatória; Os Desafios dos Relacionamentos Humanos; Motivando Todos Para a Qualidade; Filmando o Ambiente da UIN; Planejando o Cuidado Humanizado; O *Estar-Melhor* da Enfermeira ao Cuidar do RN na UIN; Auto-Estima; Reavaliação dos Temas Expostos; O Acompanhamento das Enfermeiras em sua Atuação na UIN e Reestruturar o Cuidar.

A reunião final nos serviu para exposição das metas que envolvem o *bem-estar* da enfermeira no cuidado ao RN. Durante estes momentos de dinâmica grupal, também discorremos sobre questionamentos e proposições utilizadas no modelo de cuidado humanizado. A enfermeira pode participar de grupos e reconhecer neles potencial de aprendizagem e possibilidade de suporte para uma assistência em caráter educativo-cultural (WALL, 2001).

A criatividade integra um modelo tridimensional do intelecto humano armazenado na função operações. É um instrumento a ser usado pela enfermeira em todas as fases da assistência de Enfermagem (CIANCIARULLO, 1996). Este potencial emerge nas associações de idéias, pois, pela reflexão diária, poderá se surpreender e criar opções para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Contudo, não foi suficiente informar; tornou-se necessária uma participação efetiva das enfermeiras nessas exposições. O relato de experiências pessoais e profissionais favoreceu, decerto, melhor compreensão dos momentos de vida individual e coletiva, em busca da elaboração de conhecimentos e qualificação da assistência.

A forma oral é a mais comumente empregada na Enfermagem. Requer a presença, ao vivo, do profissional, transmitindo informações do conteúdo a ser abordado, habilidade e disponibilidade de horário que permitam ao educador utilizar seu tempo ao atendimento de tal atividade. O recurso audiovisual pode trazer melhor compreensão das informações oferecidas, e aumentar também o tempo a ser utilizado em discussões e propostas (PAULA; CARVALHO, 1997).

A comunicação é apontada como elemento básico para a sobrevivência dos seres humanos. Nos encontros rotineiros, seres humanos trocam experiências, emoções, angústias e, em uma situação de Enfermagem, ainda existem a busca por ajuda e a expectativa de ajudar.

Nesses momentos, cada participante experienciou uma preparação *para vir-a-conhecer*, que 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.

Durante as reuniões, foram utilizadas dinâmicas grupais de sensibilização e acolhimento com as enfermeiras, desenhos, leituras de textos que afloraram uma reflexão sobre sua pessoa, sua profissão e sua atuação com o RN; questões que existem ou subsistem em funções dos inter-relacionamentos grupais, como ilustram Zimerman e Osório (1997) em seus escritos, ao ressaltarem que, como conjunto, o grupo constitui uma comunidade e esta configura uma sociedade. Pode-se dizer, segundo os autores, que a passagem de um agrupamento para um grupo acontece na transformação de “interesses comuns” para o de “interesses em comum”.

A dinâmica grupal, segundo sua concepção tecnológica, refere-se a um conjunto de métodos e técnicas utilizadas em intervenções de grupos com vistas a aumentar a capacidade de comunicação e cooperação, possibilitando incrementar a espontaneidade e a criatividade dos seres humanos quando em atividade grupal (CARNEIRO, 1998).

Vale salientar que as dinâmicas de grupo foram selecionadas neste estudo para mediar as discussões e reflexões (apresentação, reflexão, análise, interação) e constituíram ferramentas ideais para a promoção de maior interação, clima de ludicidade e bom humor. Isto garantiu a abordagem dos conteúdos de maneira mais sedutora, deflagrando, então, uma dimensão educativa.

Terceira Etapa

- Nesta etapa, as enfermeiras, após conhecerem os pressupostos, o conteúdo e a metodologia da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, passamos à observação do cuidado prestado ao RN pelas enfermeiras participantes. Ocorreu semanalmente, de forma intercalada, em turnos matutinos e vespertinos, em um período de sessenta dias, de julho a agosto, dentro do ambiente de trabalho, na UIN, de acordo com a disponibilidade das participantes. Isso decorreu da nossa constatação de que determinados períodos, no cotidiano da Unidade, tornaram-se mais propícios às interações, pelo descanso propiciado no abrandar das rotinas e procedimentos.

A importância da observação foi enfatizada como modo de estabelecer vínculo e interação da enfermeira com o bebê, como: a percepção de um planejamento do cuidado; o modo de aproximação da enfermeira e da forma do seu toque no bebê; a interação da enfermeira com os pais do bebê e sua disponibilidade em ouvi-los; o relacionamento da enfermeira com a equipe multiprofissional; a orientação da enfermeira, baseada em conhecimento científico, diante da equipe de Enfermagem; a aparência pessoal, a satisfação do trabalho e o *bem-estar* da enfermeira durante a assistência de enfermagem, buscando uma habilidade de entender as informações, utilizando a percepção, o encontro.

Os dados da pesquisa qualitativa, elaborados em ambiente natural, levam o pesquisador a apreender detalhes da realidade em estudo, no seu contexto, procurando sua essência. Mais do que a interpretação dos fenômenos feita pelo pesquisador, interessa compreender o significado que as pessoas lhe atribuem, e esses são expressos por meio de palavras, imagens e gráficos (MARCONI; LAKATOS, 2003).

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; BECK; HUNGLER, 2004).

Nossas percepções da prática do cuidado foram conseguidas por meio da observação participante, quando o papel do observador no grupo em estudo se torna importante, pois os comportamentos que estarão, provavelmente, disponíveis para observação dependem, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), da posição do observador na rede de relações. A percepção pessoal funciona como uma filtragem que condiciona a mensagem segundo a própria lente.

Para Haguette (2001), a observação participante é parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, e é concebida como instrumento de decodificação do meio pesquisado. A observação participante, conforme Minayo (2004), deve buscar o conhecimento científico das realidades estudadas. Neste estudo, no contexto da Enfermagem e do seu cuidado, as impressões foram registradas em busca

da compreensão acerca da prática diária da enfermeira no cuidado ao bebê na Unidade.

Observação participante é experienciar, compreender a dinâmica dos atos e eventos, e recolher as informações a partir da compreensão e sentido que os agentes atribuem a seus atos (CHIZZOTTI, 1991). Foi tomada não só como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como um método em si mesmo. Na compreensão da realidade, buscamos, assim, refletir sobre a vivência da enfermeira e do seu cuidado como promotor do *bem-estar* e do *estar-melhor*.

Cabe também à enfermeira 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. Segundo Silva (1996), ouvimos e vemos conforme nossa percepção.

Quarta Etapa

- Nesta etapa, buscamos planejar o cuidado humanístico ao RN, permeado pelo *estar-melhor* da enfermeira. Este foi realizado, também, na sala de estudos e reuniões da Unidade de Neonatologia, com base nos assuntos discutidos e aplicados na prática, com enfoque nas formas de comunicação, nas relações interpessoais, no diálogo e no encontro, de acordo com literatura pertinente e pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem, de Paterson e Zderad (1976). Nesse momento, procedemos a uma avaliação do grupo sobre a integração ativa de cada uma das participantes e suas contribuições no processo de cuidado humanizado discutido pelas enfermeiras. Estimulamos a formação de uma consciência crítica e reflexiva para a possibilidade de utilização do Processo da Enfermagem Fenomenológica na Unidade de Internação Neonatal.

Consoante assinala Tavares (2003), a enfermeira não formula conhecimentos somente por meio de estudos acadêmicos, mas os reformula no dia-a-dia, a partir dos desafios da realidade. Nesta constituição dos conhecimentos, modificações ocorrem nos saberes procedimentais; alguns se extinguem, pela falta de uso, outros se incorporam à rotina, e exigem, muitas vezes, uma reflexão para

sua reconstrução. É importante criar, no local de trabalho, condições físicas e emocionais que permitam ao profissional desenvolver competências em busca da valorização de sua assistência profissional.

4.4 A elaboração de dados

As etapas metodológicas da pesquisa perscrutaram caminhos iniciados desde o conhecimento dos objetivos e importância do estudo até o desenvolvimento de um sentimento coletivo das enfermeiras, de *bem-estar* na prática da assistência de Enfermagem ao recém-nascido na UIN. Estas etapas foram vivenciadas com base nas fases da Teoria Humanística, quando, então, sensibilizamos as enfermeiras na busca pelo autoconhecimento, e da visão mais ampla do potencial de cada uma como ser humano, da necessidade do conhecimento intuitivo e científico do outro (bebê/equipe) e do significado de suas experiências. As etapas foram vivenciadas numa transação intersubjetiva com um fim determinado – o *estar-melhor* das enfermeiras no ambiente da UIN.

As recomendações dos textos metodológicos de pesquisa qualitativa para a composição do *corpus* de informações nesses estudos são subjetivas. Autores como Lobiondo-Wood e Haber (2001) e Leopardi (2001) referem que as informações devem ser coletadas até o momento em que não mais surgirem fatos novos. Os dados da pesquisa qualitativa são coletados em cenários naturais, no mundo real (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na Primeira Etapa: iniciamos nossa reunião com as enfermeiras com uma exposição teórica sobre o estudo a ser realizado, objetivos e referencial teórico-metodológico, relevância, e justificamos seu desenvolvimento pela busca da melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem ao recém-nascido. Ressaltamos a provável sensação de bem-estar da enfermeira em desenvolver seus cuidados embasados nos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem, de Paterson e Zderad.

Na Segunda Etapa: os dados produzidos nesse momento foram catalogados com uso de filmadora, pela pesquisadora, em videotape em cores, com fita de 120 minutos VHS (*video home system*) gravada em EP (*economic play*), por

um tempo de duas horas, durante as reuniões e com autorização das participantes. Desta forma, registramos nossas percepções acerca das emoções das enfermeiras e nuances de sua assistência.

Foi utilizado, também, um instrumento para caracterização pessoal, socio-econômica e profissional das enfermeiras, formulado com dados referentes à idade, ao estado civil, ao tempo de graduação, aos cursos de pós-graduação concluídos ou em andamento, aos locais de trabalho, às principais dificuldades encontradas por elas no desenvolvimento da assistência, este preenchido pelo próprio sujeito da pesquisa. O objetivo foi expressar com veemência as atividades exercidas, satisfação profissional, dificuldades e expectativas quanto à qualificação profissional (APÊNDICE A).

Os dados referentes às reuniões com as enfermeiras foram registrados, também, em diário de campo. Instrumento mais básico, privativo do pesquisador e essencial de registro de dados, possui funções emotiva, empírica, reflexiva e analítica (VICTORIA; KNAUTH; HANSEN, 2000). Em seguida, comparamos esses dados com as gravações. Neles se encontravam as impressões sobre o ambiente, os comportamentos, e todos os momentos de interação das enfermeiras.

Segundo Cruz Neto (2002), o diário de campo é visualizado como um “amigo silencioso”, no qual podemos anotar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações não obtidas por meio de outras técnicas. As outras atividades desta etapa, citadas anteriormente, tiveram seus dados registrados com a utilização de filmadora, utilizada pela pesquisadora.

Na Terceira Etapa: as observações dos cuidados foram registradas em instrumento próprio, no qual descrevemos de maneira clara a interação empática da enfermeira com o bebê e/ou sua família, o toque efetivo, o pronto atendimento aos alarmes dos monitores, a resposta da enfermeira às expressões verbais e não verbais do bebê, enfim, sua disponibilidade no compartilhar com o bebê da dinâmica do cuidado na UIN (APÊNDICE B).

Na Quarta Etapa: os dados referentes às atividades desta etapa, também, foram registrados em diário de campo. Nos encontros, as enfermeiras puderam estimular sua assistência (*vir-a-ser*), pela criatividade, inovação, exploração de idéias, emoções e poder de comunicação, afetando tanto o seu ambiente interno (*estar-melhor*) como o

ambiente externo e as pessoas que nele vivem. Comunicação é uma habilidade humana que torna possível a manifestação e exteriorização do que se passa na vida interior; é um meio de relacionamento entre a enfermeira e demais pessoas do seu convívio.

4.5 O agrupamento dos dados

Os dados do caminhar metodológico foram constituídos após as gravações e filmagens serem ouvidas e assistidas inúmeras vezes, com o intuito de registrar as falas, expressões e emoções das participantes nos momentos vivenciados pelo grupo, nas dinâmicas e durante as reuniões teóricas.

Fizemos de imediato a transcrição, para retratar o contexto entre as participantes e o cenário do estudo com fidedignidade, e, logo depois, comparávamos as falas surgidas das gravações, os sentimentos demonstrados em cada repetição, em cada suspiro mais profundo, em cada esperança de dias melhores.

As temáticas e categorias emergiram da compreensão da pesquisadora acerca dos dados construídos a partir das cenas filmadas, e das gravações realizadas durante as interações grupais desenvolvidas por meio das dinâmicas músicas; leitura e reflexão de textos; pelos discursos das enfermeiras, nas reuniões, bem como da forma de participação e relatos de experiências; da percepção de suas emoções, atitudes, enfim, pela forma de comunicação verbal e não verbal das participantes. O processo deu-se após decodificação e categorização, consoante Bardin (2004), e a análise foi realizada à luz dos pressupostos básicos da Teoria Humanística, de Paterson e Zderad (1976), tornando, dessa forma, possível um entrelaçar de significados no processo de construção coletiva, nos sentimentos e emoções durante os momentos por nós vivenciados nas interações.

Os dados recolhidos da observação participante e apresentados em forma de quadros permitiram maior aprofundamento do conhecimento adquirido e uma reflexão sobre a necessidade de desenvolvimento de um cuidado singular, decorrente do *estar-melhor* da enfermeira ao cuidar do RN na Unidade de Internação Neonatal.

4.6 Análise dos dados à luz da Teoria Humanística

Após as reuniões com as enfermeiras, do diálogo vivenciado em cada encontro, buscamos apreender o verdadeiro significado de cada experiência coletiva. Passamos, pois, à reflexão e análise sob a ótica científica de cada um dos momentos e relações dialógicas estabelecidas. Para a continuidade do caminho traçado, utilizamos da *Enfermagem fenomenológica*, proposta por Paterson e Zderad (1979), formas de comunicação e análise dos encontros anteriores, (*conhecendo as enfermeiras cientificamente*), na qual compreendemos que, para conhecermos o outro, faz-se necessário o autoconhecimento.

Segundo o pensamento de Buber (1974), a contemplação autêntica é breve; o ser natural que acaba de se revelar a mim no segredo da ação mútua se torna de novo descritível, decomponível, classificável, um simples ponto de interseção de vários ciclos de leis. Para Paterson e Zderad (1988), a relação “*Eu-Tu*” é um chegar a conhecer o outro e a si mesmo na relação intuitivamente, e “*Eu-Isso*” é uma autêntica análise, síntese e interpretação da relação “*Eu-Tu*” por meio da reflexão.

Cada recordação, cada pensamento e reflexão sobre as vivências com as enfermeiras nos arremeteram a buscar compreensão da prática do cuidado, refletida em nosso ambiente interno e externo. Além disso, por meio desta, ampliamos nossa visão, praticamos um salto intuitivo (*síntese complementar do conhecimento do outro*), na tentativa de caracterizar o cuidado prestado e crescimento coletivo (*sucessão de muitos para o único paradoxal*).

Nossas percepções da prática da enfermeira no cuidado ao bebê na UIN nos permitiram saber que o cuidado humano, presente em seus anseios e discursos durante as interações, não foi praticado em todos os momentos ou, pelo menos, nas ocasiões mais importantes do cuidado. Esta constatação nos conduziu a reaver a verdadeira finalidade da assistência prestada.

Assim, neste ambiente, quase sempre barulhento, bastante iluminado e agitado, observamos as enfermeiras procurando desempenhar sua função. Encontramo-las, algumas vezes, absorvidas em seus próprios problemas, no seu

cansaço, na falta de motivação. Percebemos, também, seus anseios de conhecimento científico e novas condutas no desenvolvimento dos procedimentos diários.

Se as enfermeiras tiverem oportunidade de elaborar conhecimentos sobre cuidados com o toque, postura e dor sentidas pelo bebê; manipulação do som e da luminosidade; autoconhecimento, autocuidado, auto-estima; estresse pessoal e ambiental, enriquecerão sua assistência, pois, ao adquiri-los, se permitirão mudanças de paradigmas. Isto as levará a uma nova prática.

4.7 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi registrado em 14/2/2005 no SISNEP – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – pela Folha de Rosto para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – FR- 55812, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE/UFC) e aprovado em 10/3/2005, Processo SISNEP nº. 42/05 (ANEXO A).

Foi também avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC/NESAR – Núcleo de Ensino e Saúde Reprodutiva), em 11/2/2005 (ANEXO B). Durante toda a fase de elaboração e desenvolvimento da pesquisa, estivemos comprometidas em atender ao preconizado pela Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, e Resolução nº. 251, de 7/8/1997, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos.

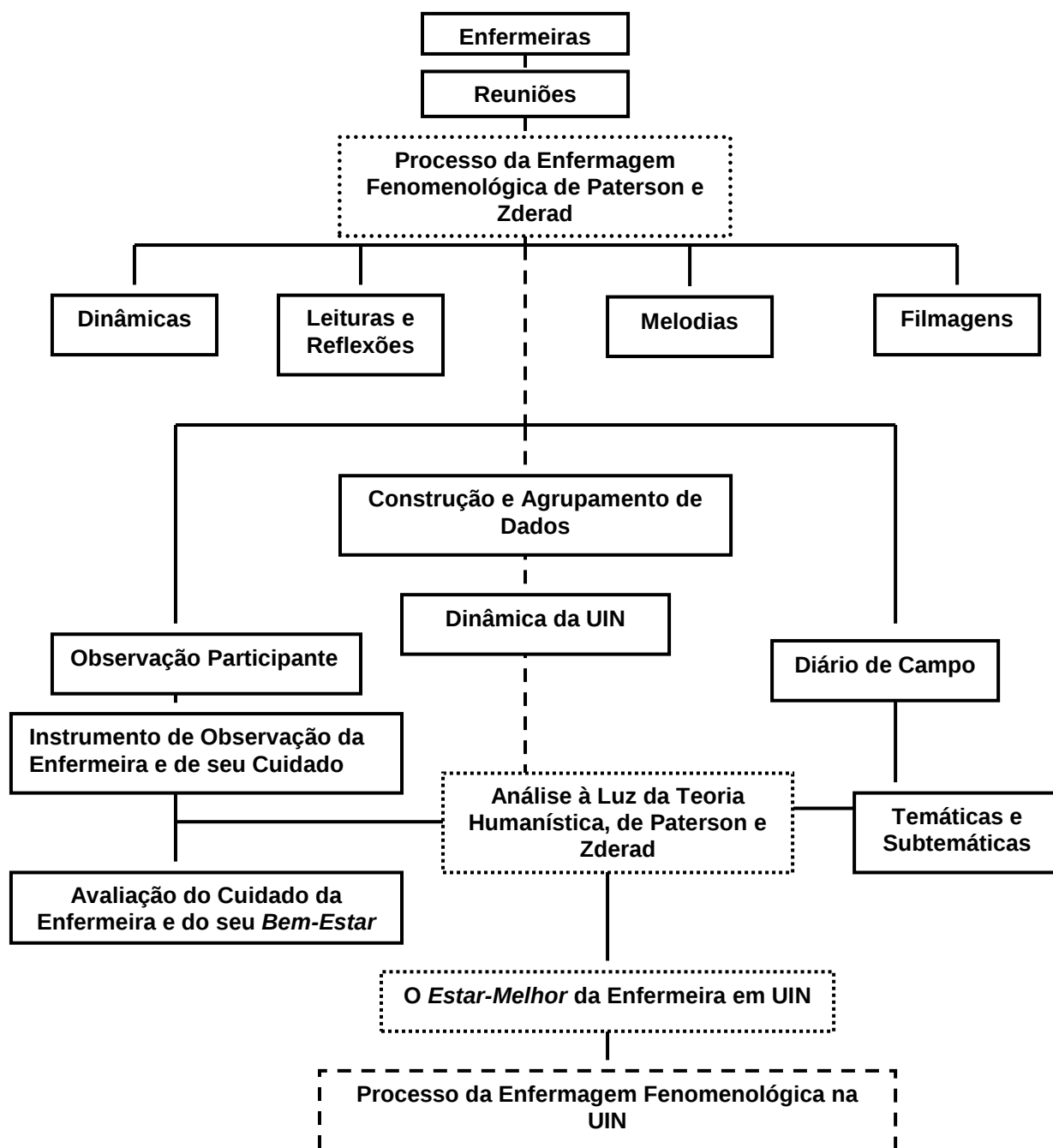
A Resolução nº. 196/96 incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia (consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes); não-maleficência (garantia de que danos previsíveis serão evitados); beneficência (ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos); justiça e equidade (relevância social da pesquisa, consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária), e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Em garantia à eticidade da pesquisa, solicitamos às enfermeiras 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, bem como a garantia de esclarecimento durante o processo da pesquisa. Também lhes foram assegurados o anonimato e a ciência de que os dados obtidos poderão ser divulgados na comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades (APÊNDICES C e D).

É necessário, também, promover o retorno dos benefícios obtidos por intermédio de pesquisas para as pessoas e as comunidades onde estas forem realizadas; é um direito à sociedade em geral e, como tal, um compromisso do pesquisador. Somos responsáveis pelo conhecimento gerado e pelo uso que será feito dele.

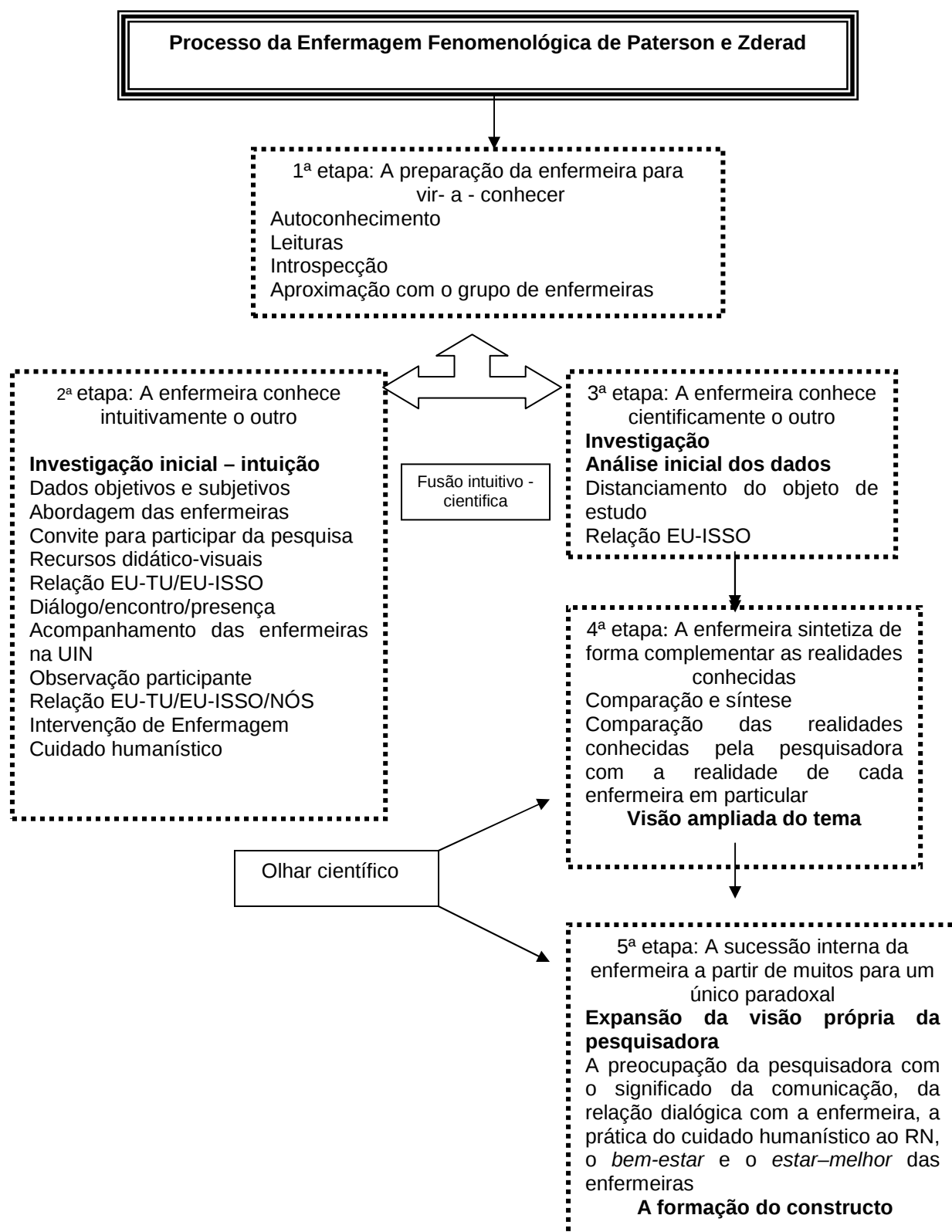
A devolução implica um exercício de cidadania dos envolvidos no processo, e, como enfermeiras, é parte de nosso papel político (ARAÚJO; ALMEIDA; FRAGA; DAMASCENO, 1999). Devolver dados é muito mais do que devolver palavras, envolve todo um processo de troca de saber, reflexão, de conscientização e transformação social.

DIAGRAMA 2 - Síntese da Metodologia



O diagrama demonstra que, após realizada a primeira reunião com as enfermeiras da UIN, foi constituído um grupo para dar continuidade às demais interações semanais, durante as quais foram utilizadas estratégias como dinâmicas, leituras e reflexão de textos, acompanhadas por melodias e filmagens. Durante as reuniões, foram identificadas, das falas e expressões das enfermeiras, temáticas e subtemáticas, com base em Bardin (2004). Após esta etapa, iniciamos a observação participante na UIN, com auxílio de instrumentos que avaliassem mudanças no comportamento e atitudes das enfermeiras ao cuidar do bebê na UIN, que denotassem autocuidado, motivação, tranquilidade, enfim, acreditação pessoal e profissional. A análise dos dados deu-se à luz da Teoria de Paterson e Zderad, e finalizou com um processo de cuidado humanístico, buscando um *estar-melhor* da enfermeira em UIN.

DIAGRAMA 3 - Síntese da Metodologia





APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Entre ele e ti existe a reciprocidade da doação; tu lhe dizes T'U e te entregas a ele; ele te diz T'U e se entrega a ti [...].

Martin Buber (1979)

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Apresentação das participantes do estudo: o vir- a- conhecer as enfermeiras

Desde seu início, o *saber/fazer* da Enfermagem em unidades de internação neonatais é considerado importante, mesmo que, nem sempre, a assistência tenha possuído necessariamente uma conotação significativa de eficiência e qualidade, pois, essas comprovação e avaliação, conforme a característica do próprio serviço, são complexas e abrangem muitas vertentes, em particular a humanística, carregada de profunda subjetividade.

A tecnologia vem, de certa forma, atuar como legitimadora do ato profissional, a favor da instituição hospitalar prestadora desses serviços de saúde, que a utiliza e passa a adotá-la até como um dos critérios de avaliação de qualidade (BASTOS, 2002).

O modelo assistencial vigente em UIN, com base na estruturação e implementação de ambientes mais humanizados para cuidados destinados ao RN, por constituir uma necessidade e um direito de todos os seres humanos, é uma meta perseguida pelos profissionais de saúde, em particular, pelo profissional enfermeiro, comprometido em prover cuidado e conforto que preservem, estimulem e recuperem o *bem-estar* do bebê em seu processo saúde-doença.

Percebemos, entretanto, que o cuidado em unidades neonatais é, quase sempre, realizado de forma impessoal, generalizada, seguindo protocolos e rotinas. Dessa forma, redonda em um cuidado tecnicista, ocasionalmente exaustivo e estressante, podendo exaurir as relações pessoais e interferir nos resultados da qualidade, tendo em vista a melhoria das condições de sobrevivência do paciente e o respeito à sua dignidade. O cuidado rotineiro pode representar o risco da supressão da espontaneidade à realização do cuidado e o tolhimento da vivacidade

das enfermeiras com repercussões em todo o sistema, nele incluído o bebê e a sua família.

Todos esses encaminhamentos contribuíram para uma reflexão sobre a atitude da enfermeira da UIN, atribuindo-lhe uma nova imagem, embora estereotipada, pautada no domínio do aparato tecnológico, no conhecimento adquirido à beira do leito com o agravamento fisiopatológico dos RNs por meio do embasamento teórico do cuidado de Enfermagem, que respalda a assistência. Essa imagem parecia diferenciá-la dos demais grupos de enfermeiras do ambiente hospitalar.

Ressaltamos que o ambiente da UIN é de grande complexidade e começa com a característica do próprio paciente, em relação ao seu tamanho, sua fragilidade e ao cuidado em manuseá-lo. Este ambiente tão tecnicista é peculiar a uma estrutura física adequada, centralizado na quantidade e na qualidade dos recursos materiais e humanos, permitindo um atendimento pronto e eficaz ao bebê enfermo, com diagnósticos considerados de médio ou alto risco e predispostos ao tratamento especializado para conseguir sobreviver (COSTENARO, 2001).

Durante seu internamento nessa Unidade, o bebê é excessivamente manuseado. Segundo Rugolo (2000), estes manuseios ocorrem cerca de 134 vezes em 24 horas, durante a fase mais crítica do seu estado de saúde, tanto para procedimentos dolorosos quanto para cuidados de rotina. Este recém-nascido poderá receber cuidados urgentes da equipe interdisciplinar, na tentativa de auxiliá-lo a viver, e poderá, muitas vezes, ser intubado, ventilado, perfurado durante um período longo, num processo de excessivos episódios de manuseio. Nesse período de internação, o bebê é totalmente dependente dos cuidados da equipe de Enfermagem que desempenha suas atribuições, e esta pode adquirir, no cotidiano, apego e afinidade ao manuseá-lo.

Para atender adequadamente esse bebê, a enfermeira e demais profissionais devem se conduzir com critérios e eficiência nos procedimentos técnicos, dando ênfase na relação de respeito, não só entre os familiares e acompanhantes, mas, também, entre os membros componentes da equipe que permanece, constantemente, na unidade de trabalho (BRASIL, 2002).

O ofício da enfermeira como profissional presente nas vinte e quatro horas na instituição hospitalar destina-se à administração de várias situações de funcionalidade da unidade. Concomitantemente, precisa ocupar seu espaço no cuidado de Enfermagem ao paciente. Portanto, a enfermeira vivencia múltiplas relações, com o próprio paciente, sua família, o ambiente e a equipe multiprofissional (LOPES, 2002).

Por conseguinte, a enfermeira, na UIN, torna-se uma profissional polivalente, que realiza diversas atribuições, desde o cuidado direto ao RN, o domínio do arsenal tecnológico, a compreensão das técnicas de profilaxia das infecções, de coleta de material para exames, de diluição e administração de medicação, até a integração da complexidade da Unidade como um todo.

Assim, a UIN é vista por esta cuidadora, muitas vezes, como um ambiente cuja dinâmica é marcada pela tecnologia, pois os profissionais, sempre atarefados, dividem o espaço com os bebês e equipamentos utilizados para oferecer o suporte de suas vidas.

Ao adentrarmos o mundo das enfermeiras, buscamos uma forma de interagir que nos possibilitasse melhor compreensão dos seus sonhos, pensamentos, emoções, valores e crenças.

Segundo Abreu (2003), as dimensões subjetivas de cada indivíduo são um conjunto de fatores subjetivos como cultura, valores, padrões de atitudes, critérios, modos de pensar e emoções, tão importantes quanto as dimensões objetivas, relacionadas aos padrões de ação social, tradições, hereditariedade social, saberes e relação com o meio. A cultura tem como função global homogeneizar comportamentos e ações sociais, pois o homem, como ser social, estabelece *ideais-tipo*, que se definem a partir de um conjunto determinado de significações (simbolismos).

As informações das enfermeiras colhidas por meio do instrumento de identificação foram essenciais para a compreensão de cada uma das participantes em nossa caminhada, por estarmos diante de seres singulares em todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações, por acreditarmos

que são pessoas abertas para o futuro, para a vida e nela se engajam pelo compromisso assumido com a Enfermagem.

Para possibilitar melhor visualização, nossos achados foram expostos a seguir (QUADRO 2). No referido quadro, identificamos as participantes do estudo por suas características socioculturais e por dificuldades por elas encontradas no desenvolvimento de sua práxis.

QUADRO 2 – Caracterização das Participantes do Estudo

Codinome	Idade	Estado Civil	Anos de Graduação	Tempo de Trabalho na Instituição	Carga Horária	Curso de Pós-Graduação	Dificuldades
Tambouti	27	Solteira	05 anos	04 anos	40h	Especialização	Sobrecarga de trabalho; má remuneração; desvio de função.
Flor-de-pimenta	32	Casada	11 anos	02 anos	40h	Especialização	Sobrecarga de trabalho; má remuneração; falta de treinamentos; déficit de recursos humanos; desmotivação; falta de reconhecimento.
Peônia	30	Casada	06 anos	11 meses	40h	Especialização	Sobrecarga de trabalho; má remuneração; déficit de recursos humanos.
Satin	30	Casada	07 anos	02 anos	40h	Mestrado	Sobrecarga de trabalho; má remuneração; falta de treinamentos; déficit de recursos humanos; desmotivação; falta de reconhecimento.
Tonka	31	Casada	06 anos	11 meses	40h	Especialização	Sobrecarga de trabalho; má remuneração; falta de treinamentos; déficit de recursos humanos.
Orquídea to-yo-ran	40	Casada	15 anos	11 anos	40h	Especialização	Sobrecarga de trabalho; má remuneração; desmotivação; falta de reconhecimento; desvio de função.
Muguet	37	Casada	12 anos	09 anos	40h	Especialização	Sobrecarga de trabalho; má remuneração; falta de treinamentos; déficit de recursos humanos; desvio de função.
Eucalipto-chinês	42	Casada	05 anos	04 anos	40h	Especialização	Sobrecarga de trabalho; má remuneração; déficit de recursos humanos; desvio de função.
Sândalo	26	Casada	06 anos	01 ano	40h	Especialização	Déficit de recursos humanos e de materiais; relacionamento deficiente com a equipe interdisciplinar.
Jasmim	40	Casada	17 anos	17 anos	40h	Especialização	Sobrecarga de trabalho; má remuneração; déficit de recursos humanos e de materiais; desmotivação; falta de reconhecimento; desvio de função.

Fonte: Dados da Pesquisa- MEAC/UFC-Fortaleza/2005.

De acordo com a ilustração, pudemos conhecer melhor as participantes da pesquisa e constatamos que a maioria é constituída essencialmente por enfermeiras, com a faixa etária compreendida entre 22 e 41 anos, levando-nos a crer que este grupo de profissionais, na sua maioria, possui amadurecimento suficiente para refletir sobre suas atividades diárias e discernir sobre a necessidade de buscar crescimento pessoal e profissional.

A maturidade pessoal, também, contribui para a experiência assistencial da enfermeira atuante na área hospitalar. Isto decorre do fato de que a enfermeira não realiza conhecimentos somente por meio de estudos acadêmicos, mas os reconstitui no dia-a-dia, a partir dos desafios da sua rotina diária. Segundo Assad e Viana (2003), ao transformar o saber teórico em prática assistencial, está constituindo mais conhecimento, modificando antigas aprendizagens e aperfeiçoando novas táticas derivadas da assistência diária.

A inquietude manifestada pelos profissionais de Enfermagem em seu cotidiano as induz a buscarem uma maturidade profissional suficiente para olhar o trabalho por meio de uma referência mais abrangente e profunda, uma maturação muitas vezes conquistada pelo conhecimento adquirido com a qualificação em seu campo do saber e sua contextualização na práxis (ROLIM; BEZERRA; MOREIRA; CARDOSO, 2004).

Em relação ao estado civil, somente uma delas era solteira. Refletimos sobre a insatisfação e desmotivação profissional, causadas, também, pelo sofrimento, por permanecer distante dos seus, quando a enfermeira é obrigada a suprimir momentos de lazer e convívio familiar.

Destacamos uma reflexão de Antunes e Sant' Anna (1996) de que o estado de satisfação de um profissional pode afetar de modo marcante o desempenho de suas funções, induzindo outros membros da equipe a adotarem uma atitude semelhante, favorecendo a qualidade da assistência desejada.

Recordamos Campos (2003) quando refere que a mulher moderna se encontra dividida entre a dupla jornada de trabalho, a família, a ascensão profissional e os estudos, buscando ser mais produtiva. Conforme verificamos, no grupo, sobressaem as que têm entre 5 e 19 anos de graduadas, com um tempo de

trabalho já considerável. Por isto, fez-se necessária a capacitação destas profissionais, devendo ser, portanto, objetivo da instituição valorizar uma educação continuada em serviço.

Como a maior parte das enfermeiras é de casadas e que possuem filhos, esta situação poderia estar limitando ainda mais sua disponibilidade para a qualificação. Lembramos que a busca da qualidade da assistência pela pesquisa, por meio dos cursos de pós-graduação, é um processo lento, e que provavelmente o desejável para os serviços de saúde sejam cursos profissionalizantes (FERNANDES; HADDAD; GUARIENTE, 2002).

Consoante percebemos, a família constitui um aspecto de grande importância e influência no crescimento do seu componente familiar. Em regra, refere Demo (1996), a família investe sistematicamente na emancipação de um membro familiar, tendo em vista conjugar competência com a competitividade, destacando a luta pela sobrevivência, ditada pelo mercado de trabalho.

Conforme o Quadro 2, todas as participantes possuem especialização, o que nos mostrou a preocupação com o crescimento profissional. Somente uma delas é mestra. A nosso ver, a razão para isso pode estar na dificuldade de liberação do profissional por parte de algumas instituições onde as enfermeiras atuam e no desestímulo para a continuação da busca pelo conhecimento.

Revela, também, evidenciar a existência de uma carga horária inadequada, acrescida da necessidade de se ter outros empregos, com vistas a uma estabilidade financeira que possibilita oportunidades de conforto, educação, crescimento profissional, enfim, uma melhor qualidade de vida. Muitas vezes, entretanto, pode haver a inversão de algum sacrifício maior que leve o profissional a repensar a prioridade do investimento (ROLIM; BEZERRA; MOREIRA; RODRIGUES, 2003).

Segundo Boff (2003), a partir da industrialização no século XVIII, caracterizada pelo capitalismo puro, as pessoas não relacionam mais o trabalho com a natureza, mas sim com o capital. Desta forma, a mulher moderna encontra-se dividida entre a dupla jornada de trabalho, a família, a ascensão profissional e os estudos, em uma competição sem igual, para ser mais produtiva.

Muitas enfermeiras queixam-se de não prestarem cuidados aos bebês como gostariam. Referem sentir desmotivação profissional e percebem a necessidade de adquirirem novos conhecimentos na sua área de atuação. A motivação para o trabalho, assim como para a vida, é um fator fundamental para a realização de atividades criativas, inteligentes e eficazes.

5.2 O modelo de análise de dados

Em seguimento às etapas do processo da Enfermagem fenomenológica, descortinaremos sua terceira etapa – o *conhecimento científico do outro*, o estabelecimento da relação “Eu-Isso”, de Buber (1974). No decorrer da análise, síntese e descrição, buscamos compreendê-la à luz da Teoria Humanística, de Paterson e Zderad.

Neste momento, após ter “olhado intuitivamente” os fenômenos em todos os seus aspectos, iniciamos, por meio do saber científico, o compartilhamento de conhecimentos, a partir de temas que emergiram das experiências vividas pelas participantes do grupo. Para vivenciá-la, foi necessário relembrar a linguagem dos sentidos, enfocando a visão, a audição e a percepção sensível do outro. Assim, foram primordiais a busca do autoconhecimento, a *preparação para o vir-a-conhecer*, tornando-nos sensíveis às experiências do mundo.

Esta etapa de análise dos dados ocorreu à medida que os coletávamos, pois passeávamos por entre as fases da teoria e as relações resultantes das interações. Tal processo teve início quando registrávamos o modo de as enfermeiras deixarem transparecer seus sentimentos. Analisar os dados de uma pesquisa requer uma imersão interior e, muitas vezes, retorno ao campo, não necessariamente uma etapa solitária, mas uma reflexão sobre todo o observável. Após a filmagem de cada reunião, a assistíamos de imediato em ambiente tranquilo, para, assim, entronizar as expressões, as emoções, os sorrisos, os desabafos.

Iniciamos o caminhar na Teoria Humanística com leituras de vários textos, oriundos de obras, entre as quais: *Saber cuidar* – ética do humano-compaixão pela terra (BOFF, 1999); *Cuidar do ser* (LELOUP, 2004); *Só coisas boas* (MILITÃO;

MILITÃO, 2002); *A face oculta do cuidar* (HUF, 2002); *A última grande lição* (ALBOM, 2000); *Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional* (MEZZOMO et al., 2003); *Tecnologia emancipatória* (NIETSCHE, 2000), que nos levaram à busca do nosso verdadeiro interior e à reflexão de nossa conduta, valores e assistência diante das necessidades do próximo.

Alguns importantes estudos fundamentados nos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem nos serviram de aprofundamento e enriquecimento. Entre eles destacamos: *Caminhos da luz: a deficiência visual e a família* (CARDOSO; PAGLIUCA, 1999); *O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais: do neonato ao toddler* (CARDOSO, 2001); *Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem* (OLIVEIRA; BRUGGEMANN; FENILLI, 2003).

Estes estudos foram veiculados durante as exposições teóricas dos temas desenvolvidos pelo grupo na sala de estudos e reuniões, como também refletidos após as dinâmicas, e nos revelaram 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.

Compreendemos a urgência de considerar nossa própria visão do mundo, as formas de relação com as pessoas, nosso modo de escolher as tecnologias para o cuidado terapêutico, nossa resistência ou aceitação relativas às inúmeras maneiras de exercer domínio, o modo de nos relacionarmos com o trabalho, fazendo dele uma possibilidade emancipatória ou alienada.

A Teoria Humanística, de Paterson e Zderad, apresenta o *diálogo intuitivo*, que envolve o *encontro*, *relacionamento*, *presença* e um *chamado* e uma *resposta*. Para desenvolvermos este encontro, foi preciso reaprender a fala do corpo, dos sentidos. Ao enfatizarmos o ver, ouvir, e sentir o outro, buscamos cuidá-lo com amor e disponibilidade para estar com elas em todos os momentos. Esta etapa foi desenvolvida pelo grupo de enfermeiras na sala de estudos e reuniões da Unidade, quando utilizamos as emoções

desveladas pelas enfermeiras ao relatarem sobre sua vida particular e seu cotidiano na UIN. Descreveremos a seguir os aspectos extraídos das reuniões.

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 à medida que o “*Tu*” se torna presente, a presença se instaura; o instante dá-se quando existe presença, encontro, relação. Conhecer intuitivamente significa estar “dentro” do outro, no ritmo de suas experiências. Nestes *encontros* com as enfermeiras que vivenciam sua atuação na UIN, procuramos cultivar a confiança, permitindo que elas expressassem seus anseios, sonhos e angústias. Nesta atitude, a relação “*Eu-Tu*” se iniciou, uma relação sujeito a sujeito, na qual os envolvidos têm a consciência da singularidade de cada um.

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, obtidos durante os momentos de interação, no decorrer da pesquisa.

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 entre a pesquisadora e as enfermeiras participantes. A tentativa de todo esse processo dialógico foi vivenciada por meio de palavras, olhares, atitudes, entonação de voz, expressões corporais e faciais, registradas no decorrer das reuniões.

A fusão intuitivo-científico iniciou-se no desenrolar da relação “*Eu-Tu*” e no estabelecimento da relação “*Eu-Isso*”, ambas descritas por Buber (1974). Esta compreende a relação sujeito-objeto, quando nos tornamos sensíveis ao conhecimento do outro. O conhecimento científico amplia e influencia o saber na prática de Enfermagem, oferecendo subsídios para o questionamento profissional e pessoal. 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).

Segundo o pensamento de Schön (1998), a definição de saberes práticos como o conjunto de instrumentos, aos quais as enfermeiras recorrem no dia-a-dia do exercício da profissão, abrange o conjunto de conhecimentos elaborados pela própria enfermeira, a partir das suas experiências na labuta cotidiana.

Percebemos que uma das características da Enfermagem é lidar com uma gama de emoções, tanto as inerentes a quem cuida e quem é cuidado como as surgidas 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).

Neste estudo, o olhar científico permeou as vivências das enfermeiras na tentativa de implementação do cuidado humanizado. Vamos encontrar neste estudo os depoimentos de *Eucalipto-chinês*, *Flor-de-pimenta*, *Orquídea-to-yo-ran*, *Muguet*, *Jasmim*, *Peônia*, *Tambouti*, *Tonka*, *Satin* e *Sândalo*.

As enfermeiras relatam seus sentimentos e experiências no ato de cuidar, relacionando-os com o ambiente. Inserir experiências pessoais que desvelam este contexto não é fácil, sendo uma forma de compromisso profissional e atitude ética que os participantes deste estudo demonstraram quando se dispuseram a participar e expor de modo aberto sobre o objeto de investigação.

Procedemos à *síntese complementar das realidades conhecidas*. Estabelecemos um *diálogo* entre elas, quando, então, refletindo e analisando, passamos a identificar e codificar as falas, as expressões, os sentimentos e a comunicação não verbal, nas gravações e filmagens, buscando convergências que pudessem formar categorias conceituais, caracterizando, assim, as enfermeiras. Como ensinam Paterson e Zderad (1979), neste ponto a enfermeira sintetiza duas ou mais visões de Enfermagem, envolvendo suas similaridades e diferenças e destas alcança uma visão ampliada.

A *sucessão de muitos para o único 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. 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, realizada com um completo *bem-estar*, são necessárias condições estruturais e funcionais que facilitem a realização plena do trabalho profissional seguro e eficaz, atendendo, desse modo, ao chamado da enfermeira que busca seu *estar-melhor* ao vivenciar o cuidar na UIN.

Assim, neste ambiente, quase sempre barulhento, bastante iluminado e agitado, observamos as enfermeiras procurando desempenhar sua função. Encontramo-las, algumas vezes, absorvidas em seus próprios problemas, no seu cansaço, na falta de motivação.

Surpreendemo-nos, contudo, quando testemunhamos depoimentos de que o bebê é a pessoa que menos contribui para a ocorrência de desgastes e sentimentos negativos relacionados ao trabalho na UIN. Por meio de palavras cheias de entusiasmo e emoção visível, a rosa oriental *Orquídea-to-yo-ran* nos revela que [...] *o bebê é o que menos me cansa, não me perturbo em cuidá-lo, o que magoa, são as pessoas e o ambiente ao redor, é o sistema.*

5.3 A vivência dialógica: a busca do *estar-melhor* das enfermeiras ao cuidar do RN na UIN

Seguir uma trajetória que nos levasse a compreender os sentimentos vivenciados pelas enfermeiras quando de sua atuação na UIN, assim como sua participação neste cotidiano, foi ao mesmo tempo uma experiência prazerosa e desafiadora. O seguimento da metodologia proposta, baseada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, foi bastante gratificante e nos exigiu, durante todo o decorrer das reuniões, muitas leituras, paradas, reflexões e retomadas.

Iniciamos nossos momentos de interação percorrendo sobre a pesquisa, a tese propriamente dita, e objetivos a serem alcançados, esclarecendo questionamentos e requisitando o consentimento às enfermeiras que ensejaram sua

participação no estudo. Ressaltamos que, a partir da experiência pessoal, entendemos que a formação da enfermeira atuante na área hospitalar está diretamente relacionada à sua experiência assistencial.

Nas reuniões posteriores, desenvolvemos temáticas como: A Teoria Humanística, de Paterson e Zderad; Fundamentos Filosóficos do Cuidar; Instrumentos Básicos do Cuidar; Tecnologia Emancipatória; Os Desafios dos Relacionamentos Humanos; Motivando Todos Para a Qualidade; Planejando o Cuidado na Unidade de Internação Neonatal; O *Estar-Melhor* da Enfermeira ao Cuidar do Recém-Nascido na Unidade de Internação Neonatal (QUADRO 3).

QUADRO 3 - Temas, Dinâmicas, Textos e Músicas para Reflexão Utilizados nas Reuniões com as Enfermeiras

TEMAS	DINÂMICAS	MÚSICAS	TEXTOS	REFLEXÃO
Teoria humanística	Abraços	Olhe o que o amor me faz	Faxina da alma	Acolhimento
Fundamentos filosóficos do cuidar	O espelho	Esse teu olhar	Esperança	Autoconhecimento Auto-aceitação Percepção do outro
Instrumentos básicos do cuidar	Massa, modelo e escultor	Eu só quero um xodó	Tem pão velho?	Postura Sensibilidade Respeito O papel de cada um
Tecnologia emancipatória	Objetos e tecnologia	A cura	Fazer o que se gosta	A tecnologia na UIN A necessidade do conhecimento para ousar
O desafio dos relacionamentos humanos	A descoberta do outro	Eu te ofereço paz	Quase	Como sou e como sou visto pelo outro Integralidade
Motivando todos para a qualidade	Quebrando barreiras; mudando paradigmas	Como uma onda no mar	Padrão positivo	É possível mudar para melhor?
Planejando o cuidado	Expectativas e metas	Nossa Senhora	A caneca de chá	O caminho já pode ser traçado?
O <i>estar-melhor</i> da enfermeira ao cuidar do RN na UIN	Recados do coração	É preciso saber viver	Eu pedi a Deus	Relação interpessoal Autocuidado

Fonte: Dados da Pesquisa-MEAC/UFC- Fortaleza, 2005.

O ambiente das reuniões foi alvo da nossa atenção. Fizemos uso de caprichosos objetos de decoração, como corações de papéis coloridos dependurados no teto, colados a serpentinas; folhas de papel celofane utilizadas para “filtrar” e “aquecer” a luz do retroprojeto; jarros pequenos com flores, lembrando jardins por onde as flores pudessem passear com suas emoções; balões coloridos, cheios de sonhos; corações pequeninos de cartolina brilhante e de cores diferentes a enfeitar as paredes ao nosso redor.

Buscamos, assim, acolher e brindar as participantes com visões delicadas e agradáveis em um espaço conhecido por elas (sala de reuniões da UIN), pois, desta maneira, o perceberiam como familiar, personalizado. Então, pudemos estar com elas, em um espaço existente, naqueles momentos de interação. O diálogo com as enfermeiras foi estimulado pela consciência que elas tinham de sua experiência no espaço conhecido, favorecendo seu *bem-estar*.

Consoante Paterson e Zderad (1979, p. 66),

Com o tempo e a familiaridade se desenvolve um sentimento de pertinência recíproca. A pessoa pertence ao lugar e o lugar pertence à pessoa. Por outro lado, quando uma pessoa se encontra em um lugar novo pode sentir-se incomodada de não pertencer a ele.

O ser humano é visto a partir da sua individualidade, mas necessariamente relacionado com outros seres humanos, no tempo e no espaço, sendo, assim, interdependente da situação humana, sendo a ele possibilitado, por meio de escolhas e das relações com os outros, vir-a-ser (PATERSON; ZDERAD, 1988).

As participantes da pesquisa receberam, no decorrer dos momentos de interação, pequenas “lembranças” que simbolizavam os temas desenvolvidos pelo grupo, como uma delicada *boneca* (representando cada uma das enfermeiras), para a qual pedimos dedicação representativa de auto-estima e autocuidado; um *anel* de acrílico colorido, lembrando o compromisso em busca do autoconhecimento, e de mudanças; uma *caneta*, para escrever o início de uma nova história de vida pessoal e profissional.

Contemplamos nossos *encontros* com leituras breves sobre cuidado pessoal, afetividade, inter-relacionamento, autoconsciência, tomada de decisão pessoal, auto-aceitação, responsabilidade pessoal, dinâmica de grupo, ajustes de limites, controle de impulsos, estímulo, amor ao próximo, humanização, temas que decerto traziam momentos de reflexão crítica e ensejos de uma convivência menos conflituosa.

Todos os momentos do grupo foram permeados por um *diálogo* genuíno, antecedidos por dinâmicas como “espelho”; “conhecendo o outro”; “quebrando barreiras”; entre outras; todas em busca de acolhimento, autoconhecimento, empatia, mudança de paradigmas, e também como sensibilização para a disponibilidade de perceber o outro de “coração aberto” (MILITÃO; MILITÃO, 1999). Em todos os instantes de interação com o grupo, conseguimos captar as emoções desveladas no rosto das enfermeiras, muitas vezes, acompanhadas por lágrimas de desabafo d'alma. Os encontros sempre eram encerrados com um abraço do grupo, comungando união, carinho e certeza de ajuda no alcance de metas coletivas.

Nossa presença apenas *facilitava* o delinear do *encontro*, pois tencionávamos nos empenhar com uma *presença genuína* nestas relações interpessoais. Corroboramos o pensamento de Rogers (1994, p. 64):

Acho que vivi uma experiência espiritual profunda, senti que havia uma comunhão espiritual no grupo. Respiramos juntos, sentimos juntos, e até falamos uns pelos outros. Senti sua presença, sem as barreiras usuais do eu e do você.

Coexistem, nesse movimento de partilha, o conhecimento teórico e a experiência prática, cuja transação produz conhecimento pessoal, particular e coletivo. Cada participante trouxe para o ambiente educativo (nas reuniões) as peculiaridades do seu potencial intelectual, conhecimentos apreendidos e o aprendizado com as experiências adquiridas ao longo da sua história de vida pessoal e profissional.

Nesse processo, é compreensível haver diferenças na facilidade de movimentar-se e refletir criticamente sobre as diversas situações com que se confronta a pessoa de cada enfermeira, na prática. A integração do conhecimento

pessoal e a experiência de trabalho interferem decisivamente nas escolhas relativas aos cuidados a serem prestados aos bebês e à forma como são praticados.

Na movimentação entre saberes teóricos e práticos das enfermeiras, a experiência não significa a mera passagem do tempo, eis que representa o refinamento de noções e teorias preconcebidas mediante um encontro com várias situações da prática que adicionam nuances à teoria. Aqui, quando a enfermeira participante interage com o meio ambiente e com o outro, na busca do autoconhecimento (*o espelho*), ela consegue abandonar as regras (*transpondo barreiras*) e procura tornar-se melhor e mais ágil, pois suas habilidades serão transformadas, trazendo aperfeiçoamento profissional (*mudando paradigmas*), e ela, assim, buscará um cuidado diferenciado, o qual ela poderá realizar prazerosamente (*estar-melhor*).

Com a certeza de termos compartilhado momentos verdadeiros e inesquecíveis regados a sorrisos, reflexões, lágrimas e esperança em dias virtuosos, desejamos, também, relatar alguns obstáculos nas interações com as participantes do estudo, as enfermeiras. Embora o horário e local tenham sido redefinidos a pedido das enfermeiras, ainda assim, em determinadas interações grupais, algumas participantes ausentaram-se por alguns momentos.

Isso aconteceu por motivos relevantes, como a necessidade de suas presenças em intercorrências graves e momentos de urgência na UTIN, como também a impossibilidade de trocas de plantão em instituições outras onde atuam. Sabemos que lá, bem dentro dos seus corações, a desmotivação ainda “teima” por morar, talvez pelo cansaço de tantas horas ininterruptas de trabalho árduo, mas, decerto, de grande valor. É desejo nosso que consigam descortinar dos seus olhos este véu de tristeza e desânimo, pois, ao conseguirem tal intento, encontrarão um caminho mais brando onde *comungarão* do prazer em praticar este vocacionado cuidar.

Em nossa mais recente abordagem teórica com o grupo, desenvolvemos uma exposição denominada *O Estar-Melhor da Enfermeira ao Cuidar do RN na Unidade de Internação Neonatal*, com a pretensão de avaliar os momentos de vivência com as enfermeiras, percebendo que os resultados advindos variaram de acordo com a intensidade da vivência e o entendimento da fundamentação teórica,

que alicerçou a reflexão sobre as ações e as emoções. Quando sistemático, intenso e crítico, o refletir facilita os avanços no sentido do conhecer a si mesma e o ambiente que a cerca, desenvolve o poder de argumentação, a capacidade de equilibrar teoria e prática e, finalmente, promove o intercâmbio de experiências com os demais membros da equipe.

A dinâmica escolhida para iniciarmos este momento foi “recado do coração”, em que as enfermeiras, ao som de um animado xote da banda Fala Mansa, “Esta é para você”, brincavam com balões coloridos, jogando-os ao ar, e, logo após, cada uma estourava um ou mais de um e recolhia do chão os *recadinhos* que cada um trazia em seu interior. Ao findar da melodia, então, cada uma lia suas mensagens anunciadoras de paz, amor, estímulo, espiritualidade, saudade..., escolhidas por elas a esmo, certamente, pelas mãos sábias de Deus, como que “tocando” nossos corações, e as ofereciam delicada e emocionadamente, entre abraços, a uma colega ou a todo o grupo, que neste momento era uno.

Um dos balões continuou a bailar no ar. Era cor-de-rosa. “*Este é da mestra*”, disse *Orquídea-to-yo-ran*. Após o estourarmos, lemos uma mensagem de um autor desconhecido que dizia: “O degrau da escada não foi inventado para repouso, mas, apenas, para sustentar o pé, durante o tempo necessário para que o homem coloque o outro pé um pouco mais alto.” Ao lermos o recado que se encontrava em nossas mãos, refletimos que esta mensagem era na verdade nosso desejo para todas elas: que perseverassem na busca das suas metas, dos seus sonhos, que descansassem por só um instante, não se deixassem abater pelos infortúnios da vida e da profissão. Existe, certamente, uma maneira de *estar-melhor* nessa caminhada, sendo relevante a seu alcance.

Agora, revivíamos nosso passado. Muitas vezes, não conseguimos alcançar nossas metas, nossos ideais tão “sonhados”, mas o que ficou marcado para nós foi a urgência e a relevância de continuar nossa caminhada, ir adiante, com cautela, perseverança e carinho em cada passo a ser percorrido, aprendendo e crescendo com tudo e com todos ao nosso redor.

Perguntamos: é possível à enfermeira *estar-melhor durante sua atuação na UIN*? Sim, responderam. *É possível sim. Depende de cada uma de nós, depende*

da união do grupo. Sabemos que nem todo dia transcorre como um bom dia, nem tudo acontece tranqüilamente, surgem muitas tribulações em nosso caminho, torna-se importante que cada uma de nós compreenda a outra, seu cansaço, respeite-a, que comungue dos seus sentimentos. Continuamos a fala expressando que elas já estavam até incorporando palavras identificadoras da Teoria Humanística em seu vocabulário e isto era sinônimo de acreditação nos pressupostos humanísticos.

A resposta das enfermeiras surgiu forte, clara e rápida. Parecia-nos até familiar. Senão vejamos, seria - amar o próximo como a ti mesmo? Certamente em algum momento das nossas vidas ouvimos esta mensagem. Por que será que ela se perdeu no tempo? A partir de então, nos parecia justo reavê-la e incorporá-la em nosso viver. Mas, para que isto aconteça, necessitamos fortificar-nos, agrupar-nos, compartilharmos forças e *comungar* vitórias diárias advindas desta proposição.

Quem sabe, poderíamos, mais além, trabalhar, com os funcionários, a importância de sua participação na criação de um novo conceito de equipe interdisciplinar. Valorizarmos a recuperação da história pessoal, grupal e institucional, o que implica mudanças positivas nas relações de trabalho. Trabalharmos, com a equipe de médicos e funcionários, as questões de desgaste físico-mental e estresse. Estimular os funcionários da UIN a buscar melhor qualificação profissional. Incentivar e valorizar as pessoas como seres humanos e profissionais.

Reaver o potencial criativo em busca de novas opções para problemas estabelecidos. Alcançar mudanças atitudinais e comportamentais favoráveis ao melhor desempenho profissional. São tantos os projetos que parecem borbulhar em nossos pensamentos. Chegamos até aqui, por que não continuar? Afinal, ainda temos muitos degraus a subir, não podemos descansar demoradamente.

O sentido de cuidado, segundo Waldow (2004), é demonstrado não só pela presença, afetividade e interesse, mas, também, pelo conhecimento e habilidade técnica, além do julgamento clínico, e inclui ações de conforto (físico e psíquico) e higiene (do corpo e do ambiente), além do apoio (emocional e espiritual) e da proteção no sentido de segurança.

Para encerrar este *encontro*, trouxemos as palavras do poeta Roberto Carlos, em forma de melodia, cantada por todas:

É preciso saber viver

Quem espera que a vida

Seja feita de ilusão

Pode até ficar maluco

Ou morrer na solidão

É preciso ter cuidado

Pra mais tarde não sofrer

É preciso saber viver

Toda pedra do caminho

Você deve retirar

Numa flor que tem espinhos

Você pode se arranhar

Se o bem e o mal existem

Você pode escolher

É preciso saber viver...

No desenvolvimento da temática *O Estar-Melhor da Enfermeira ao Cuidar do RN na UIN* incluiu-se a participação coletiva das enfermeiras. Percebemos, então, que as decisões implementadas pela enfermeira na prática assistencial são trabalhadas a partir de uma articulação entre as situações vividas e as teorias apresentadas às profissionais que tentam explicar sua prática.

A idealização, muitas vezes, de determinado papel no trabalho da enfermeira afasta-a da realidade expressa nas organizações de saúde, prejudica uma visão mais panorâmica, impossibilitando-a de explorar novos caminhos importantes e necessários para a ampliação do seu espaço social. Faz-se indispensável a enfermeira repensar a prática profissional e, com isso, buscar satisfação no seu trabalho, galgando outros espaços (GUSTAVO; LIMA, 2003).

Na nossa compreensão, a teoria oferece o que pode ser claramente explícito e percebido por todas, enquanto a prática assistencial, por sua complexidade e singularidade, é mais rica e produtiva no sentido de aprendizagens significativas. Por isso, a movimentação do *diálogo* entre a prática e a teoria produz o refinamento exigido para poder a enfermeira desenvolver suas ações com autonomia.

Aprender a fazer, segundo Perrenoud et al., (2001), é enfrentar progressivamente a complexidade e dispor de um enquadramento (mecanismo cognitivo e afetivo que permite uma visualização da situação a partir de outra ótica) que conduz o profissional à refletividade, a falar das suas dúvidas e de seus medos, a buscar um apoio ou conselho, dar sentido às vivências práticas e, dessa forma, confrontar com outros profissionais, ampliando sua fonte de aprendizagem, adquirindo novas e enriquecedoras experiências.

5.4 O desvelar dos sentimentos geradores de temas

Em consequência da progressiva sofisticação tecnológica e da falta de envolvimento, passamos a utilizar, com certo exagero, a comunicação verbal. Mas, na nossa experiência de interação, o objeto de estudo foi fortalecido pela descrição reflexiva das temáticas extraídas das falas e das emoções, filmadas e conseqüentemente gravadas, das participantes durante as reuniões. Ficou evidenciado para nós que o estudo do não verbal pôde reaver a capacidade de percepção dos sentimentos das enfermeiras, suas dúvidas e dificuldades de verbalização.

Considerando que a capacidade de ouvir e compreender o outro inclui não apenas a fala, mas também as expressões e manifestações corporais, como elementos fundamentais no processo de comunicação, esta observação da linguagem corporal, denominada de cinésica ou cinética, segundo Knapp (1980), assume para nós importante papel na decodificação das mensagens recebidas das enfermeiras durante as interações.

Em relação às filmagens, as falas foram ouvidas e transcritas na íntegra, lidas e relidas pela própria pesquisadora e, a seguir, foram submetidas à análise de conteúdo, em três etapas, como preconiza Bardin (2004).

Em atendimento às etapas propostas, na pré-análise, realizamos a leitura geral de todo o material, denominada “flutuante”, para, então, podermos ter melhor compreensão, o que nos permitiu análise posterior. Após reflexões das interações do grupo, foram constituídas unidades temáticas. Consoante Bardin (2004, p. 99), “o

tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Na fase de tratamento e interpretação, os dados foram organizados em temáticas, analisadas e interpretadas à luz dos pressupostos básicos da Teoria Humanística de Enfermagem, de Paterson e Zderad. Como fio condutor, tivemos a terceira, quarta e quinta etapas da Enfermagem fenomenológica: a enfermeira conhece cientificamente o outro; a enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas; a sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal.

Foram identificadas quatro unidades temáticas, organizadas em Bardin (2004), a saber: *desmotivação, cuidado, ambiente, relacionamento interpessoal*. Da temática desmotivação, foram identificadas as subtemáticas *cansaço físico e mental, o re-trabalho na UIN, perspectiva para mudanças; autoconhecimento*; da temática cuidado, as subtemáticas identificadas foram *autocuidado e cuidado ao bebê*; da temática ambiente, foram identificadas as subtemáticas *o ambiente da UIN e os sentimentos da enfermeira ao atuar na UIN*; da temática relacionamento interpessoal, a subtemática identificada foi *relacionamento com a equipe interdisciplinar da UIN*.

Temática: Desmotivação

A motivação vem das necessidades internas de cada indivíduo e não da sua vontade. É necessário entender que as necessidades e desejos das pessoas levam sua marca e que não podemos mudá-las conforme nossa vontade. Não se pode moldar as pessoas segundo planos que estejam fora delas mesmas. Por isso, é importante conhecer, identificar as necessidades e anseios das pessoas e compatibilizá-los com sua atuação diante da vida. Ademais, motivação é um fenômeno contínuo, nunca definitivamente resolvido para cada indivíduo (BRITO, 1995).

Nesse caminhar, cada momento motivacional é único para cada ser humano, como o reconhecimento de ser tratado como pessoa, ser tratado de modo justo, poder ser ouvido, conviver com novos desafios, ter novas oportunidades,

possuir orgulho do próprio trabalho e dispor de condições de trabalho adequadas para se ter a sensação de ser útil e aceito como é.

Muitos profissionais desenvolvem suas atividades com qualidade e competência, mantendo-se motivados. Outros, porém, por não suportarem as pressões, se esgotam e, após perderem a perspectiva de dias melhores, passam por exercer outras atividades, muitas vezes, trocando de profissão (LAUTERT, 1999).

Motivação, por conseguinte, não é algo que possa ser diretamente observado. Inferimos a existência da motivação observando o comportamento dos indivíduos. Um comportamento motivado caracteriza-se pela energia nele contida e está sempre dirigido para o atingimento de uma meta ou a realização de um objetivo.

Trazemos o pensamento de Brito (1995), expressando motivação como intrínseca e referindo-se ao estado de disposição ou vontade para trabalhar produtivamente, sentida pelo profissional. Pode-se dizer que não se consegue motivar as pessoas e que, paradoxalmente, é fácil desmotivá-las. Por isso, a preocupação constante deve ser prevenir situações que possíveis de desestimular as pessoas.

Segundo Guimarães (2005), uma das teorias mais citadas quando se trata de motivação é a Teoria da Hierarquia das Necessidades, formulada por Abraham Maslow, na qual as necessidades básicas são identificadas como fatores causadores de motivação.

As necessidades humanas básicas, em ordem hierárquica, são as seguintes: *fisiológicas* (são necessárias para a sustentação da própria vida); *de segurança* (de estar livre do perigo físico e do medo da perda do emprego, do abrigo ou da sustentabilidade); *de afiliação ou aceitação* (as pessoas têm necessidade de se sentirem aceitas, pertencentes a um grupo); *de estima* (uma vez satisfeita a necessidade de afiliação, as pessoas passam a sentir necessidade de serem estimadas, respeitadas pelos outros, a necessidade de poder, prestígio, *status*); *de auto-realização* (é o desejo de tornar-se aquilo que a pessoa é capaz de ser - maximizar seu potencial, realizar tudo que seja possível).

De acordo com Serrano (2005), o pensamento de Maslow sobre a Teoria das Necessidades encerra a idéia de que, um músico deve compor, um artista deve

pintar, um poeta deve escrever, caso pretendam deixar seu coração em paz. O que um homem pode ser, ele deve ser. A essa necessidade podemos dar o nome de auto-realização.

Subtemática: Cansaço Físico e Mental

Na nossa vivência na UIN, observamos que as enfermeiras reclamam constantemente das atividades laborais relacionadas à superlotação de bebês, à insuficiência de recursos humanos e materiais, à sobrecarga de serviço e a outras situações produtoras de tensão.

Estes fatores em conjunto tornam as rotinas do cotidiano exaustivas e menos prazerosas durante a jornada de trabalho, como podemos constatar nas falas extraídas após a realização da dinâmica “abraço” (MILITÃO; MILITÃO, 1999).

Este momento retratou um anseio das participantes por um acalanto, um *colo*, enfim, uma esperada trégua das labutas diárias do cuidar. Expressamos aqui a idéia de que esta interação grupal foi acompanhada pela melodia de Gilberto Gil, “Eu só quero um xodó”. Logo após as enfermeiras verbalizaram seus pensamentos:

[...] às vezes, estou tão cansada que não quero ninguém por perto. (*Jasmim*).

[...] hoje eu estou tão esgotada, que não quero nem colo. (*Orquídea-to-yo-ran*).

[...] a enfermeira, não come na hora certa, tem enxaqueca, eu gostaria de fazer, mas, às vezes, não dá. (*Peonia*).

Somos muito exigidas, [...] eu estou cansada. (*Muguet*).

Para buscarmos tranquilidade e sossego, temos que filtrar as coisas ruins [...] (*Tonka*).

Na UIN, a superlotação é uma ocorrência que dificulta o desenvolvimento da assistência de Enfermagem, pois, com o excesso de bebês graves, fica evidente o desgaste físico para a equipe. A superlotação acarreta, em grande parte dos profissionais da equipe multidisciplinar, alterações como hipertensão arterial, perdas

auditivas, distúrbios vasculares e obesidade, que são representantes típicos de sinais de cansaço (BRASIL, 2002).

Desta forma, diz Ribeiro (1993), após anos de trabalho, as 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. O estresse, então, 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.

Nestes ambientes de risco, as equipes de trabalho tornam-se vulneráveis ao comprometimento da sua saúde, mediante o contexto em que estão inseridas e a função que cada uma exerce. A equipe interdisciplinar (médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos de Enfermagem, fisioterapeutas e outros profissionais) está envolvida no atendimento direto ao paciente, mas as integrantes da equipe de Enfermagem são as mais comprometidas, por permanecerem por vinte e quatro horas realizando, continuamente, a prestação dos cuidados.

Entendemos que o regime de turnos e plantões abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, comum entre os trabalhadores de saúde, especialmente num país onde os baixos salários pressionam para tal. Esta prática potencializa, decerto, a ação de fatores que por si só danificam sua integridade física e psíquica. É o que podemos observar na rotina diária de trabalho e nas relações profissionais.

Essa situação, diz Coutinho (2004), conduz as enfermeiras ao desgaste físico e profissional em razão da sobrecarga de horas despendidas nas unidades de neonatologia onde atuam, que varia de 30 a 88 horas, levando estas profissionais a trabalharem em média 40 horas semanais em cada instituição.

Admite, a enfermeira, que o atendimento ao bebê é complexo e desgastante, e exige dela e de toda a equipe de Enfermagem completa dedicação, pois, durante o período de internação, desempenha suas funções centralizadas no atendimento das necessidades afetadas do RN, realizando vários procedimentos, tais como: punções venosa, capilar e arterial, sondagem gástrica, aplicação de oxigenoterapia e outros. Em toda esta atuação, são requeridos conhecimentos,

habilidade e segurança para desenvolver o manuseio e todas as técnicas com eficiência (ROLIM; CAMPOS; OLIVEIRA; CARDOSO, 2004).

Na presença da dinâmica contínua e rotineira na realização dos cuidados diante da alta rotatividade dos pacientes, da agilidade no atendimento, do intenso movimento da própria equipe de trabalho, a enfermeira desempenha procedimentos de grande complexidade, com conseqüente desencadeamento de cansaço e estresse. Todos estes fatores se caracterizam em risco à sua saúde, comprometendo, também, seu desempenho físico e psicológico, ao realizar os cuidados de Enfermagem ao recém-nascido.

Segundo relatam autores como Barros, Humerez e Fakih (2003), os trabalhadores da área de saúde tendem a apresentar níveis altos de ansiedade, seja pelo contato com o sofrimento humano, com o processo da morte do paciente, seja pela divisão técnica ou social do trabalho, como nas relações hierarquizadas, pelas grandes jornadas de trabalho.

Profissionais de Enfermagem podem manifestar algumas alterações comportamentais, em conseqüência das condições de trabalho, possíveis de causar desequilíbrio na qualidade e na quantidade de tarefas. Isso pode levar à ocorrência de erros, gerados pela diminuição atenta e de concentração, promovendo uma desumanização do cuidado e um desequilíbrio das relações interpessoais aos pacientes e a sua família, como ainda relativamente à equipe interprofissional, surgindo também problemas relacionados ao absenteísmo e falta de motivação (BIANCHI, 1993).

A superlotação, o barulho das falas, monitores, alarmes dos aparelhos, a realização dos procedimentos contínuos e a iluminação intensa são fatores constantes, dentro da UIN. Por isto, esta é considerada um ambiente estressante, contudo, também, de aprendizagem, de sofrimento e de esperança, onde toda uma equipe profissional trava diariamente a luta entre a vida e a morte (ROLIM; OLIVEIRA; CARDOSO, 2003).

Nesse contexto, devem as enfermeiras desenvolver sua sensibilidade para estarem atentas ao outro, no sentido de perceberem suas necessidades, ainda que não verbalizadas, na procura de sentirem-se inteiras como pessoas que cuidam

e de terem a certeza de estarem fazendo tudo que é possível (BERTONCELLO; SAWADA, 2000).

Segundo Maia (1999), as condições de trabalho devem ser adequadas, priorizando a diminuição da sobrecarga de trabalho físico e mental e as psicopatologias que mantêm relação com a prática do cotidiano dos trabalhadores, com vistas também à melhoria da qualidade da assistência oferecida ao paciente.

Neste pensamento, a disponibilidade da enfermeira para cuidar com esmero do bebê é também prejudicada pela dupla jornada de trabalho, outro fator agravante do bem-estar físico. Entretanto, esta se faz necessária às enfermeiras em razão da circunstância econômica, pois não basta a remuneração de um só emprego para sua sobrevivência com dignidade, de modo que ela busca melhores salários para almejar melhores condições econômicas e qualidade de vida.

Os fatores identificados servem como ponto de partida para reflexões acerca da qualidade de vida da enfermeira, relacionada às condições de trabalho. É oportuno constatar que tais incômodos acontecem em detrimento da multiplicidade de tarefas, tecnicismo e desgaste físico e mental. Várias vertentes científicas evidenciam o fato de que efeitos nocivos sobre o corpo, vinculados ao trabalho, passam em primeiro lugar pelo psíquico, e esse impõem sofrimento e insatisfação (LIPP, 2000).

A intensidade da vivência experimentada pela enfermeira hospitalar no seu cotidiano, referem Pafaro e Martino (2004), lhe exige contínua e profunda mobilização de energia adaptativa que, por vários motivos, pode não estar disponível ou pode não ser suficiente para evitar o cansaço e o estresse.

Portanto, a diversidade de atividades executadas, as interrupções freqüentes, os imprevistos e o contato direto com o sofrimento e a morte são fatores agravantes no trabalho de Enfermagem que, na maioria das vezes, podem conduzir ao desgaste mental (MARTINO; MISKO, 2004).

Subtemática: O (re) Trabalho na UIN

A principal meta da Neonatologia é a redução da morbimortalidade perinatal e a busca da sobrevivência do RN nas melhores condições possíveis. Como afirma Bulhões (1994), a despeito de toda sofisticação e aparato tecnológico apropriado existentes nas unidades de cuidados intensivos, a intensa movimentação da equipe multiprofissional, o lidar freqüente com situações-limite, da tênue linha entre a vida e a morte, fazem com estes profissionais estejam quase sempre muito atarefados, ansiosos, apressados. Estes foram sinais percebidos e sentidos pelas enfermeiras atuantes em UIN.

Antes do desenvolvimento da exposição sobre os *instrumentos básicos do cuidar*, interagimos com o grupo em uma dinâmica denominada “massa, modelo e escultor”. Ao som de uma melodia instrumental, buscando sensibilizá-las para o respeito ao outro, por meio do exemplo, da atitude e do relacionamento interpessoal, obtivemos como resposta das enfermeiras relatos sobre as dificuldades de um pensamento coletivo quanto à organização e continuidade da assistência desenvolvida na UIN.

O desagrado pelo re-trabalho, ou seja, o refazer de toda uma elaboração da assistência realizada, seja a manutenção dos aparelhos e equipamentos ou a estruturação da Unidade para o cuidado ao bebê, decorre, certamente, da falta de integralidade dos membros da equipe interdisciplinar, que repercute na descontinuidade dessa assistência, na falta de planejamento das atividades, na falta de criatividade, na mesmice da rotina do cuidado, prejudicando o ânimo das enfermeiras, como externado em suas falas:

[...] você pensa que acabou, mas isto não acontece. (*Peonia*).

[...] assim, repetindo, o trabalho não rende. (*Flor-de-pimenta*).

[...] o como fazer o trabalho, não pode ser como uma receita de bolo, ele deve ser diferenciado. (*Satin*).

[...] às vezes, a gente tem uma técnica tão boa, e uma tecnologia tão avançada, mas ainda continuamos a desejar como ser humano; não há respeito pelo trabalho. (*Muguet*).

As colegas, às vezes, desmancham nosso trabalho, parecem não compreender nossa atuação, a unidade é de todas [...] (*Tambouti*).

As enfermeiras atuantes em UIN possuem sentimentos que refletem tristeza e desânimo em relação às colegas. Encontram-se preocupadas e inseguras. Algumas gostam do que fazem e dão o melhor de si para realizar seu trabalho com a devida consciência e a necessária competência, sentindo satisfação em contribuir para a recuperação do bebê que suscita cuidados, carinho e atenção.

Reconhecem, no entanto, que sua assistência acarreta angústia e frustração por uma alienação e deficit pessoal e profissional de ensejar uma transformação de uma práxis tão arrebatadora de conflitos. Esta situação intensificou-se nos últimos anos, especialmente porque convivemos com a falta de leitos para atender à grande demanda, com o quadro de superlotação, a sobrecarga de trabalho, em decorrência do número insuficiente de profissionais, o barulho das falas, monitores, alarmes dos aparelhos e a realização dos procedimentos contínuos (ROLIM; OLIVEIRA; CARDOSO, 2003).

Foi necessário enfatizarmos ao grupo, sobre a compreensão, no desenvolvimento de um trabalho, e do respeito ao processo cuidativo realizado pelas colegas, e do enlace necessário de toda a equipe na assistência ao RN. Esta prática é favorecida pela comunicação que proporciona continuidade da ação terapêutica, seja ela individual ou coletiva.

Consoante Faria (1999), na saúde, o processo de trabalho, em sua maior parte, é um trabalho coletivo, porque a saúde não está acima ou abaixo do homem, está nele mesmo e requer um marco de conhecimentos que dê conta de tal complexidade.

Subtemática: Perspectiva para Mudanças

Perspectiva é expectativa, fé em conseguir algo que se deseja, é ter esperança (BUENO, 2004). Os profissionais de Enfermagem manifestam algumas incertezas a respeito deste sentimento, talvez pelas alterações comportamentais em consequência das difíceis condições de desenvolvimento de uma assistência diferenciada, que podem causar desequilíbrio na qualidade e na quantidade de trabalho.

As impressões das enfermeiras nos foram permitidas após aplicarmos a dinâmica “quebrar barreiras”, ao som da melodia de Lulu Santos “Como uma onda”, quando tentamos sensibilizá-las a buscar respostas às suas ansiedades, ao desejo de modificar paradigmas, como os que caracterizam a situação da unidade como imutável e o *bem-estar* das enfermeiras inatingível. Suas falas são permeadas também de esperança, como podemos observar a seguir:

[...] é um sonho, ver esta Unidade caminhando bem, as pessoas mais humanas, gostaria de saber, o que posso fazer para melhorar. (*Jasmim*).

[...] as pessoas não colaboram, não lutam para mudar. (*Muguet*).

[...] gostaria de trabalhar com o acolhimento às pessoas. (*Eucalipto-chinês*).

[...] se a gente pudesse construir algo, como seria melhor. (*Flor-de-pimenta*).

[...] apagando nossos erros, as coisas ruins, podemos com isso crescer. (*Peônia*).

[...] gostaria de crescer como pessoa e como profissional. (*Tambouti*).

A percepção da pessoa ou a experiência de uma grande mudança inicia o desfazer das sensações de estresse e desânimo. De acordo com Lautert (1999), as respostas ou estratégias de enfrentamento são classificadas quanto à função entre duas categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento com foco na emoção. No primeiro caso, a pessoa engaja-se no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de emoções negativas, visando controlar ou lidar com a ameaça, como solução de problemas e planejamento.

O enfrentamento focalizado na emoção tem como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema/estressor com o qual a pessoa se defronta, como atitudes de afastamento ou paliativas, como negação ou esquiva (LAUTERT, 1999).

Lembramos Bulhões (1994), quando sugere que o trabalho intenso leva à ocorrência de erros, causados pela diminuição atenta e de concentração, promovendo uma desumanização do cuidado aos pacientes e um desequilíbrio das relações interpessoais com a equipe de saúde.

Podemos observar relatos referentes à vontade de ampliar horizontes, buscar novos conhecimentos e desenvolver formas diferenciadas de cuidar do bebê. 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.

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

A esperança em mudanças por meio da constituição de novos paradigmas deve centrar-se nas próprias convicções e no contexto social, levando em conta os que serão beneficiados, seja pela assistência à saúde, centrada nas dimensões do cuidado; pelo caráter educativo ou de organização e nos métodos de administração. Conforme enfatiza Alves (1998), o ser enfermeiro deve posicionar-se diante do conhecimento, com sua forma natural de estar no mundo, utilizando esse conhecimento de maneira crítica e criativa a fim de transformá-lo, criando espaços para reflexões.

A reflexão acerca do cuidado realizado pelo próprio grupo de enfermeiras que atuam na UIN estudada possibilitou a compreensão dos processos vivenciados, usando o restabelecimento da motivação para o trabalho e metas para reestruturar a assistência, com vistas a promover uma relação dialógica, um cuidado mais humanizado.

Subtemática: Autoconhecimento

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 atitude aberta ao aprendizado. O desenvolvimento da autoconsciência pode ser favorecido pelos diários, pelo trabalho em pequenos grupos e a meditação. A Enfermagem

fenomenológica presume que a enfermeira tenha sensibilidade e conhecimento da condição humana, assim como autoconhecimento (GEORGE, 2000).

A mudança pessoal e 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 et al., 2003). Observamos também as emoções das enfermeiras percebidas diante da busca de novas condutas no desenvolvimento dos procedimentos diários. Elas relatam pretender reintegrar o cuidado humano à sua prática, mesmo na presença de sofisticados equipamentos de cuidar. Para isto, porém, se faz necessário descobrir as potencialidades de cada uma.

Durante nossa exposição teórica *fundamentos filosóficos do cuidar*, realizamos a dinâmica “o espelho”, uma busca de autoconhecimento e auto-aceitação (MILITÃO; MILITÃO, 1999). Procuramos, por meio desta dinâmica, perceber em nosso reflexo, nossos sonhos, pensamentos íntimos, enquanto ouvíamos uma voz suave cantarolando “Esse teu olhar”, de Tom Jobim. O perceber-se a si mesma pode ser um momento mágico, apaixonante, pois decerto traz à tona segredos guardados de vontades, de mudanças, de amor, de querer doar-se, de modificar-se para melhor.

[...] mesmo a gente pensando que sabe, podemos cair, errar. (*Muguet*).

[...] eu sou assim mesmo, meio braba, mas não quero machucar ninguém. (*Orquídea-to-yo-ran*).

Eu estou passando por um momento difícil [...] (*Eucalipto chinês*).

[...] minhas metas mudam constantemente, ainda estou buscando algo diferente. (*Peônia*).

[...] eu agora não quero fazer nenhum curso, quero ser enfermeira. (*Satin*).

[...] é bom quando temos a oportunidade de crescer. (*Sândalo*).

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 que possam ser apresentados por estas enfermeiras.

No desenvolvimento de interações em casos clínicos, Paterson e Zderad (1988) relatam casos em que se torna necessário “provocar” o paciente para a verbalização de tristeza, dúvidas, anseios, pois, ao expressar-se, poderia, trabalhar os próprios sentimentos, fortalecer suas emoções e, também, ao agir dessa forma, poderia incentivar os outros pacientes a fazerem o mesmo. Desse modo, versam as teóricas, podemos manifestar de forma verdadeira a aceitação do outro, suas expressões sentimentais e suas experiências.

Em outro exemplo, demonstram o *estar-com*, ao assistirem uma paciente que aparentava preocupação. Embora fosse tranqüila, parecia distante, introspectiva. Não respondia a nenhuma pergunta, só comentava sobre sua casa e seu desejo de voltar. É relevante mostrar respeito pelos pacientes como pessoas, com o direito de tomar decisões por si mesmos como sua capacidade no momento permita (PATERSON; ZDERAD, 1988).

As enfermeiras, muitas vezes, procuram proteger seus verdadeiros sentimentos, e há dificuldade de vivenciar a assistência diante das próprias perdas, em um ambiente estressante, o qual as exaure. A enfermeira, portanto, deve desenvolver a capacidade de se conhecer e saber reconhecer seus sentimentos, como amor e empatia, entre outros. Essa capacidade diminui as possibilidades de conflito, pois abre caminhos para a comunicação com o outro.

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”. (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.150).

Há várias maneiras 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 biológicas, psicossociais e espirituais, presumindo que a enfermeira tenha sensibilidade e conhecimento da condição humana e, a partir dessas reflexões e leituras, são feitas comparações com a prática da Enfermagem.

A enfermeira, ao buscar conhecer a si própria, corre o risco de confrontar-se com sua possível incapacidade de perceber-se a si mesma e de tornar seus pensamentos e atitudes mais humanas. Segundo Paterson e Zderad (1979), a partir dessas reflexões, são feitas comparações com a prática da Enfermagem.

A nosso ver, as instituições deveriam investir numa assistência psicológica voltada para o profissional, com a finalidade de direcionar ações que objetivem um convívio cada vez mais humano, promovendo o trabalho em equipe com habilidade, dedicação e competência humana e técnica.

Temática: Cuidado

O cuidado refere-se às atividades de assistência direta ou indireta direcionadas ao ser humano, individualmente, à família, ao grupo ou à sociedade em situações de saúde-doença (CARVALHO, 2001).

A Enfermagem busca um sonho (*estar-melhor*) e, para alcançá-lo, necessita discutir e refletir a prática, encontrar caminhos, inovar o cotidiano. Exercitar o cuidado em sua plenitude, de forma integral, possuir uma visão humanista, um toque diferenciado; buscar qualidade de vida para a enfermeira e para o paciente. É um novo pensar, seja no ambiente de cuidado, no processo de cuidar, no cuidar humanizado, pensar este permeado de “empoderamento” e visão crítico-reflexiva.

Cuidar, palavra originada do latim *cogitare*, representa tratar de assistir e ter cuidado (LAROUSSE, 2001). Não só na realização de procedimentos técnicos, o cuidado pode ser representado pelo processo de interação daquele que cuida com o que é cuidado. Quando o enfermeiro concebe o ser humano na sua totalidade, só então pode determinar o cuidado em sua integralidade. É importante ressaltar que o processo de cuidar envolve ações, atitudes e comportamentos com base na intuição e conhecimento científico (WALDOW, 2004).

Na nossa opinião, a tarefa de cuidar é um dever humano, e não um dever exclusivo de uma classe profissional. Cuidar, prestar cuidado, tomar conta, é, primeiro de tudo, um ato de vida, pois representa inúmeras atividades que visam mantê-la e sustentá-la. Cuidar é também ouvir, tocar, olhar o outro e fazer por ele o

que ele próprio não consegue. O cuidar não é somente uma atividade da enfermeira, mas é uma relação com o outro que ocorre em todas as áreas do viver humano, requerendo vontade e vocação (SOARES; SANTANA; SIQUEIRA, 2000).

Assim, o cuidado a ser desenvolvido pela enfermeira da UIN deverá priorizar, além de técnicas e procedimentos de rotina, a percepção do ser humano como único, a história de vida de cada um, as experiências pessoais, tornando assim o cuidado individualizado e humano (ROLIM, 2003).

De acordo com Boff (2000), vivemos em um contexto social em que os verdadeiros valores da vida como o amor, compromisso, a solidariedade, entre outros muitas vezes, são negados, ensejando cada vez mais uma sensação de inquietação e insatisfação.

Reconhecemos o dom de respeitar e promover ao outro, cuidado, devolvendo-o, em cada ser como alimento, aprendizagem, enriquecimento e proteção para o existir; existência essa que é conseguida com nossa ajuda e desenhada no mosaico da vida, onde cada pedra é única, cada vida é insubstituível (MATURANA; REZEPA, 2001).

Sabemos que muitas das nossas atitudes tentam proteger nossos verdadeiros sentimentos, e a dificuldade de vivenciar nossa assistência diante das nossas próprias perdas, em um ambiente estressante, o qual nos exaure. Portanto, é preciso a enfermeira buscar conhecer a si mesma, suas necessidades, aptidões e expectativas como pessoa humana; avaliar sua prática profissional, pois, assim, a partir desse conhecimento, ela proporcionará o seu *estar-melhor* e o resgate do seu potencial humano.

A saúde, a partir da visão holística do homem e da teia de relações que atinge o relacionamento com o seu mundo, exige da enfermeira, em suas áreas de ensino, pesquisa e assistência, uma percepção crítica do seu saber, saber-ser e saber-fazer comprometido com as transformações que marcam a atualidade. Isso possibilita o ressurgimento das emoções, do encantamento, dos sentimentos, do cuidar da natureza como premissa para melhor qualidade e existência da humanidade. O reconhecimento desta mudança estrutural contínua transcende a

organização do cuidado e permite à pessoa evoluir no meio ambiente da UIN de modo criativo e não simplesmente adaptativo.

Para Waldow (2004), a ação maior da Enfermagem é aliviar o sofrimento, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e morrer. Além disso, cabe à enfermeira trilhar caminhos, como também, auxiliar na elaboração do conhecimento de Enfermagem de forma que este se reflita na prática, possibilitando aos profissionais fazerem o que sabem e o que idealizam.

Subtemática: Autocuidado

O autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Para tal, a ação de autocuidado é a capacidade humana ou o poder de engajar-se no cuidar de si mesma (LEOPARDI, 1999 a).

Após interagirmos com as participantes do grupo e distribuirmos uma pequena *boneca*, no sentido de representá-las na vivência do autocuidado, passamos a chamar as bonecas com o diminutivo dos nomes de cada enfermeira, no intuito de direcionar todo o carinho, o cuidado que gostaríamos que nossas colegas desprendessem por elas mesmas. Ao som da melodia de Roberto Carlos, “Nossa Senhora”, na penumbra, em tom rosa, da sala enfeitada com coloridos corações em suas paredes, ouvimos suas colocações:

[...] eu me envolvo muito com o trabalho, gostaria de dar mais atenção a mim mesma, aos meus filhos e ao meu marido. Sei que eles precisam muito de mim. (*Jasmim*).

[...] eu consigo me separar dos meus empregos, e ser só eu, nem que seja por um momento. (*Tambouti*).

[...] tudo que eu planejo é com o objetivo de ser feliz. (*Peônia*).

[...] eu me cuido, quando saio daqui, eu tento cuidar da minha família e de mim. (*Satin*).

Algumas dificuldades impedem a enfermeira de conciliar a vida pessoal com o trabalho, e estas se relacionam com o tipo e o número da carga horária a ser

cumprida, atribuições cansativas, turnos rotativos, manipulação de substâncias tóxicas e a presença de fatores de risco de várias naturezas. A carga de trabalho do pessoal de Enfermagem está ligada à qualidade da assistência e ao bem-estar dos pacientes, às exigências cognitivas que sofrem os trabalhadores de Enfermagem ao desenvolverem em suas atividades, que também estão ligadas à saúde do trabalhador (VELEZ, 1994).

As enfermeiras, em algumas de suas falas, sugerem dispensar pouca ou nenhuma atenção a si mesmas, pelo fato de, muitas vezes, assumirem outra jornada de trabalho para suprir suas necessidades financeiras, somando a esta situação riscos à saúde física e mental de todas elas. Portanto, não se cuidam. Na Teoria do Autocuidado, de Orem, segundo George (2000), autocuidado é o conjunto de atividades que a pessoa executa, consciente e deliberadamente, em seu benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

Os requisitos universais para o autocuidado são comuns aos seres humanos e estão associados a processos de vida e à manutenção da estrutura e funcionamento humanos, estendendo-se, desde a manutenção de ingestão suficiente de alimentos, ar e água, até a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, de acordo com o potencial, limitações e desejos humanos (SANTOS; SILVA, 2002).

Para nos conduzirmos de forma adequada nas relações é necessário ocupar-nos de nós, pois cuidamos de nós não numa perspectiva de egoísmo ou de interesse individual, mas como aperfeiçoamento pessoal, superação dos desejos que nos possam dominar. Cuidar de si quer dizer, antes de tudo, não ser escravo dos outros, dos que nos governam, como de nós próprios, das nossas paixões. Quem cuida de modo adequado de si mesmo encontra-se em condições de relacionar-se, de conduzir-se adequadamente na relação com os demais (FOUCAULT, 1987).

Para o grupo de enfermeiras, reconhecer no bebê um ser humano, e assim cuidá-lo, precisa, também, e num estágio anterior, reconhecer-se e tratar-se como ser humano. O cuidado dos elementos da equipe como sujeitos que precisam

exercer o seu cuidado para assegurar o cuidado dos outros, há anos, é enfatizado (ESPERIDIÃO; MUNARI; STACCIARINI, 2002).

Neste sentido, também percebemos que algumas enfermeiras relatam em seus discursos a busca por vivenciar requisitos de autocuidado, evitando os chamados “desvios de saúde”, por meio da conscientização e da aceitação de si, estando em situação de necessidade de cuidados de saúde física e mental e aprendizado de efeitos do estilo de vida e de trabalho. Assim, estas participantes tentam “desligar-se” do ambiente de trabalho em momentos de lazer pessoal e familiar.

Qualquer pessoa em lucidez pode decidir e raciocinar acerca do seu corpo, seus interesses, o próprio bem-estar e o da coletividade. Acreditamos que, à medida que exigimos, de nós mesmos, a liberdade de pensarmos como exercemos nosso fazer profissional, na tentativa de entender por que temos assumido um modo de ser, possamos não refutar o que somos ou a realidade em que estamos imersas, mas encontrar alguns caminhos que favoreçam o cuidado pessoal, da nossa transformação, dos outros e da sociedade.

Percebemos ser necessário o exercício do pensamento crítico-reflexivo não somente aos outros, mas essencialmente a nós, ao modo como temos nos cuidado, regido nossa vida, ao modo como temos nos relacionado com os outros. Será possível sermos dirigentes de uma equipe, se sequer conseguimos dirigir a nós próprias? Segundo Lunardi et al. (2004), aquele que pretende cuidar dos outros e dirigi-los, antes de tudo, necessita demonstrar que sabe dirigir a si próprio, que conhece os limites do seu fazer, que respeita o outro como um ser diferente de si.

Corroboramos a idéia de Cardoso (2001), em relação à extrema necessidade de uma ligação interpessoal positiva, tornando a trajetória final da assistência ao paciente o seu *bem-estar* e *estar-melhor*, e estes somente poderão existir se os seus cuidadores se tornarem integrados às atividades e atitudes inerentes de cada um.

Subtemática: Cuidado ao Bebê

Com o avanço tecnológico e a Revolução Industrial, os processos de trabalho passam por modificações, e exigem dos profissionais conhecimentos, adaptações e reajustamentos para as atividades laborais a que se propõem. O desenvolvimento tecnológico influencia não só a prática profissional dos trabalhadores que atuam no ambiente hospitalar, mas, também, os limites e as formas como se articulam as relações interpessoais nesse ambiente.

A comunicação é um processo que toda pessoa, como ser social, realiza para estabelecer um vínculo, com o propósito de traçar metas, alcançar objetivos mediante uma relação interativa e de valorização da pessoa. Segundo Mendes et al. (2000), a valorização do homem como pessoa é a condição inicial para a humanização no contexto da Enfermagem, e esta pode ser viabilizada por meio da comunicação efetiva.

É preciso reaprender a se comunicar, reaprender a ver e ouvir a linguagem, incluindo-se a comunicação não verbal, descobrindo-se na multiplicidade de sinais: o olhar, a expressão facial, a postura, o espaço que se ocupa, o que a pessoa deseja transmitir. A comunicação pode ser concebida como um sistema de múltiplos canais, em que o agente social participa em todos os momentos, desejando ou não, por seus gestos, olhares, silêncio e até na sua ausência (SILVA, 2001).

A comunicação destaca-se como o principal instrumento para que a interação e a troca aconteçam e, conseqüentemente, o processo de cuidar, no seu sentido mais amplo, tenha espaço para acontecer, pois os componentes da comunicação formam o clima e a nutrição para o entendimento (MENDES, 1994).

Como afirma Fritzen (2002), o homem é pessoa quando é capaz de se relacionar com os outros; quando, então, se habilita a dar e a receber, em seu relacionamento com outras pessoas. A precisão que as pessoas têm umas as outras subentende contemplação no sentido de ninguém ser auto-suficiente, de bastar-se a si mesmo.

Etimologicamente, a palavra comunicar origina-se do latim *communicare*, que significa "pôr em comum" (BUENO, 2004). Durante o ciclo vital, o ser humano

pode passar por experiências nas quais o processo de comunicação verbal pode estar limitado. Essa situação se faz presente em UIN, quando o bebê não pode chorar por se encontrar entubado, bastante hipoativo, em estado muito grave, restando-lhe, para comunicar-se, apenas olhares, posturas, careta facial, muitas vezes, incompreensíveis, e encobertos pela procura de se fazer entender. A comunicação interpessoal pode ser definida como um conjunto de movimentos integrados, que calibra, regula, mantém e, por isso, torna possível a relação entre os homens (SILVA, 2001).

Essa situação é somada às tentativas da enfermeira em compreender (*responder aos chamados*) o bebê sob seus cuidados. A Enfermagem, pela sua concepção, pela intensidade e frequência dos cuidados realizados com os pacientes, constitui um elo entre o paciente grave e o ambiente que o cerca (SOUZA; PADILHA, 2000).

Como enfermeiras, contemplamos atenciosamente a comunicação no cuidar do bebê. Percebemos que o aumento da expectativa de vida e a incorporação de novos processos tecnológicos em saúde não contemplam somente a cura, mas, também, a preservação da qualidade de vida e constituem em avanços para a humanidade.

Estes achados, todavia, exigem uma reflexão sobre a disponibilidade de relacionar-se com o outro, pois, assim como cresce o contingente de pessoas dependentes de cuidados, aumenta nossa intolerância à dor, aos sofrimentos daqueles que dependem da nossa assistência.

Segundo Sena et al. (2000), as técnicas desenvolvidas pela equipe de Enfermagem podem ser utilizadas como parâmetro para avaliar a qualidade do atendimento prestado e a comunicação entre ela e o usuário do sistema de saúde, e podem ser influenciadas pelas condições institucionais, de trabalho, pessoal e profissional.

É relevante considerar que a dimensão técnica da assistência não exclui a necessidade de uma abordagem mais holística, considerando as interfaces do processo de comunicação, do desempenho da prática profissional e das relações interpessoais. Essa comunicação pode ser dividida em verbal, quando associada às

palavras expressas por meio da fala ou da escrita, e em não verbal, quando desenvolvida mediante gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, entre outros (SILVA, 1996).

Os sinais não verbais são vitais na comunicação interpessoal, pois podem conter mais significados do que as próprias palavras. De acordo com Bertoncello e Sawada (2000), os sinais não verbais fornecem vários significados e apresentam cinco funções principais no processo de comunicação interpessoal: complemento do verbal, substituição, estabelecimento de relações, controle de mensagem e expressão de sentimentos.

Na comunicação há o envolvimento do comportamento recíproco entre as pessoas que estão se relacionando, significando que não existe um fluxo de comportamento numa só direção (MENDES, 1994).

Planejar o cuidado ao bebê e realizá-lo é do saber da enfermeira, embora este planejamento necessite ser mais bem realizado, seja por falta de tempo, seja por falta de profissionais em número suficiente, seja por medo de não ser devidamente competente para a missão.

É fundamental que a primeira preocupação seja olhar para o bebê como uma pessoa. A enfermeira poderá fazer mais, ampliando as ações de humanização do cuidado, naquilo que é real, mas de onde flui sensibilidade: o toque, o olhar, o ato de ouvir. Sabemos que as intervenções devem ser planejadas e realizadas de maneira segura e carinhosa. Procedimentos diários como banho, troca de lençóis e fraldas, as atitudes terapêuticas, enfim, os cuidados rotineiros tornam-se aliados para a recuperação da saúde do recém-nascido.

Os órgãos dos sentidos são pontos importantes para o cuidado ao RN, pois ele é capaz de reconhecer o rosto da 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. A percepção do *flavour* (sabor) do líquido amniótico, que futuramente terá algumas semelhanças com o do leite materno, já está presente desde a 30ª semana de gestação (SHORE, 2000).

Conforme revelam autores como Cardoso, Lúcio e Campos (2002, p. 23), o “bebê parece ter preferência por fixar o olhar em determinados objetos como a face humana, padrões complexos e contrastes distintos”.

O bebê demonstra prazer à medida que a doçura aumenta e desprazer quando recebe líquidos levemente salgados, ácidos ou amargos. Quando prova o sabor doce, seu rosto relaxa e ele continua sugando com entusiasmo (KLAUS; KLAUS, 2001). Ainda segundo os autores referem, o sentido do tato é ativado bem antes do nascimento, pois o bebê é cercado por fluidos e tecidos quentes, desde o início da sua vida fetal, embalado no berço, dentro do ventre materno, e responde à variação de temperatura, umidade, textura, pressão e dor.

O bebê, também, prefere vozes mais agudas e seus pais parecem fazer instintivamente uma voz com esta tonalidade 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. O reflexo de piscar como resposta a sons de mais alta intensidade está presente desde a 24^a semana de gestação (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Compreender o recém-nascido, avaliando e adequando os procedimentos de cuidado, por meio da observação de suas respostas comportamentais e fisiológicas, deve ser atitude observada pela enfermeira, que deve ter comportamentos de consolo, promovendo segurança, favorecendo sua organização e visando diminuir danos à sua recuperação.

A Enfermagem é a arte e a ciência do cuidar, cuidar de pessoas. E, para ser isto viável, é necessária uma interação de quem cuida com quem é cuidado; é necessária a troca de informações e de sentimentos entre essas pessoas (ZINN; SILVA; TELLES, 2003).

Na realização de procedimentos técnicos, o entendimento, pela enfermeira, da concepção do ser humano na sua totalidade, favorece a determinação do cuidado integral, aqui compreendido como valor, à medida que recobra a vida humana. Esse valor, diz Mezzomo et al. (2003), é definido em razão do seu caráter que se completa aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade e a especialização do saber.

É importante olhar sempre para o bebê a fim de detectar se o cuidado a ele oferecido no momento está sendo adequado ou não. Em geral, se o percebermos incomodado com as solicitações que lhe fazemos, o melhor é apenas deixar uma das mãos parada na cabeça e outra nos pés do bebê; ou então, uma mão cobrindo seu corpo, sem acariciá-lo (MOREIRA; BONFIM, 2004).

O cuidador é o representante do mundo para o bebê: quanto melhor for a forma de experimentar o cuidado, melhores serão as sensações percebidas por ele em relação ao ambiente externo. Para tanto, referem Braga e Morsch (2004), temos de estar sempre atentos para questões como: nunca deixar de explicar ao bebê o que vamos fazer. Com isso, trabalhamos áreas nobres do desenvolvimento – individualização, pensamento. Portanto, cognição.

Planejando o cuidado humanizado foi uma das nossas exposições teóricas que procurou recobrar uma sistematização da assistência ao recém-nascido voltada para um cuidado diferenciado que priorizasse um relacionamento de bem-estar a ambos, enfermeira e bebê.

Descortinamos toda a Teoria Humanística em suas possíveis formas de aplicação na vida pessoal e profissional das participantes, estendendo-se, em consequência, ao relacionamento com o bebê, ao som de uma música instrumental branda e tranqüila. A sala neste momento encontrava-se envolta em luz azul, terna e suave. Ao longe, baixinho, ouvíamos a melodia “Eu te prometo paz”, de Valter Pini, e, assim, nos colocamos à disposição para compartilharmos suas emoções:

[...] gostaria de dar muito carinho, atenção, trazê-lo para perto. (*Jasmim*).

[...] a enfermeira ainda que tenha seus problemas, sua maneira de ser, tem que estar disposta para cuidar do bebê. (*Muguet*).

[...] já coletei sangue de um bebê no colo de uma auxiliar, sabem, ele não chorou, como é que pode? Eu me senti muito bem. (*Orquídea-to-yo-ran*).

[...] nosso trabalho com o bebê é de importância máxima. (*Sândalo*).

[...] gostaria de trabalhar em uma unidade com uma quantidade certa de bebês, e dar uma atenção melhor a cada um, me sentiria melhor. (*Orquídea-to-yo-ran*).

Algumas enfermeiras relatam que poderiam ser mais carinhosas se dispusessem de mais tempo para cuidar do 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, a mesma coisa oferecerá em sua situação de cuidado de outros.

Este envolvimento da enfermeira com o bebê é um importante meio para aquisição de conhecimentos e operacionalização do repasse de informações a profissionais que procuram transformar e emancipar sua práxis. Este aperfeiçoamento deveria ser ofertado pela própria instituição, de forma contínua, por meio de reuniões científicas, cursos, treinamentos e educação continuada; mas o perceptível é uma ambiência diária agitada, com a UIN sempre além da sua capacidade de internação; as enfermeiras encontram-se sempre sobrecarregadas e “sem tempo” para o aprimoramento pessoal e da sua maneira de cuidar no serviço.

O resultado é a visão de algumas profissionais que conseguem sobressair, em relação a outras, que permanecem alienadas, estagnadas em uma assistência impessoal e mecanicista, trazendo, com isso, conseqüências no cuidado ao bebê. Para acompanhar a modernidade tecnológica, a enfermeira deverá continuar buscando conhecimentos, tendo de enfrentar o cansaço, a desmotivação e procurando, por ela mesma, um crescimento profissional e humano (COUTINHO, 2004).

A enfermeira considera importante a assistência ao bebê, e exige dela muita responsabilidade, cabendo-lhe não só 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.

É relevante ressaltar que o ato de *estar-com* o bebê, saber ouvi-lo, requer da enfermeira esforço de concentração, disponibilidade de tempo e reflexão para tentar entender o significado da mensagem por ele transmitida. Ao manter essa sintonia e interação durante os cuidados planejados, permitirá a ocorrência do bem-estar, podendo levar a enfermeira a escolhas do cuidado no qual tudo pode ser humanamente possível para o *estar-melhor*, tanto da criança quanto da profissional.

Perceber e interagir com o bebê pode ser possível, pois ele demonstra alguns comportamentos quando está na situação especial de inatividade alerta, estado este que mais favorece a interação profissional/bebê quando o corpo e a face

do bebê estão relativamente inativos, olhos brilhantes e respiração regular, favorecendo respostas motoras aos estímulos visuais e auditivos (BRAZELTON; CRAMER, 1992).

Conforme observamos na fala de *Orquídea-to-yo-ran* é possível estabelecer uma relação especial com o bebê, mesmo diante de um procedimento invasivo e doloroso, requerendo da enfermeira, muitas vezes, um convite ao repensar práticas e rotinas. É o *fazer-com*, que no cuidado de Enfermagem requer envolvimento pessoal, moral e espiritual, no qual o cuidado não é somente emoção, atitude ou querer fazer. O entendimento, pela enfermeira, da concepção do ser humano na sua totalidade favorece a determinação do cuidado integral.

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). Um atendimento humanizado requer mudança de cultura, trazendo um paradigma no qual a pessoa seja recebida como única, dotada de história pessoal, com seus valores e 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.

Para compreender o bebê sob seus cuidados, cabe à enfermeira tanto o autoconhecimento como a autopercepção e a auto-aceitação, para, assim, poder vivenciar subjetivamente o RN, fazendo-se sensível à condição humana. Esta sensibilidade, mais do que uma consciência, permite compartilhar com os outros a singularidade da sua própria realidade, seus hábitos e características pessoais (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A auto-aceitação induz a enfermeira a promover um movimento em direção do paciente (bebê), permitindo percebê-lo como ser humano, com sentimentos peculiares, determinantes de suas atitudes e comportamentos. Este sentido existencial percebido por essa profissional promove o encontro enfermeira/bebê, no ato da Enfermagem particular e com finalidades próprias.

Como é preconizado nos últimos anos, devemos compreender/cuidar do ser humano holisticamente, com vistas a atender a todas as suas necessidades, as

quais formam uma unidade, um ser biológico, social, psicológico e espiritual (SILVA; DOBBRO, 2000).

Esse fato é reforçado por um estudo no qual se destaca a vivência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), descrita pelos pacientes como uma experiência de solidão e desamparo, onde eles se sentem perdidos, controlados por máquinas e inseguros diante da incerteza de seus destinos. Eles encontram-se desconfortáveis fisicamente e inseguros emocionalmente, resultando em reações variáveis do silêncio ao choro e à agitação (FRANCO, 1999).

O reconhecimento dos sentimentos do doente é fundamental para a enfermeira, pois é por essa compreensão que ela percebe as necessidades reais do paciente e pode executar um plano de cuidados sistematizado, considerando a pessoa como um todo, e desenvolvendo uma atitude empática (SILVA, 2001).

Mesmo em ritmo acelerado de trabalho, a enfermeira deve interagir com sensibilidade ao assistir os bebês na UIN, pois sabemos que 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.

Na Unidade de Internação Neonatal, a enfermeira precisa estender seu olhar para os bebês, percebê-los como pessoas que fazem parte de uma família. Notar 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).

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. Portanto, a assistência não deve ser direcionada somente para condutas técnicas operacionais, mas, também, para uma tecnologia associada ao acolhimento, desenvolvendo uma visão esclarecedora, aquela decorrente de uma percepção sensível da enfermeira para o ser que está sendo cuidado em sua integralidade, respeitando sua individualidade.

É indispensável aprender a cuidar melhor do ser humano, mas cuidá-lo em todas as suas dimensões, não só cuidar do seu corpo, mas também escutar seu coração. É, portanto, necessário cuidar de suas emoções, promover a busca da felicidade. O ato de ouvir é visto como ação terapêutica; o amor ao bebê faz com que a enfermeira busque habilidade em perceber suas expressões e traduzi-las em forma de cuidado. Algumas enfermeiras, contudo, não se encontram preparadas para o diálogo com o bebê, para o cuidado diferenciado, no qual é priorizada a técnica que promova o conforto, a empatia, evidenciando a singularidade de cada bebê (ROLIM, 2003).

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

As enfermeiras precisam 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 por ele transmitida.

Por meio da comunicação nos é permitido compartilhar com nossos semelhantes a vivência dos processos de sentir, pensar, agir e refletir sobre nossas ações; é esse fenômeno que nos permite afirmar que nós, seres humanos, existimos como tais (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

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 do 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.

Corroboramos Cardoso (2001) na idéia de que, quando do momento em que nos despimos do tecnicismo, do saber doutoral e nos apresentamos como seres

humanos, temos maior oportunidade de desenvolver a relação “*Eu-Tu*” com o paciente.

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 elaboração do conhecimento, da vida (WALDOW, 2004).

O bebê e a enfermeira em unidades de internação neonatal devem ser vistos como seres abertos, que interagem consigo mesmos, com os outros seres e com o ambiente, ou seja, com o mundo da unidade. As relações “*Eu-Tu*” e “*Eu-Isso*” precisam estar presentes nesse ambiente, pois permitem que o ser seja visto de maneira integral, quer na sua objetividade, na relação “*Eu-Isso*”, quer na subjetividade, na relação “*Eu-Tu*”.

Embora o bebê vivencie, nesse ambiente, uma experiência de risco à vida, também tem necessidades de *estar-melhor*, e isso precisa ser considerado pelos seres na relação. Nesse momento, o cuidado de Enfermagem passará a ser diferenciado se houver envolvimento existencial das enfermeiras com o RN.

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 seu cuidar a este bebê, vendo-o em sua totalidade, buscando maneiras de valorizar seu potencial, considerando suas limitações e imaturidade psicobiológica, como a possibilidade de interagir, reagir aos estímulos, expressar suas necessidades e sentimentos, o interesse dela não deve estar direcionado apenas ao seu *bem-estar*, mas, também, ao seu *estar-melhor*.

Temática: Ambiente

As inovações tecnológicas invadem as instituições hospitalares, assim como nosso ambiente de trabalho, com a finalidade de beneficiar o tratamento do paciente. Algumas dificuldades, no entanto, surgem, para a equipe de trabalho, quanto à aquisição dos conhecimentos suficientes para o domínio técnico, sem

causar danos. Para se evitar estes transtornos ou prejuízos, deverá, sempre, ocorrer capacitação em serviço ou reciclagens para atingir a eficácia da assistência.

O ambiente de trabalho é como um conjunto de fatores interdependentes que atua direta e indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho (FISCHER et al., 1989). É o que ocorre no hospital com a interação de inúmeros fatores que predis põem o desenvolvimento do estresse e repercutem gravemente na qualidade de vida no trabalho, comprometendo a saúde, o desempenho profissional e, conseqüentemente, a produtividade.

No ambiente hospitalar, considera-se como matéria-prima o paciente, um ser humano que está apresentando algum distúrbio fisiológico e que necessita de assistência ou cuidado. Em relação ao produto final, espera-se uma melhora no seu estado de saúde, mediante a prestação da assistência, realizada por uma equipe multiprofissional (MAIA, 1999).

Portanto, o ambiente hospitalar é considerado insalubre por agrupar pacientes portadores de vastas enfermidades, assim como a diversidade de procedimentos possíveis de oferecer danos à saúde da equipe de trabalho. Ainda somamos a esses aspectos o senso de responsabilidade nas condutas corretas e, por último, a dinâmica contínua da equipe em realizar os cuidados precisos.

Subtemática: O Ambiente da UIN

Como ambientes terapêuticos apropriados para o tratamento de recém-nascidos que venham à luz com algum tipo de patologia capazes de pôr em risco sua vida, as UINs são consideradas de alta complexidade assistencial e tecnológica. Exigem, pois, conhecimento humano, técnico e científico avançado, equipe altamente especializada e, para isso, os profissionais de Enfermagem devem estar sempre se aprimorando para poderem assistir melhor o bebê e sua família.

Assim, durante a exposição sobre *tecnologia emancipatória*, as enfermeiras, ao assistirem à parte do filme “Tempos Modernos”, de Charles Chaplin, transferiram da tela para o contexto das suas vivências profissionais suas impressões sobre técnica e tecnologia e as prováveis causas da sua utilização equivocada, de forma

desinteressante, para a humanização das suas práticas. Ao som da música de Lulu Santos e Nelson Mota, “A cura” observamos suas emoções por entre suas falas:

[...] eu estou muito triste, angustiada; a Unidade não está sendo bem cuidada. (*Jasmim*).

[...] aqui na Unidade está se tornando muito difícil cuidar, não dá para cuidar de tudo e de todos. (*Orquídea-to-yo-ran*).

[...] é muito angustiante trabalhar aqui, mas também aprendi, e hoje, vejo até muita coisa boa. (*Flor-de-pimenta*).

[...] eu no início não compreendia bem a dinâmica da Unidade, não conseguia enxergá-la bem; hoje tudo já mudou, já entendo. (*Tonka*).

[...] só atendemos os alarmes quando se tornam irritantes. (*Satin*).

[...] são tantos fios, tantos aparelhos que chegam a atrapalhar o cuidado. (*Sândalo*).

Destacamos aqui depoimentos acerca da opinião e sentimentos das enfermeiras quanto ao ambiente da UIN. Segundo Bueno (2004), o ambiente é tudo o que está em volta de uma pessoa ou de uma coisa; é o meio em que se vive, um lugar, um espaço. Conforme podemos perceber pelas falas das enfermeiras, o ambiente da UIN, por ser um local onde ocorre contínua movimentação das pessoas que oferecem cuidados, necessita de organização contínua para a dinâmica do cuidar transcorrer sem maiores intercorrências.

Para tal, exige dos profissionais que ali atuam integração às metas implícitas em uma assistência humana e de qualidade, como organização, aperfeiçoamento do exercício profissional, funcionamento perfeito dos equipamentos, valorização dos materiais utilizados nos procedimentos, como também um bom relacionamento entre os membros da equipe de saúde.

Foi mencionada, ainda, a falta de compreensão global da dinâmica da UIN por algumas participantes. A nosso ver, as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras guardam aspectos peculiares ao seu trabalho, desde o domínio do conhecimento técnico-científico, habilidades específicas e de gerências, ao manuseio de equipamentos sofisticados, que ajudam na recuperação do bebê.

A participação nas atividades administrativas, organização e supervisão da Unidade são atribuições que requerem das enfermeiras contextualização do ambiente e familiaridade com as rotinas, e somente a vivência com o cotidiano as tornará integradas a este meio. Na nossa opinião, o cotidiano enfrentado pelas enfermeiras que trabalham em UIN lhes impõe um alargamento de perspectivas na observação, realização e gerenciamento, do ponto de vista das suas atividades profissionais.

Há de se entender, pois, que o cuidado humanizado é caracterizado pela redução de eventos perturbadores na manipulação do bebê por parte das enfermeiras, embora saibamos que os cuidados rotineiros, muitas vezes, são os que mais o desorganizam, quando são excessivos, causando, muitas vezes, dor, estresse e desconforto.

Assim, as intervenções oferecidas aos bebês devem privilegiar seu cuidado, não apenas seu tratamento. Isso implica mudanças de paradigma quanto ao acolhimento do bebê e de sua família no ambiente da Unidade Neonatal: o fato de o bebê nos permitir reconhecer suas capacidades e formas de comunicação iniciais (BUSNEL, 1997).

Portanto, as intervenções devem ser planejadas e realizadas de maneira segura e carinhosa. Os cuidados rotineiros prestados entre fios de monitores e conexões de aparelhos de ventilação artificial, como o banho, a troca de lençóis e fraldas, as posturas terapêuticas, tornam-se propícios para bons resultados clínicos do bebê, favorecendo, também, um sentimento de “dever cumprido”, satisfação e *bem-estar* às enfermeiras.

Conforme observamos, o barulho dos equipamentos contribui para o aumento do estresse e da ansiedade das enfermeiras na UIN. Foi-nos relatado por *Satin* que o som dos alarmes dos monitores, muitas vezes, são atendidos diante da irritação que provoca nos profissionais, levando-os não a desativá-los, mas a situá-los em *stand-by*.

Os efeitos negativos provocados pela ambiência da Unidade Neonatal, tanto nos profissionais como no RN e sua família, podem ser reduzidos com a implantação dos chamados cuidados centrados no desenvolvimento (CCD), que compreendem intervenções dirigidas a otimizar tanto o macroambiente (luzes, ruídos) como o

microambiente onde se desenvolve o bebê (postura, manuseios, dor) e, por suposto, atua na família, facilitando sua participação nos cuidados à criança (LÓPEZ et al., 2006).

De acordo com pesquisas dos autores ora citados, a implementação de cuidados, como a diminuição do barulho e da luminosidade do ambiente, a colocação de cobertores nas cúpulas das incubadoras, é realizada em unidades neonatais da Espanha, e, dos 38 hospitais observados, 46% dispõem de um protocolo escrito de manuseio mínimo ao RN.

Atualmente, no Brasil, há uma preocupação contínua quanto à ecologia da Unidade Neonatal por parte de profissionais engajados com a humanização da assistência. Assim, o excesso de barulho, luminosidade, a dinâmica insalubre, quase desenfreada da assistência, trazem aos profissionais de saúde seus efeitos nocivos, embora não tenhamos observado, na maioria das vezes, uma atitude concreta em relação à diminuição dos efeitos causadores dessas intercorrências no ambiente.

O nível de som, por exemplo, pode ser reduzido consideravelmente se todas as pessoas que estiverem na UIN falarem mais baixo e tiverem o cuidado de fechar as portas e portinholas das incubadoras, não apoiando objetos em cima dela; atenderem rapidamente os alarmes dos monitores, evitarem o uso dos telefones dentro da unidade e não usarem rádios ou outras aparelhagens de sons. Tudo isto são formas de reduzir o ruído (BRASIL, 2002).

Consoante Moreira e Bonfim (2004), alguns sons são úteis e o som que parece atrair o bebê prematuro é o da voz da mãe. Portanto, conversar com ele, cantar, trazer uma fita gravada com sua voz ou ler uma história para o bebê pode ser uma maneira de acalmá-lo e deve ser estimulada. É importante, contudo, ter em mente a noção de que, para muitos RNs, qualquer som extra pode perturbar. Assim, muitas vezes, mesmo a voz dos pais ou uma música que tanto acalmava pode ser desagradável ao bebê quando ele estiver mais irritado ou muito estimulado.

Níveis constantes de luz podem lentificar o desenvolvimento normal do ciclo sono-vigília. Bebês em UINs que diminuem a luminosidade à noite avançam mais rapidamente no seu ciclo de sono-vigília. Isso significa que eles começam a despender mais tempo durante cada período do sono no sono profundo e menos tempo no sono leve mais rapidamente do que os bebês que ficam sob iluminação constante (MOREIRA;

BONFIM, 2004). Para reduzir a luminosidade, existem formas diversas. Incubadoras podem ser cobertas para bloquear a luz que estaria atingindo o bebê, basta a utilização de mantas.

Em algumas UINs, pode ser proporcionado um “tempo de silêncio” durante o dia, quando luzes são diminuídas por algumas horas e o bebê não é perturbado, a menos que algum procedimento seja realmente necessário. As luzes também podem ser diminuídas à noite. Isso ajuda o bebê a organizar seus padrões de sono e colabora nas alterações hormonais e de temperatura (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003).

Durante a filmagem colhemos imagens de algumas enfermeiras, as quais evidenciavam, em suas expressões, o cansaço, o desânimo e a irritação com a dinâmica da Unidade. Apesar disso, não verificamos transformações em sua realidade.

Na concepção de Paterson e Zderad (1979), por viver em dois ambientes, um subjetivo e outro externo, o ser humano passa por entre sentimentos, pessoas e coisas. É no ambiente interno que as crenças, valores e sentimentos emergem e a reflexão possibilita a percepção desses sentimentos. O ambiente (mundo real), segundo as teóricas, 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.

O ambiente representa o desenvolvimento de uma atmosfera facilitadora para um verdadeiro *encontro* e um caminhar em direção ao próprio crescimento pessoal, assim como ao crescimento do outro (ARAÚJO; PAGLIUCA, 2005).

Como afirmam Brouse e Laffrey (1989), o mundo real da enfermeira envolve os pacientes sob seus cuidados e membros da equipe de saúde. Para ocorrer a verdadeira interação, é necessário estar ela sensível e aceitar o mundo interior do outro. A interação enfermeira/paciente ocorre dentro de um ambiente interdisciplinar e intradisciplinar no complexo sistema de cuidados de saúde.

Conforme percebemos, a atenção das enfermeiras é direcionada ao impacto que o ambiente estressante da UIN pode causar a quantos ali estão, trazendo possíveis conseqüências de ordem física e emocional. A prestação de

uma assistência eficiente está inserida nas condições da estrutura física, da organização e do funcionamento hospitalar, que devem ser fundamentados, também, na prevenção de riscos ergonômicos ou de acidentes dos trabalhadores. Uma vez identificados os riscos ocupacionais, estes devem ser eliminados das unidades de trabalho.

Nesse ambiente, as enfermeiras necessitam ser motivadas e sensibilizadas para cultivar o envolvimento, flexibilidade e singularidade para olhar as situações, com vistas a uma relação harmônica com o bebê, para que, juntos, possam estimular e ser estimulados na busca do *bem-estar*. Cuidar do ser humano, entretanto, exige vontade e vocação. É um ato de amor que parece emergir da alma do ser, donde esse tipo de cuidado requerer sabedoria e intuição pessoal (SOARES; SANTANA; SIQUEIRA, 2000).

Subtemática: Sentimentos da Enfermeira ao Atuar na UIN

Para acompanhar a modernidade tecnológica, a enfermeira tem, por certo, de continuar buscando conhecimentos, enfrentar o cansaço, a desmotivação, procurando, por ela mesma, um crescimento profissional e humano. Percebemos que o cuidado dos profissionais de saúde em uma UIN continua a ser realizado de maneira generalista, tecnicista. Desse modo, torna-se exaustivo e estressante, e pode influenciar negativamente relações interpessoais, refletindo na qualidade de vida da enfermeira e do bebê.

O cuidado alienado, obsessivo, tira certamente a espontaneidade das pessoas, tolhe suas energias de experienciar uma assistência que evidencie a preocupação com o biopsicoemocional do bebê e de sua família. Assim, diante da Enfermagem, como arte e ciência, as enfermeiras que atuam em Neonatologia assumem papéis complexos, buscando o aprimoramento e o crescimento técnico-científico da profissão.

Com tal avanço tecnológico, é de fundamental importância o trabalho integrado dos profissionais envolvidos, direta e indiretamente, no cuidado do RN,

impondo com freqüência a necessidade de capacitação nesse campo como forma de se manterem atualizadas das inovações surgidas.

Nas falas dos participantes, evidenciamos vivências pessoais, familiares, fé e momentos felizes. Ficamos impressionadas com a liberdade que sentiram em expressar seus sentimentos como elementos importantíssimos para vivermos o *bem-estar* com a vida e com o semelhante. Ao buscarmos a possível integralidade do grupo por meio da dinâmica “cadeira”, de Militão e Militão (1999), ouvindo uma melodia suave, lembramos que a integralidade comunga com sentimentos de união, de *estar-junto*, de compartilhamento de sonhos e metas:

[...] temos que achar um jeito de ficar juntas, no mesmo barco. (*Jasmim*).

Muitas vezes, as pessoas não dizem o que sentem e o que estão querendo [...] é complicado. (*Orquídea-to-yo-ran*).

[...] às vezes, me sinto constrangida, não me sinto valorizada. (*Tambouti*).

[...] você se sente desvalorizada, impotente, por isso temos que filtrar as coisas ruins. (*Muguet*).

[...] quando chegamos aqui, não percebíamos muito bem o contexto. (*Peônia*).

[...] parece que somos diferentes, todos nós profissionais deveríamos nos unir, nós fazemos parte da mesma Unidade. (*Flor-de-pimenta*).

A maioria das enfermeiras participantes da pesquisa passa por momentos difíceis, relacionados com o estresse do cotidiano intensivista da UIN. Elas apresentam também sinais de desarmonia com a equipe interdisciplinar, desânimo, sentimentos de desvalorização e baixa auto-estima. Portanto, precisam sair dessas emoções negativas, e aprenderem a gostar de si mesmas por meio da auto-aceitação.

A auto-estima é a forma como sentimos a nós mesmos. É a oportunidade de nos perguntarmos se estamos satisfeitos conosco e o que podemos fazer para melhorar, gostar mais e valorizar-nos. É a auto-aceitação em vez da auto-rejeição. É o perdão profundo e verdadeiro.

Todas as situações da vida são reflexos das visões mais íntimas. Muitas pessoas vivem sua rotina vinculadas às solicitações externas e não se lembram de

dedicar um tempo ao seu coração e utilizar sua percepção e motivação aproveitando oportunidades, desafios, valorizando conquistas e desenvolvendo potenciais.

Na nossa opinião, os acontecimentos podem nos afetar de forma negativa ou positiva, de acordo com o modo como pensamos e sentimos. Pessoas mais satisfeitas, motivadas e criativas envolvem-se mais na solução dos seus problemas. Os obstáculos que encontramos são as incertezas, frustrações, a incidência de sentimentos de medo, culpa, crítica e ressentimento. As crises, portanto, representam oportunidades de soluções que passam a ter valor duradouro. Para isso, precisamos compartilhar nossos sentimentos e anseios.

Em um contexto reflexivo, a compreensão mais profunda sobre a consciência humana e o papel da mente no processo de reequilíbrio vital pode minimizar a ansiedade das enfermeiras e estender as intervenções para além do cuidado físico e do controle técnico dos monitores, no intuito de atingir as demais dimensões humanas, potencializando-as.

O compartilhar do grupo deixa evidente a congruência do marco conceitual da metodologia utilizada na interação grupal. A nosso ver, o ser humano se relaciona com os outros seres humanos, individualmente ou em grupos, e na sociedade como um todo (CARRARO, 1994).

Segundo Paterson e 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. Para as teóricas, ambos são sujeitos, quer dizer, cada um é originador de atos e de respostas humanas para o outro. Neste sentido são independentes.

Temática: Relacionamento Interpessoal

O relacionamento humano é um instrumento essencial para a assistência de Enfermagem, em que empatia, aptidão de compartilhar sentimentos e estar perto de outra pessoa são elementos para um relacionamento terapêutico (CARRARO, 2000).

Assim, também, as relações de trabalho, em razão de fatores internos e externos à Enfermagem, acontecem de modo pouco humanizado, e interferem diretamente na própria assistência (COLLET; ROZENDO, 2003).

O aspecto humano do relacionamento na Enfermagem é um dos mais difíceis de serem implementados em uma unidade fechada, onde o ambiente e a complexidade da rotina fazem com que, na maioria das vezes, os membros da equipe de Enfermagem se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano à sua frente (BASTOS, 2002).

Lembramos de como se sentem aliviadas as pessoas que sofrem quando encontram alguém a quem possam comunicar a causa da sua aflição e dor. Parecem, então, descarregar uma parte dos seus sofrimentos sobre a percepção e a simpatia do outro; elas compartilham, comungam seus sofrimentos. Segundo Silva (1996), a comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face e por isso não existe comunicação totalmente objetiva. A comunicação é também intuitiva e emocional.

Uma reflexão histórica sobre como o corpo e o toque são percebidos pelas pessoas que cuidam ressalta a possibilidade do mundo da tecnologia avançada substituir esse instrumento próprio do ser humano. Nesse pensamento, o afago, o aperto de mão, já não oferecem apoio e suporte, mesmo o olhar carinhoso e amigo parece não ser, neste momento, prioridade.

Quando a tecnologia aliena o cuidado, a máquina passa a realizar o cuidado e o profissional a ocupar-se, absorvendo-se e concentrando-se no manuseio desta, por vezes, esquecendo o ser humano a ela conectado. Contudo, advertimos, a ética está sempre associada à presença, considerada um dos componentes mais importantes do cuidado humano. Na verdade, o cuidado humano, pelas suas próprias características, é a própria ética da Enfermagem (WALDOW, 1998).

Ações visíveis não significam presença ativa, de modo que não podem ser evidenciadas, mas a presença pode ser revelada direta ou de maneira inconfundível por um tom de voz, um olhar mais profundo, um toque; significa disponibilidade, envolve reciprocidade, *estar-com* o paciente, com o todo de si mesmo.

Atuar em UIN é conviver com situações geradoras de estresse, que é uma forma crônica relacionada ao trabalho da pessoa. Na nossa opinião, este problema aumenta após a enfermeira permanecer em ambiente crítico, realizando a mesma atividade, por determinado período, quando, então, as relações interpessoais se tornam tensas.

Por vivenciar esta ambiência estressante, cotidianamente, a enfermeira necessita estar interiormente fortalecida e preparada para atuar com a devida tranquilidade, disponibilidade e solicitude. As tentativas de compreender o outro e ser compreendida envolvem aspectos diversos que permeiam a percepção da pessoa e seu modo de ver o mundo, com a possibilidade dos conflitos e com a convicção.

Segundo Silva (1996), a comunicação interpessoal, que não é somente objetiva, ocorre na contextualização do estado face a face, quando, então, ouvimos e vemos o que nos é percebido em nossa subjetividade, crenças, valores, cultura, interesses e anseios.

Subtemática: Relacionamento com a Equipe Interdisciplinar da UIN

O relacionamento interpessoal e o diálogo estão vinculados ao cuidado ao bebê, o que permite associá-lo à humanização da assistência. Na verdade, um relacionamento baseado em atitudes humanas, demonstração de respeito, comunhão com os sentimentos e com a dor do paciente é o esperado de todos os profissionais responsáveis pelo cuidar.

Neste pensar, iniciamos nossa vivência em busca do *bem-estar* da enfermeira ao cuidar na unidade neonatal, com a dinâmica “entrelaçados”, quando envolvemos as enfermeiras em pares com serpentinas coloridas e cujas pontas eram

enfeitadas por corações e as deixamos a conversar, a se conhecer, descobrir os corações.

Acreditamos na urgência dos relacionamentos respeitosos, demonstramos nosso pensamento, mas, para isto, havia a necessidade de sensibilizá-las quanto ao relacionamento *genuíno* com o outro. Então, compartilhando dos seus anseios, ao som de uma melodia agradável e envoltas por uma luz aconchegante em tonalidade azul, ouvimo-las:

[..] é difícil a gente se revelar às pessoas. (*Sândalo*).

[...] o médico diz para mim, criaturinha, por que você não dá informação para a mãe? (*Tambouti*).

[...] às vezes, a gente tem que colocar uma capa para se proteger das pessoas. (*Jasmim*).

[...] aceitar as pessoas como elas são, respeitá-las, favorece o relacionamento. (*Jasmim*).

[...] queiram ou não, somos uma família (equipe interdisciplinar), são muitas horas de convivência. (*Orquídea-to-yo-ran*).

Podemos concluir pelas falas das enfermeiras que o ambiente da UIN, por ser um local onde são priorizados os recursos materiais e a tecnologia, muitas vezes, contribui para comportamentos automatizados, para o afastamento das pessoas que por lá convivem, nos quais o diálogo e a reflexão crítica não encontram espaço. No compartilhar as experiências do cuidar, as pessoas lhes parecem distantes, inatingíveis em suas emoções. Talvez por este motivo, algumas enfermeiras relatam a privação de maior entrosamento pessoal dos profissionais no desenvolvimento de suas competências.

Assim, nossa busca do novo paradigma de convivência humanística poderá motivar as enfermeiras a desenvolverem relacionamentos mais sólidos resultantes de diálogo, de *encontros verdadeiros*, nos quais os sentimentos são direcionados a maximizar a qualidade de vida e do cuidar.

Por meio do relacionamento sujeito/sujeito, isto é, pessoa/pessoa, respeitadas, porém, suas diferenças, torna-se possível conhecer o sujeito/pessoa em sua individualidade. Estar receptivo, disponível à experiência do outro permite perceber o chamado e respondê-lo com um toque, um timbre de voz carinhoso,

um olhar. Na prática, é mediante atos de Enfermagem que se vivencia o diálogo. Relações dessa natureza são, pois, essenciais para a existência humana verdadeira (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

Esse relacionamento, segundo Paterson e Zderad (1979), não se origina apenas dos sentimentos que as pessoas nutrem umas pelas outras. Deriva, também, de duas exigências: manter uma relação viva e mútua, com um centro vivo; e estar unido, em comunhão.

Conforme demonstrado por *Tambouti*, a valorização e a divisão do trabalho profissional e intra-equipe de Enfermagem podem interferir nas atividades da enfermeira, já que esta recebe influências do modelo biomédico, do aparato tecnológico, da falta de respeito à pessoa do outro, assim como pela própria dinâmica organizacional da UIN.

É essencial o trabalho integrado dos profissionais envolvidos, direta e indiretamente, no cuidado ao RN. Vemos a conscientização do papel de cada profissional como significado de auto-avaliação, crítica e reflexiva, tentando uma maneira de melhor cuidar do seu paciente. O trabalho realizado em equipe apresenta nuances significativas para o crescimento coletivo, e melhora a auto-estima, na responsabilidade com deveres pessoais, profissionais, no respeito ao outro e no cuidar.

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. O trabalho das enfermeiras, no entanto, deve distanciar-se desses estereótipos e descobrir formas de realizar o cuidado, utilizando-se do embasamento científico e da tecnologia como meios para interagir com o RN, ajudando-o nas suas necessidades biológicas, sociais e psíquicas.

Quando pensamos em comunicação, lembramos de problemas ou conflitos, e é essencial entendermos que o conflito surge quando não temos as mesmas idéias, semelhante percepção ou igual emoção, portanto, o conflito faz parte da convivência humana, do nosso cotidiano.

Passamos cerca de um terço das horas do nosso tempo no trabalho. Portanto, devemos esperar que o trabalho satisfaça muitos tipos de necessidades físicas e sociais. No trabalho, o indivíduo pode alcançar várias formas de satisfação de necessidades ou parte delas, e, assim, começa a ter um relacionamento humano mais afetivo e menos conflitante (MINUCCI, 2000).

É pelos outros que medimos nosso desempenho e desejamos atingir metas cada vez mais elevadas; é pelos outros que medimos o risco da nossa existência e aprendemos a admitir e a aceitar diferentes pontos de vista e variados modos de ser (FACHADA, 2000).

Diante de uma fala ansiosa por um relacionamento interprofissional mais respeitoso e verdadeiro, visualizamos as mãos de *Orquídea-to-yo-ran* estendidas, tentando se comunicar, carente de atenção e amizade. Buscamos, junto com as enfermeiras, plantar em cada encontro a segurança, a solidariedade, a honestidade, a perseverança. Tentamos expor, mas não impor, idéias de como desenvolver nossa assistência e colher, por fim, frutos nobres, sem sufocar-nos com sentimentos de angústia ou incapacidade, mas manifestarmos a alegria de viver e ser enfermeira mesmo nos detalhes do viver de cada uma de nós.

A comunicação desempenha papel privilegiado na interação, pois constitui uma habilidade capaz de melhorar progressivamente, desde que haja disponibilidade e abertura para que cada um se dê ao outro de forma verdadeira e autêntica, visando ao enriquecimento do indivíduo, do grupo e da sociedade (FACHADA, 2000).

Existem fatores passíveis de afetar a precisão e o recebimento dessa comunicação não verbal. Daí a importância de estarmos atentas a estes, às emoções que sentimos ao estarmos juntas, porque o corpo tem uma linguagem própria, uma linguagem que é muda, mas tão expressiva que comunica mais do que as palavras. Se as palavras podem ser ambíguas, nossa linguagem corporal raramente o é, e isso se tornou muito visível nos nossos encontros.

De acordo com Rolim e Cardoso (2006), as relações interpessoais das enfermeiras com a equipe e o bebê são fortalecidas pela significação entre o discurso e a prática. 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 atitude técnica.

Não se pode deixar de comunicar, quer se queira ou não. A atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo tem valor de mensagem. Nossas emoções e suas manifestações físicas falam por nós. Nosso corpo, sua posição, seus gestos, traduzem nossa relação com o mundo. Nossa linguagem, embora supostamente revele o nosso funcionamento psíquico, pode ser traída por um código gestual inadequado, e mesmo não dizer nada, pode significar qualquer coisa; comunicamo-nos, pois, com palavras mas também com nosso corpo (RISPAIL, 2003).

Ao profissional, cabe relacionar-se como sujeito e com o sujeito, permanecendo aberto como pessoa e como sujeito com o objeto, quando usa abstrações, categorizações e rótulos. Isso requer autoconsciência, sensibilidade, auto-aceitação e atualização das potencialidades, a fim de desenvolver uma relação em que ambos são sujeitos, quer dizer, cada um é originador de atos e de respostas humanas para o outro (PATERSON; ZDERAD, 1988).

5.5 Reflexões sobre a comunicação não verbal das enfermeiras durante as interações grupais

Percebermos que a comunicação não verbal das enfermeiras durante as interações significou para nós afinar a percepção das emoções que “inundavam” suas mentes e corações. Estavam em grupo e a linguagem corporal ansiava por afirmar o íntimo de cada uma das participantes.

Toda comunicação tem duas componentes, a primeira das quais é o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir; a segunda é o que estamos sentindo quando nos comunicamos com a pessoa. O conteúdo da nossa comunicação está intimamente ligado ao nosso referencial de cultura, e o profissional de saúde tem uma cultura própria, diferente do leigo. Por isso é importante saber que, quanto mais informações possuímos sobre aquela pessoa e quanto maior nossa habilidade em correlacionar esse saber do outro com o nosso,

melhor será nosso desempenho no aspecto da informação e do conteúdo (WEIL; TOMPAKOW, 2004).

As palavras, quando ditas, possuem significados, transmitem mensagens que não podem ser ignoradas, devem ser ouvidas e compreendidas, pois só assim podemos estabelecer o início de uma comunicação efetiva.

Portanto, a comunicação é um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, cuja mensagem e o modo como acontece seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, podendo ser verbal, por meio da linguagem escrita e falada, e não verbal, por manifestações de comportamento não expressas por palavras (STEFANELLI, 1993).

A comunicação é entendida por Jakobson (2005) como a transmissão de estímulos e respostas provocados por meio de um sistema completo ou parcialmente compartilhado. É todo o processo de transmissão e de troca de mensagens entre seres humanos. Para se estabelecer comunicação, tem de ocorrer um conjunto de elementos constituídos por um emissor (ou destinador), que produz e emite uma determinada mensagem, dirigida a um receptor (ou destinatário). Para a comunicação se processar efetivamente entre estes dois elementos, contudo, deve a mensagem ser realmente recebida e decodificada pelo receptor, razão por que é necessário estarem ambos no mesmo contexto (devem ambos conhecer os referentes situacionais), devem utilizar um mesmo código (conjunto estruturado de signos) e estabelecer um efetivo contato por meio de um canal de comunicação.

Se qualquer um destes elementos ou fatores falhar, ocorre uma situação de ruído na comunicação, entendido como todo o fenômeno que perturba de alguma forma a transmissão da mensagem e sua perfeita recepção ou decodificação por parte do receptor. Na linguagem verbal, as dificuldades de comunicação acontecem quando as palavras têm graus distintos de abstração e variedade de sentido. O significado das palavras não está nelas mesmas, mas nas pessoas (JAKOBSON, 2005).

As pessoas não se comunicam apenas verbalmente. Também os movimentos faciais e corporais, os gestos, a entonação, os olhares são importantes, pois estes são os elementos não verbais da comunicação. Entretanto, os

significados de determinados gestos e comportamentos variam muito de uma cultura para outra e de época para época.

Além disso, a comunicação verbal é plenamente voluntária. Já o comportamento não verbal pode ser uma reação involuntária ou um ato comunicativo propositado. Como ressaltam alguns psicólogos, os sinais não verbais têm as funções específicas de regular e encadear as interações sociais e de expressar emoções e atitudes interpessoais (WEIL; TOMPAKOW, 2004).

Para o estudo e observação da comunicação não verbal emitida pelas enfermeiras durante as interações e dinâmicas grupais, empregamos algumas classificações de formas de comunicação adotadas por autores como Stefanelli (1993); Silva (1996); Weil e Tompakow (2004), as quais reproduziremos a seguir:

Paraverbal ou paralingüística é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Independentemente dos fonemas que compõem as palavras, os sinais paralingüísticos demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito. Esses sinais são fornecidos pelo ritmo da voz, intensidade, entonação, grunhidos, ruídos vocais de hesitação, tosses provocadas por tensão e suspiros.

Cinésia ou cinética é a linguagem do corpo, ou seja, seus movimentos ou posturas, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios de cabeça, até expressões mais sutis, como as faciais. Sabe-se que, quanto mais encoberto for um sinal, como um leve tremor nas mãos, por exemplo, mais difícil é ter consciência dele. As posições podem ser classificadas em emblemas (sinais do surdo-mudo, aceno); ilustradores (movimentos que acompanham a fala); demonstrações de afeto; reguladores (movimentos sutis e inconscientes que regulam o fluxo da conversa); e os adaptadores (adquiridos na infância e utilizados geralmente em situação de estresse).

Territorialidade ou proxêmica diz respeito ao espaço além do nosso corpo que temos como nosso. É o uso que o homem faz do espaço como produto cultural específico, como a distância mantida entre os participantes de uma interação. O

espaço entre os comunicadores pode indicar o tipo de relação existente entre eles, como a diferença de *status*, preferências, simpatias e relação de poder.

Tacêsica é tudo o que envolve a comunicação tátil: pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores. Está relacionada ao contexto, espaço pessoal, à cultura dos comunicadores e às expectativas de relacionamento. Tocar pode significar: atitude de união, percepção e relação com o outro; pode também significar distância ou envolvimento entre as pessoas que estão se comunicando.

Compreendemos, então, que a comunicação não verbal pode nos mostrar muito mais fidedignamente o reforço do que foi dito, a substituição de palavras que deixaram de ser verbalizadas, a contradição do que foi referido, as intenções, a demonstração dos sentimentos e tudo o que pode envolver os elementos emocionais nas relações entre as pessoas.

Portanto, o trabalho com as enfermeiras nos exigiu interesse e preparo, pois essa metodologia pressupõe domínio da dinâmica grupal, criatividade para elaboração de recursos e estratégias que facilitassem a comunicação. Nossas dificuldades em oferecer *feedback* tiveram de ser superadas, pois estabelecemos uma relação de confiança mútua, como ser processo de avaliação conjunta de nossas reflexões e aprender a ouvir e receber, livres de atitudes defensivas.

Respeitamos a necessidade de tempo de cada uma das participantes, como também suas resistências em externar seus sentimentos. As interações e as reflexões delas advindas foram bem aceitas pelo grupo, pois, aos poucos, as enfermeiras começavam a transpor as “amarras” da introspecção e iniciavam, muitas vezes, suas falas, conversando umas com as outras. Exteriorizavam pensamentos e opiniões sobre o tema solicitado, falavam informalmente sobre suas preocupações e ressentimentos. A comunicação feita entre as enfermeiras retratou cada uma como um mundo individual, com experiências, culturas, crenças e interesses.

Nossa preocupação quanto à disponibilidade era em “como” escutar e não a quantidade de tempo despendido para tal. Um período curto usado, atenciosamente e de maneira agradável, poderia nos ser mais proveitoso do que

longos minutos sem demonstração de interesse grupal. No quadro seguinte expomos formas de comunicação não verbal apresentadas pelas enfermeiras:

QUADRO 4 - Linguagem não verbal das Enfermeiras durante as Interações

Linguagem não verbal	Paralinguagem	Cinésia	Proxêmica	Tacêsica
Significado	Som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada.	Linguagem do corpo; postura corporal.	O espaço entre os comunicadores pode indicar o tipo de relação que existe entre eles.	É tudo o que envolve a comunicação tátil. Tocar.
Formas	Choro; suspiros; ruídos vocais de hesitação; silêncio.	Gestos manuais; movimentos sutis; expressões faciais.	Preferências; simpatias.	Comunicação tátil, pressão exercida, local onde se toca.
Explicitado pelas enfermeiras	Choro; suspiros; silêncio.	O abaixar da cabeça; meneios de cabeça; expressões de riso; surpresa; careteamento; tremor nas mãos, as lágrimas.	Abraço de acalanto; demonstração de proximidade com a colega, ao sentar perto, abraçar, apoiar a cabeça no ombro da outra.	Toque no rosto da colega; nas costas; preensão das mãos; massagem nas costas da colega; afago.

Fonte: Dados da Pesquisa-MEAC/UFC-Fortaleza/2005. Stefanelli (1993); Silva (1996); Weil e Tompakow (2004).

Segundo Silva (2000), a comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face e por isso não existe comunicação totalmente objetiva. A comunicação é também intuitiva e emocional.

A Enfermagem fenomenológica, decerto, nos tornou capaz de compreender e explicitar os processos do ser-entendido (enfermeiras/pesquisadora), como a maneira pela qual as vivências, particulares e em UIN, se faziam presentes e conhecidas para todas nós.

Sabemos que existe, entretanto, um universo de elementos contidos na comunicação não verbal que decerto emergem do processo interacional enfermeiras/ambiente, interior/ambiente, exterior/pesquisadora e que podem demonstrar o interesse de um em relação ao outro.

A comunicação não verbal tornou-se imprescindível para o relacionamento interpessoal desenvolvido durante as interações grupais. Por meio da expressão facial das enfermeiras, de suas expressões fisionômicas, avaliamos suas emoções. Na nossa opinião, os rostos transmitem espontaneamente os sentimentos, embora muitas pessoas tentem inibir a expressão emocional.

Para Stefanelli (1993), a comunicação deve ser considerada como competência interpessoal a ser adquirida pela enfermeira, e, ao ser usada como modo terapêutico, permitirá a enfermeira atender o paciente em todas as suas dimensões.

No desenrolar das falas, observamos os comportamentos não verbais, que seguiam o ritmo e a entonação da voz, com que as enfermeiras se referiam às vivências dentro da UIN, revelando-se como instrumento importante no processo de comunicação. Com uma voz tranqüila, as participantes, geralmente, transmitiam seus sonhos e desejos de se sentirem bem (*estar-melhor*) no cuidar de si e do outro.

Por meio dos movimentos, os olhos desempenham também um papel muito importante na comunicação. É por meio de um olhar fixo que o interesse por determinada pessoa, assunto ou objeto é demonstrado; outrossim, este mesmo olhar pode significar uma provocação ou ameaça. Sabemos também que desviar os olhos do emissor (pesquisadora/ambiente) pode ser uma atitude de desinteresse, mas preferimos acreditar que em momentos de emoção, algumas enfermeiras buscaram desviar o olhar do contexto, como a fugir das lágrimas prestes a escorrerem.

Segundo Pease (1989) afirma, o olhar retrata nossas emoções, como a surpresa que provoca a abertura maior dos olhos; a alegria que provoca brilho no olhar; a tristeza que é expressa pela abertura menor das pálpebras.

Em algumas ocasiões, a tensão das enfermeiras nos foi revelada por suas mãos, quando apresentavam-se crispadas, mãos que não “cessavam”, que mexiam com tudo ao redor, até nos cabelos, enrolando-os e provocando pequenos repuxos, como a tentar lembrar de detalhes de suas vivências. Em outros momentos, as mãos demonstraram ternura, quando utilizadas por algumas participantes para um toque carinhoso, em abraços em rodas de acalanto.

O toque é um dos aspectos mais relevantes da comunicação não verbal. Por meio dele, podemos indicar para a pessoa que fique onde está, que se aproxime, que estamos com ela em dada situação. Desta forma, o toque torna-se um dos meios mais concretos de transmitir nosso sentimento de empatia e segurança, pois comunica valor e importância ao outro. A demonstração desta afirmação se confirmou ao percebermos toques carinhosos de aconchego às enfermeiras que se encontravam tristes, ou afagos de compartilhamento de vitórias alcançadas por colegas, comungando, assim, momentos de união do grupo.

O cansaço físico das enfermeiras nos foi demonstrado em certos momentos, como na dinâmica “quebrando barreiras”, na qual elas teriam de se esforçar para romper os braços entrelaçados das companheiras ao buscar saídas do abraço que as prendia no centro do círculo. Também se tornou visível o esgotamento mental, quando, ao abaixar a cabeça, uma das enfermeiras verbalizou sua necessidade de ajuda e acalanto ante a desmotivação para continuar a “caminhada” assistencial.

Os movimentos da cabeça, segundo Stefanelli (1993), tendem a reforçar e sincronizar a emissão de mensagens. Assim, a postura e movimentos do corpo são gestos corporais que podem fornecer pistas mais seguras do que a expressão facial para se detectar determinados estados emocionais.

A comunicação é também concretizada pela aparência, pois, por meio dela, uma pessoa reflete normalmente o tipo de imagem que ela gostaria de expressar. Pelo vestuário, penteado, maquiagem, apetrechos pessoais, postura, gestos, modos de falar, as pessoas criam uma projeção de como são e de como gostariam de ser tratadas. As relações interpessoais serão menos tensas se a pessoa fornecer aos outros sua projeção particular e se os outros respeitarem essa projeção (JAKOBSON, 2005).

Ao presentearmos cada uma das enfermeiras com uma boneca, batizada com o nome de cada uma das participantes, almejamos, naquele instante, simbolizar a urgência pelo autocuidado, a auto-estima, a auto-aceitação. *Cuidem bem da boneca*, dissemos a elas. *Cuidem como cuidassem de vocês mesmas, arrumem seus cabelos, dispensem carinho e esmero com suas vestimentas, tragam-nas*

consigo, pertinho, se possível, na bolsa, conversem com elas quando sentirem necessidade e não esqueçam de ouvi-las em suas necessidades.

Conforme percebemos, na interação pessoal, tanto os elementos verbais como os não verbais são importantes para que o processo de comunicação seja eficiente. A comunicação corporal é uma comunicação carregada de valores e componentes emocionais, onde o gesto, o olhar e o tônus muscular falam dos nossos sentimentos, dos nossos medos, desejos e conflitos, isto é, da expressão do imaginário consciente e inconsciente. A nosso ver, a gestualidade não é a simples reação nervosa a estímulos e sim a resposta de um corpo ao mundo, ou seja, é a representação da vida em si mesma.

O silêncio, também, se fez presente, e nos incomodou em alguns momentos das nossas interações. Muitas vezes, permanecemos caladas após uma fala imbuída de emoção, não que nos faltassem palavras, mas estávamos desejosas para “ouvir” a voz dos nossos corações, dos nossos sentimentos.

Comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de estar trocando com o outro, qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que está precisando de ajuda, da disponibilidade e do conhecimento de alguém que se dispõe a ser um profissional de saúde (SILVA, 1999).

Quando pensamos em comunicação, lembramos de problemas ou conflitos, e é essencial entendermos que o conflito surge quando não temos as mesmas idéias, a mesma percepção ou a mesma emoção. Portanto, o conflito faz parte da convivência humana, do nosso cotidiano. Tornou-se mais fácil interagirmos quando procuramos entender o ponto de vista da colega, sendo, então, complementares no nosso verbal e no não verbal. Quando fomos complementares na nossa ação e na nossa fala, tranquilizamos a colega, mesmo que pensássemos diferente dela, o que nos facilitou relacionar-nos e comunicar-nos afetivamente.

Segundo Rogers (1980), as atitudes que levam ao deixar-se atravessar pela mensagem representam a empatia, entrar no universo do outro e tentar ver os acontecimentos como ele.

Se compreendermos que entender o ponto de vista do outro não significa ter de concordar com ele, seremos capazes de perceber que determinada situação pode ser vista por outro ângulo também, e que a comunicação envolve essas diferentes formas de percepção do mundo (ROGERS; ROETHLISBERGER, 1999).

Existem fatores que afetam a precisão e a recepção da comunicação não verbal. Daí a importância de estarmos atentas a eles, às emoções que sentimos ao estarmos juntas, porque o corpo tem uma linguagem própria, não audível, mas tão expressiva que comunica mais do que as palavras. Se as palavras podem ser ambíguas, nossa linguagem corporal raramente o é, e isso se tornou muito presente em nossos encontros, nos sendo necessário apreender a singularidade de cada enfermeira.

Rodrigues (1999) chama a atenção sobre a importância da congruência entre o que fazemos e o que gostaríamos de estar fazendo, transparecendo a coerência de sentimentos em nossas atitudes, quando assinala que não há frase que substitua um olhar afetuoso, nem um aperto de mão caloroso, nem um abraço protetor.

Devemos lembrar, então, que um sorriso, um meneio positivo da cabeça, o contato dos olhos, o toque no lugar certo, ou seja, no braço, no ombro ou na mão, o uso adequado do silêncio e da voz suave são sinais que auxiliam nos relacionamentos interpessoais e na comunicação efetiva. Na saúde, não são necessariamente os grandes planos que dão certo, mas são os detalhes que alteram a qualidade das relações (NEFF, 2000).

Para nós, conhecer a linguagem não verbal foi conhecer a nós próprias como seres humanos, conhecer o que expressa a linguagem corporal; ajudou-nos a perceber mais sobre nós mesmas e acerca das relações com as colegas. De uma forma ou de outra, é certo que, em qualquer situação comunicativa, a comunicação não verbal é inevitável. Enquanto nos basearmos em padrões e estereótipos sociais, não conheceremos verdadeiramente os outros.

5.6 Observação das enfermeiras ao cuidar do RN na UIN

A partir de então, nossas vivências teóricas findaram para darmos início à terceira etapa do percurso metodológico, ou seja, ao acompanhamento do cuidado da enfermeira ao bebê na Unidade de Internação Neonatal, onde evidenciamos que a diversidade de atividades que constituem o trabalho da enfermeira possui como finalidade, a assistência ao paciente, preconizada pelo modelo clínico de atenção à saúde. O predomínio de uma função ou de outra, em seu cotidiano, é determinado pela especificidade do cenário no qual está inserida.

As enfermeiras do grupo estudado atuam no cuidado aos bebês considerados de risco, realizando procedimentos a eles direcionados com vistas ao seu restabelecimento físico e psicológico, como também uma participação efetiva com a equipe interdisciplinar. O cuidado prestado envolve, por conseguinte, a atenção às mudanças de conduta no tratamento dos bebês, após prescrição médica diária; procedimentos administrativos, como encaminhamentos de compra de materiais e medicamentos, transferências; gerenciamento e supervisão quanto à organização geral da Unidade; metas voltadas à educação continuada por meio de treinamentos e de sensibilização da equipe de Enfermagem ao cuidado holístico ao bebê.

Para permitir melhor visualização do leitor, optamos por apresentar a síntese das observações realizadas por nós em forma de quadro, exposto a seguir.

QUADRO 5 – Observação das Enfermeiras - Vivências e Cuidados ao Bebê na UIN

Codinome	Ambiente externo (UIN)	Ambiente interno (enfermeira)	Interação com RN/pais	Respostas aos chamados	Relacionamento com equipe	Planejamento dos cuidados	Aparência física e emocional
Tambouti	Ambiente barulhento, agitado, com superlotação de bebês	Aparentava calma e tranquilidade	Disponibilizou pouca atenção aos pais	Em algumas vezes, não respondeu, pessoalmente, aos chamados do bebê	Interagiu poucas vezes com a equipe	Demonstrou planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava devagar; falava em tom baixo; encontrava-se bem vestida com os cabelos arrumados; tocou o bebê com carinho; sorria
Flor-de-pimenta	Ambiente barulhento, lotado, bastante iluminado ----- Ambiente calmo, lotado e bastante iluminado	Aparentava cansaço, mas permaneceu calma	Disponibilizou pouca atenção aos pais	Em algumas vezes, não respondeu, pessoalmente, aos chamados do bebê	Interagiu poucas vezes com a equipe	Não demonstrou planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava devagar; falava em tom baixo; encontrava-se bem vestida com os cabelos arrumados; tocou o bebê com carinho
Peônia	Ambiente barulhento, lotado, bastante iluminado ----- Ambiente calmo, lotado e bastante iluminado	Aparentava calma e tranquilidade	Interagiu com os pais do bebê, dando-lhes atenção	Respondeu sempre aos chamados do bebê	Aparentou ter bom relacionamento com a equipe	Demonstrou planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava devagar; falava em tom baixo; encontrava-se bem vestida com os cabelos arrumados; sorria e tocou o bebê com carinho
Satin	Ambiente barulhento, lotado e com relativa luminosidade	Aparentava agitação	Interagiu com os pais do bebê, dando-lhes atenção	Respondeu algumas vezes aos chamados do bebê	Relacionou-se, na ocasião, com dificuldade com a equipe	Demonstrou planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava rápido e falava em tom alto; apresentava-se bem vestida, com os cabelos arrumados

QUADRO 5 – Observação das Enfermeiras - Vivências e Cuidados ao Bebê na UIN (Continuação)

Tonka	Ambiente barulhento, lotado e com muita luminosidade ----- Ambiente calmo, bastante iluminado	Apresentava agitação e ansiedade ----- Apresentava cansaço mas permaneceu calma	Interagiu com os pais do bebê, mas dispensou-lhes pouca atenção	Respondeu algumas vezes aos chamados do bebê ----- Respondeu aos chamados do bebê	Apresentou ter um relacionamento difícil com a equipe ----- Relacionou-se com calma com a equipe	Demonstrou planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava rápido e falava em tom alto; bem trajada, com os cabelos presos em coque
Orquídea-to-yo-ran	Ambiente barulhento, lotado e com muita luminosidade ----- Ambiente calmo, silencioso e pouco iluminado	Apresentava agitação, ansiedade e cansaço ----- Apresentava cansaço mas permaneceu calma	Interagiu bem com os pais do bebê, dispensou-lhes atenção	Respondeu sempre aos chamados do bebê	Apresentou, na ocasião, ter um relacionamento difícil com a equipe ----- Relacionou-se com calma com a equipe	Demonstrou planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava rápido; tocava o bebê com carinho; falava em tom alto, tinha os cabelos presos; sorria; às vezes, cantarolava
Muguet	Ambiente barulhento, lotado, muito iluminado ----- Ambiente calmo, bastante iluminado	Apresentava agitação, ansiedade e cansaço ----- Apresentava cansaço mas permaneceu calma	Interagiu bem com os pais do bebê, dispensou-lhes atenção	Respondeu sempre aos chamados do bebê	Apresentou ter bom relacionamento com a equipe	Demonstrou planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava devagar; tocava o bebê com carinho e falava em tom baixo; tinha os cabelos arrumados

QUADRO 5 – Observação das Enfermeiras - Vivências e Cuidados ao Bebê na UIN (Continuação)

Eucalipto-chinês	Ambiente calmo, lotado e bastante iluminado ----- Ambiente barulhento, lotado, muito iluminado	Apresentava calma e tranquilidade ----- Apresentava agitação e ansiedade	Interagiu bem com os pais do bebê, dispensou-lhes atenção	Respondeu, algumas vezes, aos chamados do bebê	Apresentou ter bom relacionamento com a equipe	Demonstrou ter pouco planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava rápido; tocava o bebê com carinho; falava em tom baixo; tinha os cabelos arrumados
Sândalo	Ambiente barulhento, lotado, muito iluminado ----- Ambiente calmo, lotado e bastante iluminado	Apresentava agitação e ansiedade ----- Apresentava cansaço mas permaneceu calma	Interagiu bem com os pais do bebê, dispensou-lhes atenção	Respondeu sempre aos chamados do bebê	Apresentou, na ocasião, ter um relacionamento difícil com a equipe	Demonstrou planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava devagar; tocava o bebê com carinho; falava em tom baixo; tinha os cabelos arrumados
Jasmim	Ambiente barulhento, lotado, muito iluminado ----- Ambiente calmo, lotado e bastante iluminado	Apresentava calma, mas, também parecia ansiosa e cansada	Interagiu bem com os pais do bebê, dispensou-lhes atenção	Respondeu sempre aos chamados do bebê	Apresentou ter bom relacionamento com a equipe	Demonstrou planejamento e organização nos cuidados ao bebê	Andava rápido; tocava o bebê com carinho; falava em tom alto; tinha os cabelos presos; sorria

Fonte: Dados da Pesquisa- MEAC/UFC-Fortaleza/2005.

No Quadro 5 apresentamos uma síntese do instrumento de observação das enfermeiras, quanto ao planejamento de suas atividades, a aparência física e emocional e do seu cuidado aos bebês na UIN, bem como a forma de relacionamento interpessoal das participantes e a equipe interdisciplinar no momento das observações. Consideramos de extrema importância para o estudo dar a conhecer as possíveis causas motivadoras dessas atitudes e posturas demonstradas pelas enfermeiras em seu cotidiano.

A UIN, por ser um setor hospitalar marcado pela tecnologia, no qual as enfermeiras, atarefadas, convivem e dividem o espaço com os bebês e com os equipamentos necessários para o suporte de suas vidas, pode tornar-se um ambiente tenso e cansativo. Este local é, também, permeado de intercorrências e situações estressantes por elas vivenciadas; é quase sempre barulhento, bastante iluminado, agitado e, na realidade das participantes, a Unidade encontra-se, quase sempre, superlotada de bebês de alto risco.

Por certo, as enfermeiras desenvolveram sentimentos e experiências no ato de cuidar, relacionados com esta ambiência. O cansaço, a desmotivação, a desvinculação do autocuidado desgastam a qualidade da assistência e o relacionamento com a equipe interdisciplinar, bem como o relacionamento com o bebê e sua família.

A enfermeira desempenha um papel fundamental e deve ocupar seu espaço com visibilidade, com vistas à ocorrência de mudanças para a humanização do cuidado no processo de cuidar do RN na Unidade de Internação Neonatal. Para tanto, sua prática deve ser norteadas pelos pressupostos baseados no uso de tecnologia e carinho, como forma de humanização, quando proporciona o *bem-estar* e o *estar-melhor* dela própria e do seu paciente.

Compreendemos os percalços encontrados pelas enfermeiras em seu processo de cuidar, quando, por vezes, não conseguem interagir como gostariam com o bebê, pelo cansaço, desmotivação, dificuldades de relacionamento como pela ambiência causadora de estresse. A nosso ver, o estar-com pode ocorrer num “olhar silencioso”, numa presença ativa da enfermeira; não precisa necessariamente ser a presença física, mas uma atenção voltada para o cuidado.

Faz-se indispensável a enfermeira desenvolver habilidade e sensibilidade para manter o equilíbrio entre separação e relação. A presença autêntica, o *estar-com*, como forma de ajuda, é viável no cotidiano da prática assistencial nos momentos de preparo do leito, recepção do RN, primeiros cuidados, acolhimento dos pais, detecção precoce de riscos para o bebê, entre os demais, ocorrendo, portanto, uma aproximação, a *presença*. Mesmo esta não sendo, na maioria das vezes, contínua, é constante. Consoante Huf (2002), a presença da enfermeira, para significar cuidado, implica não só estar junto do corpo, mas, essencialmente, ser uma presença efetiva, pronta para dar e receber afeto.

A Enfermagem existencial é o envolvimento no cuidado ao paciente, manifestado na presença ativa da enfermeira como um todo, no tempo e espaço, conforme visto pelo paciente. A Teoria Humanística de Paterson e Zderad apóia-se em suposições implícitas, altamente abstratas, fundamentadas em interações enfermeira/paciente (MELEIS, 1997).

Os cuidados de Enfermagem, entretanto, só se realizam de forma eficiente e eficaz quando o profissional se coloca à disposição do ser doente, como presença genuína, com vistas a estar com ele e fazer com ele, em comunhão, respeitando o tempo e o espaço individual de cada um (MUNIZ; SANTANA; SERQUEIRA, 2000).

Torna-se necessário, contudo, vivenciar uma prática assistencial humanizada, na UIN, e que as enfermeiras ali atuantes tenham uma dimensão da importância do conhecimento técnico-científico para um cuidado adequado, e também, discernir o fazer e como fazer, enxergar mais além do que os olhos vêem, dialogar, tocar, saber ouvir e perceber a importância de *estar-com* os bebês.

Esta atitude humanizada da enfermeira implica estar presente com o bebê, experienciando a totalidade do momento do encontro, sendo responsável, ética, competente, empática, dedicada, atenciosa e afetiva, interagindo por meio do olhar, do toque, da fala, e de outras ações que favoreçam sensações de segurança e conforto (COSTENARO, 2001).

Na opinião de Paterson e Zderad (1988) é humanamente impossível a enfermeira estar integralmente presente com todas os pacientes, mas a presença genuína é que dá significado à Enfermagem.

Esta preocupação é extensiva aos demais membros da equipe de saúde atuante na Unidade Neonatal, quando estes são convidados a se fazerem presentes em reuniões e grupos de interação que buscam uma atenção humanizada ao paciente e à sua família.

Portanto, para repensar uma possível humanização nos serviços de saúde, teremos de necessariamente revalorizar o sentimento de satisfação derivada do caráter e qualidade dos contatos interpessoais dos profissionais que atuam na UIN. Assim concebido, o trabalho da enfermeira pode ser visto como princípio educativo, a ser explorado no processo de formação profissional permanente, o que propicia subsídios à formulação de políticas institucionais para a educação continuada.

Conforme percebemos, a práxis da enfermeira em unidades especializadas, no modelo clínico de atenção à saúde, é permeado por questionamentos e insatisfações. Há uma visão dicotômica em relação ao cuidado e ao gerenciamento, que perpassa o ensino e a prática de Enfermagem.

Ao promover a adoção de uma atitude capaz de sensibilizar a participação *genuína* no cotidiano, como na administração dos serviços, a partir do incentivo à formação do ser pessoa e do ser enfermeiro, do seu crescimento como ser humano, e pelo desenvolvimento continuado em sua carreira acadêmica, torna-se a enfermeira participativa nas mudanças necessárias em benefício de uma prática diferenciada.

Essa é uma idealização, contrária à realidade expressa no âmbito hospitalar, que requer dessas profissionais a resolução de problemas referentes a pessoal (foi mencionada pelas enfermeiras a dificuldade no relacionamento), ao serviço e ainda à articulação dos demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente. Todas essas atividades ocorrem em benefício do paciente, portanto, no trabalho da enfermeira, são interpretadas dimensões pertinentes aos atos de cuidar e administrar (GUSTAVO; LIMA, 2003).

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. Desta forma, o trabalho da enfermeira é intenso, pois, além de ser responsável pela avaliação dos cuidados ao paciente, também deve preocupar-se com a qualidade dos recursos disponíveis para um resultado de qualidade destes cuidados. O trabalho da enfermeira é indispensável, pois ela une o conhecimento científico à realidade e à prática da UIN.

Historicamente, refere Pires (1999), são identificados dois campos de atividades no trabalho da Enfermagem: o dos cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência de Enfermagem e do espaço assistencial. Alguns autores consideram o trabalho da enfermeira como multifacetado, atendendo a diferentes finalidades, pois seu interesse está voltado para todo o ambiente de trabalho (BELLATO; CARVALHO, 2000). O célere processo de complexidade sofrido pelas instituições de saúde nos últimos anos, tanto no referente à sua função específica de cura e promoção da saúde, quanto na sua organização administrativa e diversificação dos profissionais que ali atuam, conferiu-lhes forte conotação empresarial.

E, segundo os autores anteriormente referendados, nesses moldes, a preocupação com custos, a contenção de despesas, pagamentos, o controle de material, equipamentos e pessoal ganha grande importância dentro desse complexo sistema, e essas instituições adquirem as feições de uma empresa de saúde, valorizando-se sobretudo o processo, por estes serem vistos e entendidos como mais um elemento e não como a alma das mudanças.

Outros autores, como Pereira e Silva (1999), também associam a multidimensionalidade ao trabalho da enfermeira, acrescentando a necessidade de atenção para a complementaridade e interpenetração das diferentes dimensões. Observamos, porém, que as enfermeiras têm uma concepção que denota pouca aceitação dessa função, acreditando estarem inseridas em funções desviadas, pois atribuem o cuidado direto ao cliente ao ideal da profissão.

As enfermeiras pesquisadas percebem a expectativa dos demais profissionais de saúde quanto ao seu trabalho na UIN, como articuladoras entre os

atos de cuidar e gerenciar, e outro fator esperado por eles é o conhecimento científico e especializado em Neonatologia. Neste conhecimento, devem estar incluídos o planejamento do cuidado adequado ao bebê e o desempenho técnico necessário, além dos conhecimentos da tecnologia empregada no processo de trabalho.

Notamos a influência do ambiente de trabalho na assistência prestada e no cuidado desenvolvido pela enfermeira, segundo França e Rodrigues (1997). Quando a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador, verifica-se o estresse. 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.

Ainda após o conhecimento sobre a Teoria Humanística, nos foi possível constatar contradições entre o discurso e a prática, mas as enfermeiras compreenderam que, em meio a tanta adversidade ao cuidado humano, precisam ser motivadas e sensibilizadas para a busca ao próprio *bem-estar*, percebendo a necessidade em cultivar o envolvimento, flexibilidade e singularidade para olhar as situações, buscando uma relação harmônica em que elas e o RN possam juntos estimular e ser estimulados na busca do *estar-melhor*.

Compreendemos o significado do *bem-estar* e *estar-melhor* das enfermeiras ao cuidar de bebês em UIN, como um estado de desenvolvimento da autoconsciência, da compreensão do outro, pelo olhar mais relacionador das diversidades, pelo estabelecimento de uma visão mais ampla das realidades vivenciadas em seu cotidiano, pela transição do seu egocentrismo para o compartilhamento das suas emoções, do seu saber, da sua vocação – o cuidar.

5.7 O imaginário das enfermeiras sobre os momentos de interação

O sentido impresso em algo está quase sempre conectado a processos mentais e talvez cada um não consiga, por si próprio, identificar os verdadeiros liames entre o concreto e o abstrato daquele sentido atribuído. Poderá advir de lembranças resultadas de experiências que vieram inspirar aquele sentido, corroborado por conjecturas mentais, culturais ou de alguma revelação percebida momentaneamente.

Os momentos por nós vividos, decerto, receberam influência de uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa de cada uma das enfermeiras. Eles terão, porém, sempre um peso, um valor, um efeito, um sentido determinado pelos sentimentos e determinante para a atitude que assumirá cada uma perante eles. O essencial do fato já há de estar internalizado, influenciado em muito pelo conhecimento de cada participante sobre os acontecimentos passados.

Segundo Rodrigues, Guedes, Silva e Rolim (2003), a avaliação, quando se refere à pessoa humana, particularmente, se reveste de uma susceptibilidade quase intangível, seu objeto se transforma no ser tecido pelo Criador do universo, um ser quase místico, que merece o mais puro respeito ao seu tratamento. A ação de avaliar, entretanto, vai sem dúvida desencadear sentimentos e reflexões de cunho pessoal e coletivo.

Será a partir de situações bem ou malsucedidas que os indivíduos mediarão as atitudes com as quais direcionarão suas vidas, as quais tenderão a se transformar em valores que, com certeza, muito contribuirão para a formação do caráter do indivíduo, cujas atitudes determinarão o tipo de cidadão que estará aí formatando a sociedade. Segundo Morin (2004, p. 55), “todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana”.

Desta forma, as estratégias utilizadas nos *encontros*, na prática do cuidar-se e do cuidar do outro, foram aplicadas no contexto de buscar estimular o autoconhecimento, interação, aprendizagem, crescimento, promoção de transformações e mudanças no ambiente, despertando nas enfermeiras

autoconsciência e compartilhamento coletivo das responsabilidades no *estar-melhor* dos membros do grupo e de seus pacientes.

Ao solicitarmos uma avaliação das participantes sobre nossos encontros, ouvimos, satisfeita, algumas colocações, entre elas a da *Orquídea-to-yo-ran* [...] *esses encontros nos deram um bem-estar tão grande que eu já estou me perguntando, e agora que acabou, que iremos fazer nas sextas-feiras? Como ficaremos sem este apoio? As sextas-feiras, sem estes encontros, serão sextas-feiras em branco.* E continua sua fala: [...] *Estes encontros são importantes para nosso crescimento, acho que é isto que está faltando nos hospitais, momentos como estes, nos quais fosse ressaltada a importância do cuidado de cada um, e que para cuidar as pessoas precisam estar-bem.*

Orquídea-to-yo-ran parecia sentir-se desamparada, o que muito nos preocupou. Sabíamos que não estaríamos sempre ali, às sextas-feiras, e nosso maior desejo era que as enfermeiras trilhassem seu caminho, cuidando de si e do outro numa visão mais ampliada, grupal. De acordo com Baldwin (1986), por meio de experiências particularmente frustrantes ou traumáticas, uma pessoa poderia aprender que seus comportamentos são insuficientes ou inúteis para mudar ou controlar os fenômenos a que se vê exposta, e que tal estado de desamparo levaria a pessoa à desmotivação, passividade, deficiências sociais e apatia geral. Ao ouvirmos atentamente *Orquídea-to-yo-ran*, tentamos transmitir-lhe solidariedade e disponibilidade, para, juntas, buscarmos a ajuda necessária a mudanças em seu estado emocional. Importante para nós, neste momento, foi *estar-com*.

Outra rosa rara, *Muguet*, nos falou sobre as interações grupais: [...] *quando começaram nossos encontros, eu estava muito frágil, me encontrava triste, estava precisando de ajuda profissional, mas naquele momento não podia arcar com o tratamento, no decorrer do grupo, eu fui me sentindo melhor. Não gostaria que acabasse agora, eu preciso deles.* *Muguet* parecia-nos satisfeita com os encontros, pois, com efeito, relatou terem sido de grande valia, mas, mesmo assim, recomendamos que, para poder ela *estar-melhor*, ainda mais, talvez necessitasse de acompanhamento especializado, como uma psicoterapia, pois, a partir do processo terapêutico, o sujeito re-significa pensamentos e irá descobrir formas de viver mais satisfatórias aos objetivos do indivíduo.

A psicoterapia é um processo conduzido por especialistas no qual o indivíduo amplia a consciência que tem de si mesmo, aprendendo com seus sintomas e se desenvolvendo como pessoa. Desde seu nascimento, os seres humanos se desenvolvem realizando suas potencialidades à medida que se descobrem na relação com o outro.

Embora a natureza forneça a potencialidade, essa potencialidade só é realizada à medida que o indivíduo vai descobrindo suas possibilidades na troca com o outro e se enriquecendo com suas descobertas. O outro funciona como um espelho no qual a pessoa pode se ver. Este é o processo natural de desenvolvimento humano e o espaço terapêutico é preparado para facilitar este movimento (PINHEIRO, 2005).

Segundo o autor, o processo psicoterapêutico visa facilitar o movimento natural da vida, criar oportunidades para a pessoa aprender sobre ela mesma. Os sintomas que originam a necessidade do processo tendem a desaparecer à proporção que aprendemos o que eles têm a nos ensinar. Em suma, o objetivo de um processo psicoterapêutico é dar condições para a pessoa se desenvolver aprendendo sobre ela mesma por meio dos seus sintomas e das trocas estabelecidas neste processo.

Quando de alguma forma o indivíduo não está satisfeito com o andamento da sua vida, não está feliz, ou está vivendo algum sofrimento e não consegue superá-lo, nesse contexto, um facilitador pode poupar tempo e energia, ensejando uma reflexão sobre a autopercepção e a procura de soluções plausíveis. Quando por algum motivo esbarra em situações às quais ele não consegue dar respostas que lhe sejam satisfatórias com os recursos que domina, surge a necessidade de ampliar a consciência a seu próprio respeito (PINHEIRO, 2005).

Outra avaliação dos encontros nos foi ofertada por *Eucalipto-chinês*, na seguinte fala: *hoje compreendo sobre a aplicabilidade das teorias, palavras como autocuidado, auto-estima, me foram apresentadas em salas de aula, na Graduação, pareciam importantes, mas, soltas, eu não conseguia fazer uma relação com minha pessoa, como mãe, como esposa, nem como profissional. Ouvia falar de auto-estima, como está sua auto-estima? As pessoas perguntavam [...]. As teorias que me foram apresentadas também em disciplinas passadas, tudo parecia tão*

inacessível, tão distante [...]. Se eu ouvi falar em Paterson e Zderad, não me lembro. Agora, sim, eu compreendo, após nossas reuniões e experiências aqui, tudo me parece claro e já vejo como incorporar esta teoria no meu trabalho. Estas autoras agora fazem parte da minha vida. Recomendo às professoras que utilizem essas formas de abordagens, para que as alunas desde muito cedo comecem a compreender melhor e, assim, respeitar mais os pacientes.

Trouxe-nos a fala do *Eucalipto-chinês* uma agradável surpresa, quando concluiu, após os encontros, a teoria, como proposta sistematizada de procedimentos, e que, ao ser aplicada, busca a promoção de uma prática ideal. Desvelamos ao grupo neste momento que teorias de Enfermagem são, na verdade, proposições elaboradas para refletir sobre a assistência de Enfermagem, tornando seus propósitos evidenciados além dos limites e relações entre profissionais e indivíduos demandadores de cuidados.

Segundo George (2000), a teoria contribui para formar uma base sobre a prática, ao auxiliar e explicar suas abordagens. Teorias, em geral, são construídas a partir de conceitos, definições, modelos, proposições e se baseiam em suposições. De acordo com Kleiman (2005), a teoria fornece um método que permite à Enfermagem aliar a teoria à prática, compreendendo, assim, a complexidade do ser no mundo. Para Cardoso (2001), a teoria parece algo estranho e distante da nossa práxis, mas ao nos depararmos com o raciocínio e a aplicabilidade teórica, o aparentemente obscuro torna-se claro e prático.

Por conta disso, e agora para as participantes, torna-se também claro o pensamento de Barnum (1998), para quem a teoria constitui uma forma sistemática de percepção do mundo, para assim poder descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo, tornando-se o caminho para caracterizar um fenômeno e apontar os componentes que o identificam.

Não é possível, porém, estudar teorias como uma simples assimilação de conceitos, compreensão das suas relações e da sua direção metodológica, sem compará-las com valores pessoais e profissionais ou com estudos sobre a Filosofia da Ciência e sobre correntes do pensamento social. A teoria, diz Oliva (2003), não é elaborada apenas com a matéria-prima dos fatos. Nesse processo, inclui-se também a inventividade da razão humana.

Refletimos junto com o grupo a noção de que a Enfermagem, como ciência, possui um conjunto de teorias embasadas na prática do cuidado, e tem como conceitos principais a saúde, o homem, o ambiente e a própria Enfermagem. Suas definições recebem influência tanto dos teóricos como do seu contexto social, político e filosófico (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

Para melhor compreendermos coletivamente o assunto, concordamos com a noção de que a teoria e a prática de Enfermagem devem ser momentos complementares da práxis. Nesta, a teoria se torna uma representação, a menos falsa possível, da realidade do trabalho de Enfermagem. Para não haver discrepâncias entre o pensar e o fazer, modelos para avaliação de teorias de Enfermagem foram desenvolvidos, e de acordo com Meleis (1997), concomitantemente à evolução profissional, no sentido de validar ou estabelecer novas formas de interpretar a realidade da Enfermagem.

Finalizamos o pensamento, recordando nossas exposições teóricas sobre perspectivas de vida e cuidar diferenciado. Assim, concluímos que a busca do novo paradigma do cuidado humanístico tem motivado alguns autores, como Cardoso (2001), Rolim (2003), Silveira (2003) e Campos (2005), a desenvolverem estudos sobre o relacionamento interpessoal resultante do *diálogo*, de *encontros verdadeiros*, nos quais os sentimentos são direcionados a maximizar a qualidade de vida da enfermeira, do bebê e do cuidar.

Reavemos aqui a Teoria Humanística como uma teoria da prática, na qual são oferecidas respostas à experiência fenomenológica, tornando-se, no contexto deste estudo, uma perspectiva filosófica originada do encontro existencial da enfermeira no mundo do atendimento à saúde.

Na Enfermagem humanística, o inter-relacionamento da teoria com a prática depende da experiência, concepção, participação e do ponto de vista particular de cada enfermeira em relação às suas vivências no mundo e na Enfermagem. As diferenças de vivências na Enfermagem são decorrentes de práticas norteadas em referenciais teóricos, filosóficos e metodológicos responsáveis por levar o profissional a uma crítica reflexiva do ser e do fazer.

Foi importante reservar espaço para discussões das situações vivenciadas diariamente, quando, então, buscamos fortalecer nossas emoções, por meio da utilização de dinâmicas grupais, que objetivaram avaliar nossas atividades, emoções e atitudes e relacioná-las com a urgência em adquirir mais conhecimentos humanos e científicos que embasassem nossas condutas.

Buscamos, com a metodologia utilizada, uma melhoria da qualidade de vida pessoal e profissional das enfermeiras, quanto à percepção delas como pessoa, sua posição na vida, no contexto do sistema de valores e da cultura onde vivem. Também, em relação às metas, expectativas, padrões e interesses de cada uma delas, englobando, finalmente, a saúde física e mental, bem como o tipo de relacionamento profissional, crenças pessoais e relações com o ambiente da UIN.

Investir na compreensão e busca do *estar-melhor* das enfermeiras em sua atuação em UIN direcionou para a construção coletiva do Processo Humanístico de Enfermagem, desvelou ações que objetivaram um convívio cada vez mais humano, promotor do trabalho em equipe, dedicação profissional e competência técnica, na busca do *bem-estar* e *estar-melhor* do RN.

DIAGRAMA 4 - Síntese dos Resultados

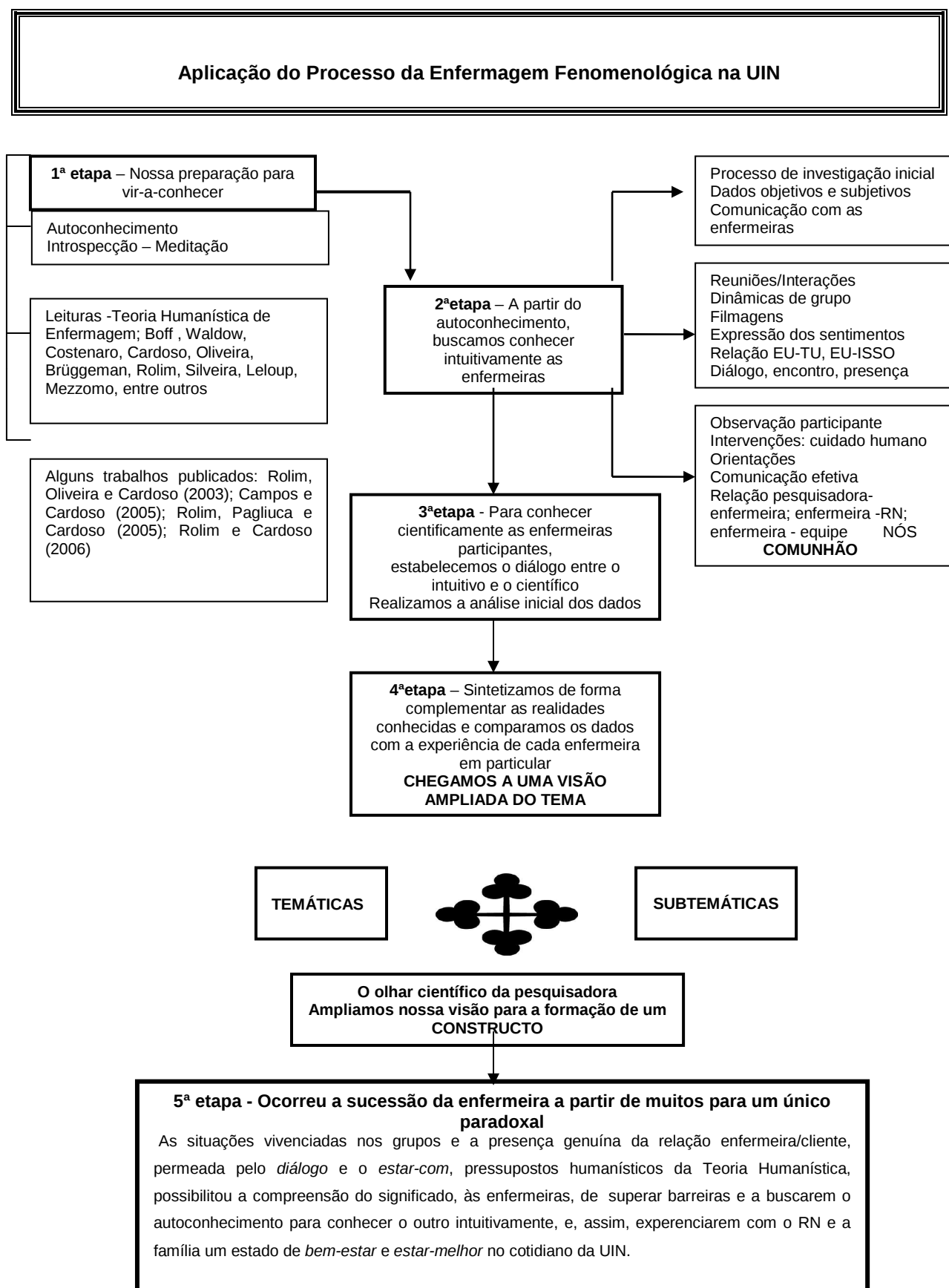
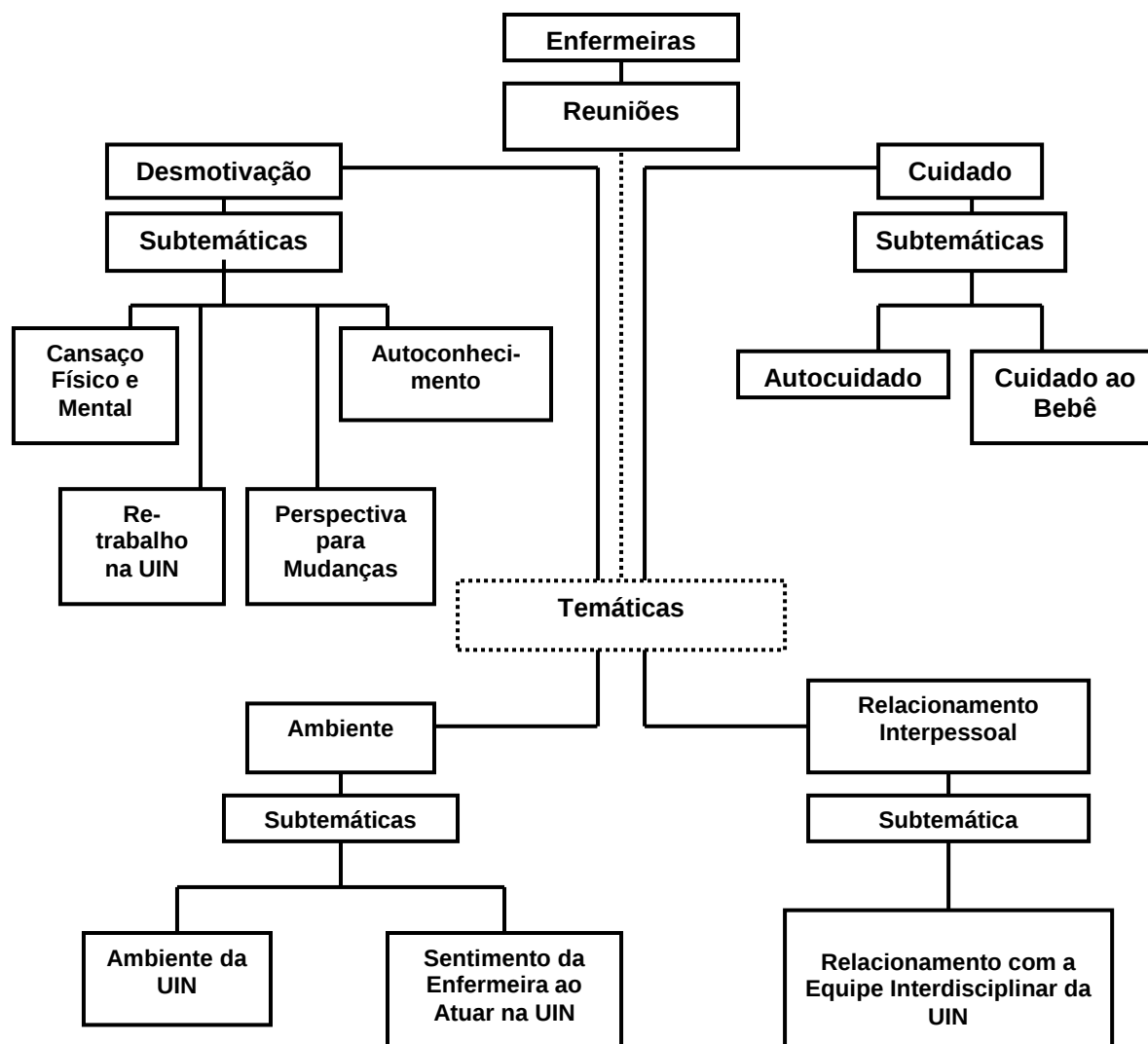


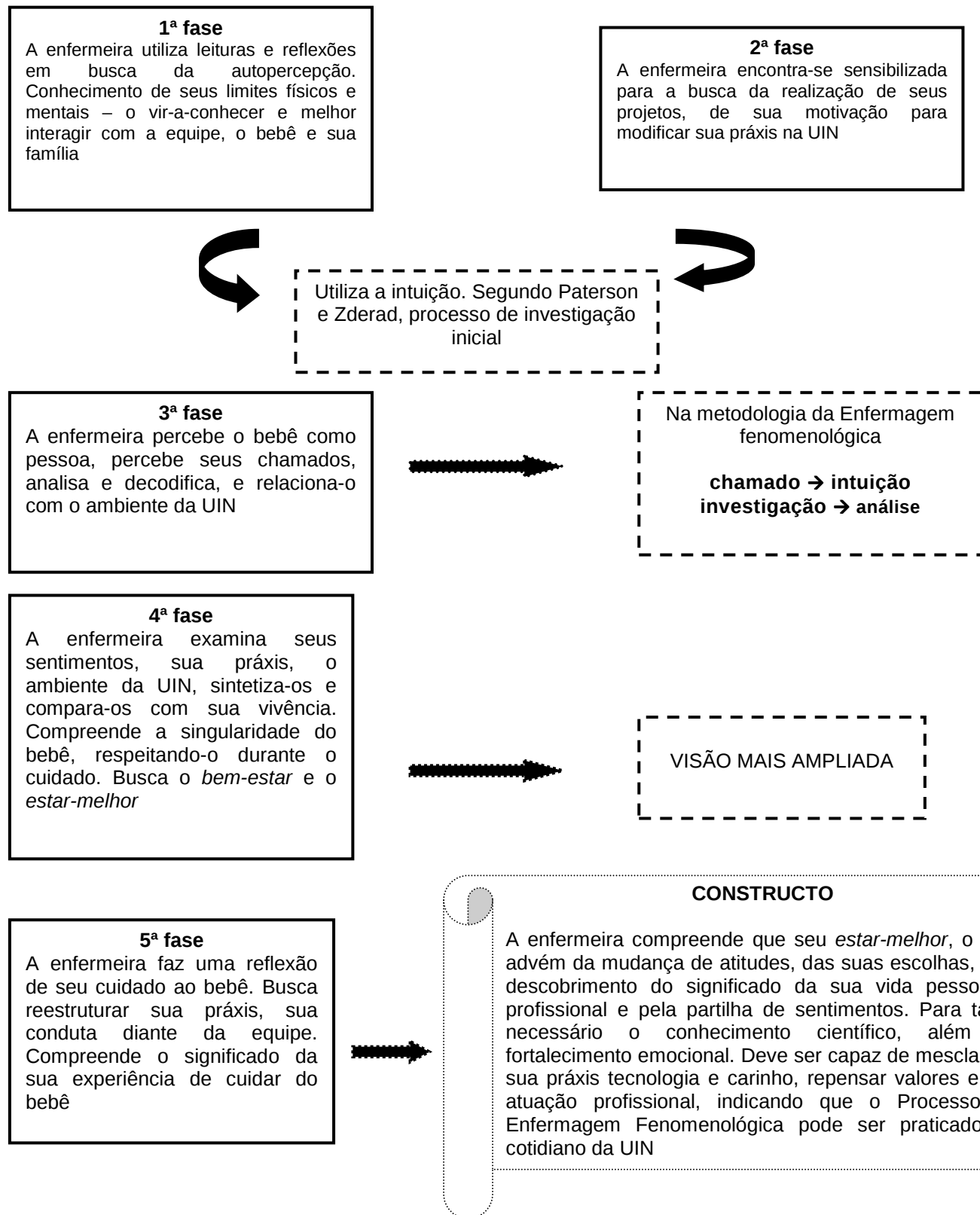
DIAGRAMA 5 - Síntese dos Resultados



O diagrama demonstra as quatro unidades temáticas identificadas das interações, discursos e filmagens das participantes, baseados em Bardin (2004), a saber: *desmotivação*, *cuidado*, *ambiente*, *relacionamento interpessoal*. Da temática *desmotivação*, foram identificadas as subtemáticas *cansaço físico e mental*, *o re-trabalho na UIN*, *perspectiva para mudanças*; *autoconhecimento*; da temática *cuidado*, as subtemáticas identificadas foram *autocuidado* e *cuidado do bebê*; da temática *ambiente*, as subtemáticas identificadas foram *o ambiente da UIN* e *os sentimentos da enfermeira ao atuar na UIN*; da temática *relacionamento interpessoal*, a subtemática identificada foi *relacionamento com a equipe interdisciplinar da UIN*.

DIAGRAMA 6 - Síntese dos Resultados

SÍNTESE DO PROCESSO DA ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA NA UIN





CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas que cuidam de maneira carinhosa são preciosas, pois enxugam as lágrimas e sustentam os soluços, tratando a cada um pelo nome e abraçando com infinita ternura. Todos têm o direito a esse cuidado humanizado, em que a assistência é realizada pela necessidade do ser doente e não da equipe de saúde, a ser acolhido no convívio humano, pessoal, social, crescendo e fazendo crescer.

Rolim (2003)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O motivo fundamental desencadeador da realização deste estudo foi a procura por respostas às nossas inquietações vivenciadas em Unidade de Internação Neonatal. A trajetória percorrida tem sido longa, mas também prazerosa, visto que produz frutos, na nossa vivência assistencial como enfermeiras desse cenário, e ao mesmo tempo na nossa prática diária como docente do Curso de Graduação em Enfermagem.

Iniciamos a pesquisa em um contexto dinâmico como é o cotidiano da enfermeira em UIN, em que o cuidado é perpassado pela utilização de um aparato tecnológico complexo e onde o ambiente é visto pelas próprias funcionárias como um lugar pouco acolhedor e estressante. Após delinear e problematizar nossa temática, traçamos os objetivos. A partir desse momento, fomos em busca de referenciais que nos direcionassem o caminho, que constituiu um momento de muitas dúvidas e desafios para a pesquisadora.

Para *vir-a-conhecer*, buscamos como condição essencial a autopercepção, por meio da introspecção, na literatura e nas artes, na sensibilidade e disponibilidade para fundamentar na vivência dialógica a compreensão da realidade experienciada pelas enfermeiras atuantes na Unidade de Internação Neonatal.

A temática é por nós considerada de extrema relevância, pois nos leva a refletir sobre a qualidade da prática assistencial de Enfermagem, assim como sobre o cuidado humano dispensado às enfermeiras e aos bebês em UIN. Direcionamo-nos pela Teoria Humanística de Enfermagem, de Paterson e Zderad (1976), com ênfase no Processo da Enfermagem fenomenológica. Com a proposta elaborada, o projeto percorreu os trâmites legal, de aprovação na qualificação pelo Programa de Pós-Graduação e, também, pelo Comitê de Ética da Instituição onde se desenvolveria a pesquisa.

Para que os sentimentos das enfermeiras fossem desvelados, buscamos a comunicação por meio do diálogo, da relação “Eu-Tu”, que não poderia ter sido

conduzido. Desse modo, buscamos desenvolvê-lo naturalmente, com disponibilidade para *estar-com*.

Passamos então à etapa da execução, e, nesta, o estudo teve continuidade centrado no estabelecimento de relações humanas empáticas entre pesquisadora e enfermeiras. Era preciso percebermos, em suas faces, em seus posicionamentos e em seus discursos, principalmente nos não verbalizados por elas, o que os compunha nas entrelinhas, assim como as nuances influenciadoras do ser e do fazer em UIN.

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos na pesquisa, utilizamos, na coleta dos dados, a interação com o grupo durante as exposições teóricas e a observação participante da prática da enfermeira e do ambiente da unidade e estratégias como a utilização de um diário de campo e o uso de filmadora e gravador.

As reuniões, como primeira técnica aplicada ao grupo do estudo, constituíram parte importante para a obtenção dos dados verbalizados pelas enfermeiras componentes da pesquisa. A partir dos registros das falas e das filmagens das emoções perpassadas pelas expressões das enfermeiras, nos foi possível compor as temáticas, em que o foco da interação estava centrado na realidade pessoal e profissional em pauta, nos modos de vida, valores do *ser enfermeira*, bem como de que maneira esses valores influenciavam sua prática de ser e de cuidar, num cenário no qual os pacientes são instáveis nas condições hemodinâmicas, e onde a morbimortalidade é alta e a tecnologia está intrinsecamente envolvida.

As temáticas extraídas das falas e das emoções, expressadas e capturadas pelas filmagens das participantes durante as reuniões e, após reflexões das exposições teóricas desenvolvidas pelo grupo, foram: *desmotivação, cuidado, ambiente, relacionamento interpessoal*. Da temática desmotivação, emergiram as subtemáticas *cansaço físico e mental, o re-trabalho na UIN, falta de perspectiva para mudanças, autoconhecimento*; da temática cuidado, as subtemáticas foram *autocuidado e cuidado ao bebê*; da temática ambiente, emergiram as subtemáticas *o ambiente da UIN e os sentimentos da enfermeira ao atuar no ambiente da UIN*; da

temática relacionamento interpessoal, a subtemática foi *relacionamento com a equipe interdisciplinar da UIN*.

A observação participante foi escolhida como técnica de coleta de dados da pesquisa por constituir momento de relevância na percepção dos sentimentos das enfermeiras ao realizarem sua práxis, trazendo-nos respostas comportamentais dessas em relação ao cuidar de bebês de risco. O instrumento nos permitiu identificar e estar junto da enfermeira e observar os sentimentos envolvidos no momento da sua assistência, o uso da comunicação como forma de cuidado e de interação das relações interpessoais entre cuidador, ser cuidado e a equipe multiprofissional.

A Unidade de Internação Neonatal e todo o seu cenário, sua dinâmica, ruídos excessivos decorrentes do aparato tecnológico utilizado nos cuidados e tratamentos, estrutura, profissionais que lá trabalham, com a finalidade de restabelecer a saúde daqueles que estão carentes de cuidados, tudo isso foi objeto de registro no diário de campo, como também a maneira de desempenhar a prática de Enfermagem, ofertada pelas enfermeiras que lá atuam. Foi-nos possível observar e registrar, a distância, passo a passo, todo o desfilar do manuseio de aparelhagem, técnicas e procedimentos, assim como a forma de interação, integração e comunicação dispensados aos recém-nascidos e à sua família pelas profissionais, *per se*.

Registramos, até mesmo, a ausência de um toque ou de um olhar, em ocasiões em que se fazia necessário algum desses aparentemente pequenos, mas em sua significação, grandiosos gestos de cuidado mais humano. A nosso ver, os anseios, dúvidas, conflitos, insatisfações e esperanças em uma mudança de paradigma de trabalho são situações que influenciam a prática das enfermeiras.

Descobrimos ao longo do estudo, por meio de observações e do encontro *genuíno*, que o cotidiano da prática de Enfermagem na UIN influencia o *bem-estar* dessas enfermeiras, e que se faz necessário que estas profissionais trabalhem para um *estar-melhor* e vivenciem um cuidado mais humano, nesse dia-a-dia tão atribulado e repleto de tarefas, centradas no fazer técnico.

Poderia ser uma perspectiva para ultrapassar o cumprimento de plantões com carga horária exaustiva, para a compreensão de “ser” muito mais do que a do fazer, aquela profissional que está sempre junto, consciente de si mesma, num

cenário de incertezas, estresses e angústias, com vistas à criação de caminhos que motivem o alcance de formas diferenciadas do fazer.

Ao realizar os cuidados de Enfermagem, as participantes do estudo pareciam não refletir sobre alguns aspectos destacados neste trabalho, porém o ato de agir, fazer e realizar as caracterizava em relação aos valores expostos nas interações e praticados pelo ser profissional naquele momento. Entendemos que o toque, a comunicação, o olhar e o ouvir podem também contribuir para a melhoria do estado d'alma das enfermeiras, do autocuidado, da auto-aceitação, amenizando, por fim, os efeitos indesejados das vivências em UIN, favorecendo uma relação empática, com satisfação para quem trabalha nesses ambientes.

A experiência em grupo com as enfermeiras se revelou com um significado importante para nós. Foram momentos de descobrimento, de exercício da intersubjetividade, pois, à medida que interagíamos, aprendíamos a nos reconhecer como seres humanos e refletíamos sobre nossas maneiras de viver, ser e agir e, juntas, buscamos compreender o significado do *estar-melhor* no vivenciar o ambiente e o cuidar de bebês na UIN. Percebemos que algumas enfermeiras estão a buscar algo maior do que simplesmente a execução de uma assistência neonatal, mas, também, uma partilha, uma *comunhão* com o ser cuidado.

Em relação às atividades desenvolvidas na Unidade de Internação Neonatal, observamos que se trata de um dia-a-dia dinâmico e intenso. O período matutino é bastante tumultuado, principalmente pelo número de pessoas presentes nesse ambiente e também pela quantidade de atividades ocorridas nesse período. No tempo vespertino, o fluxo de pessoas é bem menor, com exceção do horário de visitas, que acontece nesta parte do dia. Ressaltamos que os visitantes permanecem em um corredor, do lado de fora da Unidade, mas, mesmo assim, causam certo frenesi ao ambiente a aos funcionários do setor.

Sobre o trabalho, aqui coletivo, as diferentes profissões compartilham o objeto de sua atenção – o bebê, tendo como finalidade a ação terapêutica de saúde. Na nossa opinião, o trabalho em equipe interdisciplinar não é somente um agrupamento de profissionais de áreas distintas, atuando coletivamente. Há de se ter articulação entre os profissionais, conexões entre saberes e intervenções

distintas, configurado como a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum ao conjunto de profissionais.

A enfermeira precisa assumir de forma holística os cuidados do RN mais grave. A modalidade de cuidados prestados pela enfermagem na UIN é o cuidado integral e inclui o cumprimento da prescrição médica e de Enfermagem. Os chamados "cuidados integrais" são uma modalidade de cuidados em que os trabalhadores da Enfermagem ficam responsáveis pelo atendimento integral ao paciente em seu turno de trabalho. Esse tipo de assistência, de certa maneira, rompe com a divisão por tarefas, pois possibilita uma visão mais global das necessidades de cada paciente, tornando o trabalho mais criativo.

Percebemos, então, que cada pessoa, numa relação com outras, cria um sistema complexo de comunicação, e este se estabelece com seu discurso ou com seu silêncio, mas também com seu gesto, seu odor, suas mímicas, seus hábitos, vestuários, que são outros códigos, enigmas a resolver.

A Enfermagem humanista preocupa-se, fundamentalmente, com as experiências fenomenológicas dos indivíduos, com a exploração da realidade, do cotidiano, e das experiências humanas. As raízes desta teoria encontram-se fundidas com o pensamento existencial e abordagem filosófica, e têm por objetivo a compreensão da vida dos seres humanos. Portanto, o indivíduo é dotado da liberdade de escolha e seu destino não se dá por obra do acaso, mas em consonância com decisões voluntárias, nas quais cada ato praticado cerca-se de importância pessoalmente relevante.

Tentamos compreender as relações entre o discurso e a existência, o meio, a ambiência que rodeia a pessoa de cada enfermeira. Compreendemo-las e as escutamos com nossos ouvidos, mas também com nossos olhos, para, assim, nos apercebermos das manifestações imperceptíveis da linguagem das emoções.

Percebemos todas as enfermeiras que participaram do grupo como pessoas diferentes; tiveram experiências e vivências muito próprias, o que determinou sua singularidade. As diferenças, porém, não são sinônimas de barreira, mas devem, isto sim, ser conhecidas, respeitadas e aproveitadas para a produtividade e enriquecimento do grupo.

Na qualidade de participantes desse grupo de enfermeiras, buscamos um cuidado com os juízos de valor e as apreciações que fazemos acerca do que elas dizem ou fazem. Os juízos de valor poderão transformar-se em preconceitos bloqueadores da relação porque estas pessoas serão sempre vistas em função deles. Acreditamos que o caminho escolhido promoveu o diálogo e a relação interpessoal. Percebemos que a diversidade e as diferenças entre as enfermeiras constituem uma riqueza que é necessária tornar fecunda por meio da complementaridade de todas as participantes do grupo.

Pudemos abstrair como se processaram os encontros entre as enfermeiras, a equipe interdisciplinar e o bebê, no cotidiano da UIN. Em tese, nesta fase da trajetória, se inicia o processo de educação coletiva, de reencontro, de reestruturação do cuidar.

Para nós, a educação deve ser permanente, pelo que cabe ao educador, ao assumir um compromisso verdadeiro com a realidade e com os homens concretos que nela estão inseridos. Tal compromisso existe quando há um engajamento dos envolvidos com a realidade, transformando-a com solidariedade e humanização.

O processo educativo, no seu foco terapêutico, favorece o enfrentamento de situações de estresse e crise, proporcionando um viver mais saudável nas etapas da vida. Para nós, o processo educativo das enfermeiras constitui um foco terapêutico relevante, tendo em vista os momentos por elas vivenciados nos encontros e em atuações diárias na UIN.

Na observação participante das enfermeiras na UIN, observamos uma atuação tecnicista, permeada por uma relação um tanto impessoal com os bebês e familiares. Buscamos urgentes formas de sensibilizar o grupo de enfermeiras, retirar o entorpecimento que as fazia se sentirem impotentes no resgate dos seus projetos, em modificar o ambiente interno e externo, fazendo com que entendam a premência em alçar vôo.

Conforme observamos, as dificuldades que inutilmente se apresentaram não inviabilizaram o propósito desse grupo de enfermeiras participantes da pesquisa em buscarem desempenhar com a devida competência e qualidade suas atividades

no cotidiano da UIN e manterem como meta a humanização de ser e do fazer em sua assistência, e, conseqüentemente, de toda a equipe de Enfermagem.

Portanto, com base no revelado neste estudo, em face da realidade presenciada, compreendemos que a necessidade de buscar conhecimentos e o desejo de produzi-los lhes proporcionavam grande alento, o que era percebido por elas como impulso motivacional para as novas maneiras de cuidar e receber cuidado. Esta nova emoção, novo caminho que se descortinava, lhes propiciou mudanças no cotidiano, desenvolvimento de potencial para *vir-a-ser*, de *estar-melhor* na situação pessoal e de Enfermagem vivenciada.

Após findarmos o período de observação na UIN, passamos a comparecer, por iniciativa e solicitação do grupo, a encontros voltados à educação continuada. Fundamental é reconhecer que, hoje, posições rígidas apenas fossilizam o conhecimento. Por conseguinte, discutimos sobre as temáticas a serem desenvolvidas com a participação aberta para todas as enfermeiras da Unidade Neonatal. Permanecemos como ponto de apoio a estes encontros, mas ressaltamos a necessidade da divisão de responsabilidades, pois cada uma é co-partícipe na edificação do seu próprio conhecimento.

É importante nos reportar à urgência de adquirir conhecimentos para o desenvolvimento profissional. A busca de capacitação aumenta as responsabilidades para com o outro. Somos enfermeiras, portanto, educadoras por excelência, pelo que devemos participar e incentivar as mudanças indispensáveis para que o cuidado de Enfermagem dignifique o homem nas situações de saúde-doença. O enfermeiro/educador deve olhar o ensino de maneira renovada, consubstanciada em uma proposta nova, capaz de unir a Ciência, a Ética, a Política e a Estética, privilegiando o cuidado humanizado.

Para tanto, nós enfermeiras, interagindo numa mesma filosofia de trabalho, argumentando sobre atitudes éticas e também legais da profissão, e articulando esse conhecimento, certamente contribuiremos, significativamente, para a efetivação de novos paradigmas para o cuidado, particularmente em relação à assistência aos bebês e sua família na UIN.

Neste sentido, acreditamos que o olhar científico é fundamental para nossa atuação como enfermeira (pesquisadora), porém ele não pode estar sozinho, desvinculado do olhar intuitivo, preservando o caráter humano do cuidar. É na fusão de tais perspectivas que poderemos ampliar, compreender e respeitar a vivência de cada enfermeira na Unidade.

Portanto, após a identificação dos objetivos alcançados no cuidado, a enfermeira compreendeu os processos vivenciados. A enfermeira preocupou-se em *estar-com* o bebê, cuja meta de *bem-estar* ou *vir-a-ser* foi atingida pelo encontro e presença da enfermeira com o recém-nascido (chamado e resposta). A enfermeira buscou promover uma *relação dialógica*, um cuidado diferenciado, pois expandiu sua visão para além do visível e *comungou* com o outro suas vivências, estabelecendo a relação “Nós”.

Momentos assim foram demonstrados quando, por meio de discussões do grupo, embasada em literatura pertinente, a enfermeira percebeu a singularidade do seu paciente, em cuidados voltados a estratégias para a organização do bebê, promovida pela postura adequada e confortável durante procedimentos invasivos; preocupação quanto à prevenção de lesões de pele na colocação de adesivos para sonda orogástrica, cânulas, máscaras de fototerapia e sensores; favorecimento do ciclo dia/noite; necessidade de “descanso” do bebê entre procedimentos; compreensão da importância da presença materna durante os cuidados ao bebê; reconhecimento da enfermeira, pela equipe interdisciplinar, como profissional de saúde produtora de conhecimento.

Por meio do autoconhecimento, da sua forma de cuidar e do conhecimento do bebê como um ser holístico, a *relação dialógica* existiu. Este passo pôde ser efetuado quando a enfermeira, já conhecedora de suas virtudes e limitações, praticou um cuidado diferenciado, utilizando para isso conhecimento científico alcançado por leituras, educação continuada, qualificação profissional e conhecimento humano. Para isso, utilizou a percepção, o ouvir, o olhar, o toque carinhoso, palavras de acalanto, entre outros modos de interação com o bebê. Dessa forma, as diferenças foram esquecidas, e o respeito à pessoa do outro se tornou constante.

Por conseguinte, vislumbramos outro caminho a ser percorrido durante o desenrolar da atuação da enfermeira na UIN, o qual, decerto, é carente de medidas fortes e emancipatórias, e demandará das enfermeiras a devida bravura para transpor as tribulações advindas desta estrada.

Após a reestruturação da assistência, a enfermeira analisa as respostas (se satisfatórias ou não) do outro ao seu cuidado, agora mais acolhedor. Nesta fase, a preocupação da *enfermeira humanística* não é com o comportamento, mas com o *significado* da experiência para o outro. O relacionamento terapêutico estará presente, fazendo com que a enfermeira (por *estar-melhor*) acolha o bebê, demonstrando a verdadeira presença.

O processo vivencial, em que a enfermeira, por meio de uma assistência individualizada, avalia seu cuidado e cada recém-nascido, torna-se imprescindível à sua sensibilização, para que, com estratégias e conhecimentos científicos, favoreça uma atenção humanizada, na qual sua qualidade de vida esteja implícita ao planejar uma metodologia de assistência na qual o cuidado humano transcenda o tecnicismo.

Este passo advém da mudança de atitudes da enfermeira, das suas escolhas, pelo descobrimento do significado da sua vida pessoal e profissional, pela partilha de sentimentos. Para tal, se fazem urgentes conhecimento científico e fortalecimento emocional dessa enfermeira, para poder ser compreendida como ser composto de sentimentos, capaz de mesclar em sua rotina de trabalho tecnologia e carinho, repensar valores, a atuação profissional, e concluir que o processo da Enfermagem fenomenológica pode ser praticado no cotidiano da UIN, valorizando a relação humana afetiva.

O cuidado humanístico na UIN - a busca pelo *estar-melhor*, foi vivenciado quando percorremos as fases do processo da Enfermagem fenomenológica constante da Teoria Humanística, de Paterson e Zderad, quando coletivamente chegamos a um constructo: *Na enfermagem humanística, o interrelacionamento da teoria com a prática depende da experiência, concepção, participação e do ponto de vista particular de cada enfermeira, em relação às suas vivências no mundo e na Enfermagem. Concluimos que o processo da Enfermagem fenomenológica pode ser praticado no cotidiano da UIN.*

Em concordância a este pensamento, discorreremos sobre as fases da Enfermagem fenomenológica vivenciadas na UIN:

Preparação para vir-a-conhecer: Nesta fase as enfermeiras foram sensibilizadas para a busca ao autoconhecimento e auto-aceitação (seu conhecimento científico, seus valores, suas crenças), para o conhecimento do bebê (sua pessoa/sua patologia) e da forma como seu próprio estado físico e psicológico responde à vivência no ambiente estressor da UIN (*estar-bem*).

Conhecendo intuitivamente o outro: Pôde ser realizada quando da sensibilização das enfermeiras para a busca dos seus verdadeiros “sonhos”, projetos e limites físicos, emocionais e mentais (autopercepção e auto-aceitação), da sua motivação para querer modificar sua práxis e transformar seu ambiente de trabalho. Percorremos esta fase quando nos aproximamos das enfermeiras com o intuito de mantermos encontros nos quais pudéssemos adentrar seu “mundo”, por meio de estratégias para promoção de interação e comunicação, como dinâmicas, músicas e leituras reflexivas.

Buscamos, após interagirmos com as participantes, cuidá-las, fazê-las compreender nossa disponibilidade em permanecer-com, mas, também, de reavê-las do cotidiano entorpecedor dos sentimentos. Dialogamos sobre a necessidade de reagir, pois era o que necessitavam, naquele momento, caminhar em busca de seus anseios, promover uma melhor qualidade de vida, buscando mudanças interiores, uma melhor forma de atuar, de praticar Enfermagem.

Conhecendo cientificamente o outro: Ao estarmos com as enfermeiras na UIN, observamos o cuidado por elas desenvolvido e a assistência prestada ao bebê de risco. Refletimos sobre o conhecimento intuitivo e acerca do modo como as contemplamos agora, depois de interagirmos e refletirmos sobre os pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem. Ao observarmos as enfermeiras no cuidar de bebês, pudemos identificar algumas dificuldades vivenciadas por elas para a prática da verdadeira presença, provocadas pelo cansaço físico e mental causado pela dinâmica da unidade.

Síntese complementar das realidades conhecidas foi por nós vivenciada ao iniciarmos um período de afastamento do grupo de enfermeiras participantes,

para vislumbrarmos as imagens das suas falas, sentimentos e expressões filmadas durante as reuniões, para, assim, analisar e descobrir formas de caminharmos juntas em busca da nossa meta, permanecer na UIN, cuidar com singularidade do bebê, respeitando-o e respeitando-nos, diversificar nosso olhar e vivenciar plenamente nossas emoções – *estar-melhor*.

Na *sucessão de muitos para o único paradoxal*, o grupo pôde transpor esta fase do processo, ao compreender o significado da sua vivência na UIN, dos problemas, das carências, das dificuldades, sejam eles voltados ao bebê, ao ambiente ou a elas próprias. Estes problemas pareceram estar relacionados com seu esgotamento físico e mental, provocado pela carga horária excessiva, dupla carga horária, déficit de recursos humanos, ambiente de trabalho, multiplicidade de pacientes, conflitos de relacionamento com a equipe interdisciplinar, entre outros.

Estes, em nova análise, levam à identificação das necessidades básicas afetadas (enfermeira/bebê) e do grau de dependência tanto da enfermeira como do bebê em relação à assistência. Cabe à enfermeira, neste momento, buscar formas de reestruturar sua vida particular (autocuidado), no sentido de “repor” sua energia para desenvolver seu trabalho com motivação e qualidade.

Vivenciamos este passo nas discussões e reflexões sobre maneiras de buscar o autocuidado, lembrando o lazer preferido de cada uma das enfermeiras, priorizando-o, inserido no cotidiano das suas vidas, os momentos já esquecidos de prazer pessoal, do cuidar do corpo e da alma e a importância desses detalhes para a fortificação das competências pessoais e profissionais.

Portanto, os encontros rotineiros, nos quais os seres humanos trocam experiências, emoções, angústias e, em uma situação de Enfermagem, ainda existe a busca por ajuda e expectativa em ajudar. Em uma Unidade de Internação Neonatal, esta interação dialógica, esta busca por ajuda e expectativa de ajudar, ocorre em ambiente adverso, suplantado, algumas vezes, pela tecnologia.

Neste local de trabalho, vivemos um paradoxo, pois, inúmeras vezes, provocamos, e não percebemos, a dor para recuperar e manter a vida; apenas podemos cuidar de um bebê que não dá sinais de vida de perceber-se como pessoa, pois quase sempre não verbaliza seus sentimentos. Assim, neste ambiente,

não existe a relação de troca, em razão desta imobilidade e falta de diálogo entre enfermeira e bebê, levando-nos a pensar em mecanização dos nossos atos.

Ao pensar em Paterson e Zderad, junto com as enfermeiras da UIN, certificamo-nos de que é imprescindível, nas relações interpessoais, conhecer-se e conhecer o outro na sua individualidade, para estar aberto, receptivo e disponível para outra pessoa de modo recíproco e, dessa forma, poderemos agir com a equipe interdisciplinar, com o bebê e sua família de maneira humana e singular.

Interagir e extrair dos encontros grupais com as enfermeiras trechos dos diálogos compartilhados ressaltou para nós a importância de conhecimentos acerca do ser humano, da práxis humanística da Enfermagem, como também do valor do relacionamento interpessoal e da busca da essência de cada fala, de cada expressão corporal por elas demonstrada. Vivenciar o grupo traduz-se na relação “Nós”, a comunhão que representa a influência humanística da teoria.

Conhecer e interagir com as enfermeiras da UIN e compreender como se desenvolve desgaste físico-mental entre elas e vivenciar a aplicação da Teoria Humanística de Paterson e Zderad tornou-se um caminho para transformar este ambiente externo (UIN) e o ambiente interno (íntimo) das participantes em “ambiente humanizado”. Na relação dialógica, a outra pessoa é vista como ser humano distinto e único em relação ao outro. Por meio da reflexão, do autoconhecimento, é possível humanizar e “ser” em uma relação “Eu-Tu”, mesmo numa adversidade de uma unidade especializada – a Unidade de Internação Neonatal.

O processo de interação e de comunicação deixou de ser comum para caminhar em uma abordagem existencialista cujo método fenomenológico, ao desvelar o fenômeno, mostrou pessoas sensíveis e desejosas pelo saber, pelo conhecer-se a si mesmas e, ao contextualizar sua vivência, acreditamos que os momentos de interação favoreceram um *estar-melhor* para todas nós, à medida que procuramos vivenciar de forma *genuína* e autêntica estes encontros.

Torna-se, ainda, necessária uma discussão ampliando a temática, no sentido de despertar nas enfermeiras a consciência do seu papel, como pessoas que cuidam de si e de outro ser humano, com a possibilidade de abrir novos horizontes, que rumam para a autonomia do fazer e pensar no exercício da

enfermagem. Refletimos a urgência em nos educar, adquirir conhecimentos, como rota de reconstrução pessoal e profissional, como processo de dentro para fora e meio de emancipação.

No Diagrama 7, demonstramos que muitos projetos voltados à melhoria da qualidade assistencial foram alcançados após nossos encontros, entre eles: a formação de um grupo de estudos, com a participação das enfermeiras da UIN, grupo este aberto, no qual discutimos temas do nosso cotidiano; a formação de uma comissão de prevenção de lesões de pele do RN, cujo Manual foi divulgado em outubro deste ano, durante a I Jornada de Enfermagem em Neonatologia da MEAC; interação com membros da equipe interdisciplinar para desenvolvimento de projetos de pesquisa na UIN; maior participação e divulgação de pesquisas de enfermeiras da UIN em eventos científicos nacionais e internacionais; um número crescente de publicação de artigos científicos produzidos por enfermeiras da UIN, tendo nós como co-autora; e desenvolvimento de projeto de assistência diferenciada voltada para as mães de bebês da UIN.

Estamos ainda em fase de desenvolvimento de outros projetos, como: a implementação, em nossa vida diária, do autocuidado, por meio de exercícios físicos e higiene mental (lazer), seja pela leitura, passeios com amigos e/ou familiares e pelo desenvolvimento de atividades prazerosas, relaxantes. A disponibilidade para o outro, a melhoria do relacionamento interpessoal, está sendo exercitada quando nos colocamos à disposição para desenvolvermos temáticas, a pedido da equipe interdisciplinar.

Hoje reconhecemos que, à medida que refletimos sobre nós próprios e a respeito do mundo, aumenta nosso campo perceptivo. Por conseguinte, podemos ver a realidade de uma forma que antes não percebíamos, reconhecendo-a como um desafio a ser enfrentado e também uma oportunidade de melhorarmos como seres humanos. Os questionamentos sobre qual o melhor caminho a seguir, a adequação e aperfeiçoamento dos instrumentos utilizados na coleta de dados e o próprio período de coleta merecem destaque, visto terem sido desafiadores para a rotina e rituais que teríamos de cumprir.

Para nós, realizar este estudo com base no processo da Enfermagem fenomenológica foi um grande desafio pessoal e profissional, no qual dispensamos

dedicação intensa, centenas de horas de leitura, pesquisas, reflexões e emoções. Tivemos oportunidade, contudo, de repensar a caminhada assistencial e docente. Vivenciar em grupo é crescer junto e reaprender a praticar cuidado humano.

Aprendemos nesta caminhada a subir e descer. Acreditamos que, atingido o cume de uma montanha, teremos chegado ao limite do horizonte. Alçada ao pico do caminho, apercebemo-nos de que ele se estende para o fundo do vale. Atravessado o vale, novo caminho segue, monte acima, até o ponto em que será preciso descer para voltar a subir. E, depois, descer e subir e descer e subir e descer...

Neste entendimento, quando assistimos ao desânimo de tantas colegas, fazíamos com que vissem o quanto teriam para andar, o quanto deveriam acreditar na passada. Falávamos de *estar-com* elas em uma caminhada que não cessa. Falávamos da capacidade humana de superar tudo, tirando proveito dos sofrimentos, inerentes às dificuldades. Falávamos de resiliência.

Acreditamos que a tese tenha sido defendida, quando da compreensão da enfermeira do significado da sua experiência, do seu *estar-melhor* ao cuidar do RN em Unidade Neonatal, e que o estudo desenvolvido tenha alcançado os objetivos propostos. Nossa interação com as enfermeiras participantes foi a base desta certeza e um ponto a ser destacado. O comportamento das enfermeiras participantes da pesquisa está a se modificar e, em alguns momentos, já se modificou, conforme o estabelecimento das metas do grupo.

Ao analisarmos a prática da enfermeira na assistência ao recém-nascido, percebemos que o cuidado, por ser interativo e não desenvolvido por meios mecânicos, apresenta variedades nas suas expressões de cuidar. E, mesmo após aprimoramento do seu cuidado, com base nos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem, muitas vezes, as enfermeiras poderão não estabelecer o diálogo com o bebê. A nosso ver, 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. Por conseguinte, para poder atuar com bem-estar, segurança e qualidade no desenvolvimento das suas atividades, a enfermeira deverá construir conhecimentos sobre seu estado físico, psíquico e emocional; conhecer e respeitar a si e ao seu

paciente; buscar melhores condições de trabalho e espaço para discussão de situações vivenciadas no cotidiano, seja na busca pelo autocuidado, no cuidado ao bebê como à família e nas relações interprofissionais, buscar *estar – melhor*.

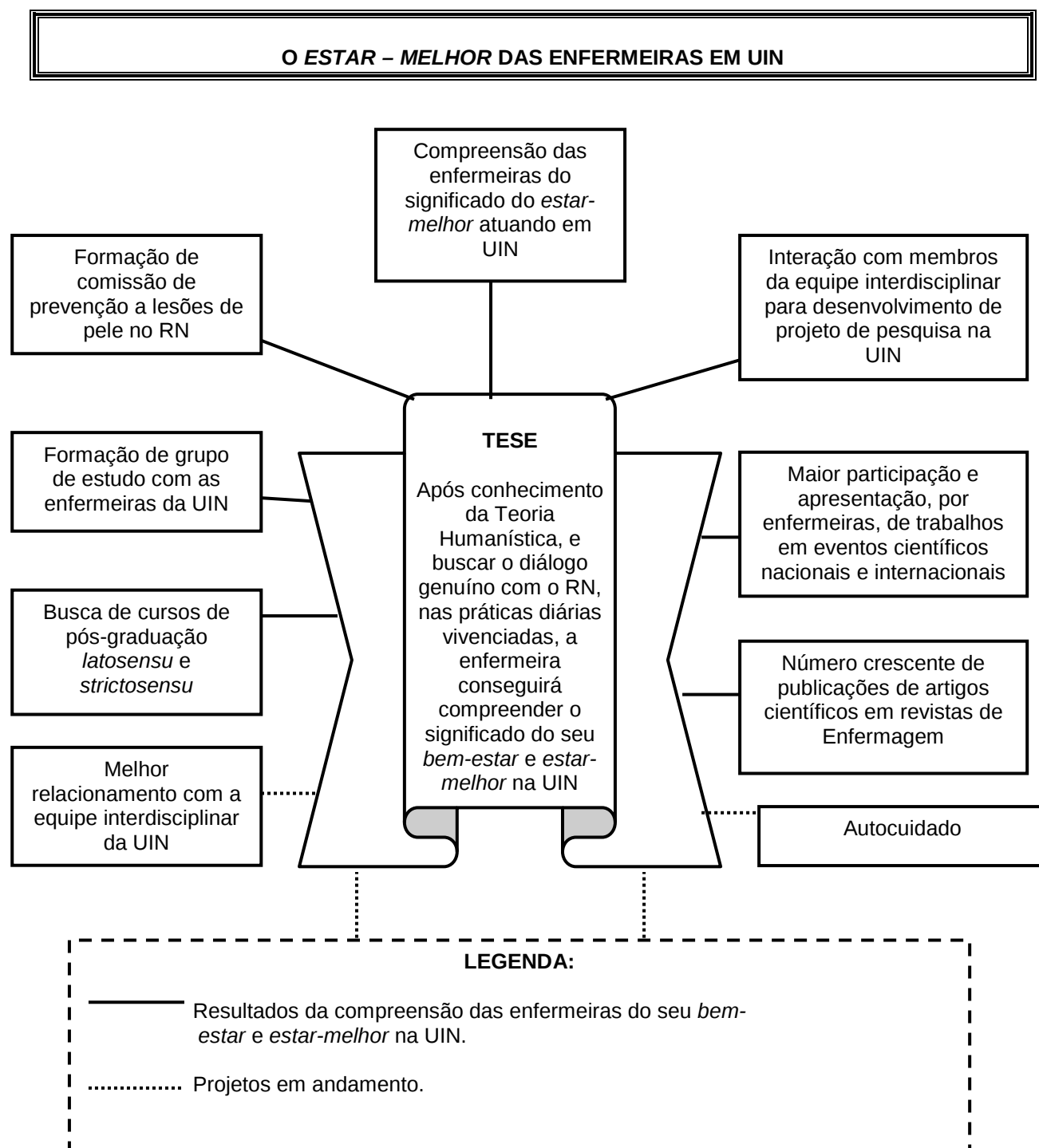
Não pretendemos aqui esgotar um tema de tanta importância, pois, no decorrer do estudo, fomos percebendo a complexidade de trabalhar um assunto que de certa forma desvelava a intimidade do ser humano, como profissional. Cada etapa vislumbrada na pesquisa se tornava um desafio e sua concretização nos trazia, ao mesmo tempo, satisfação e inspiração para novos projetos.

Após refletirmos sobre a Teoria Humanística e introjetarmos, também, sobre nossa prática profissional, reconhecemo-nos como pessoas vivenciando experiências surgidas no cotidiano de cada uma. Esta atitude traz segurança e tranquilidade para estimularmos as pessoas ao nosso redor a caminharem conosco.

Sugerimos às enfermeiras e serviços envolvidos com a educação continuada que utilizem instrumentos com vistas a preencher lacunas entre o conhecimento profissional, os sentimentos do cuidador e a demanda da prática, procurando o exercício da reflexão, para que as profissionais possam agir em situações de incerteza, instabilidade física e emocional e conflito de valores, tendo em vista garantir a qualidade da assistência – o seu *estar-melhor*.

Ao findarmos nosso trabalho compreendemos que, em nossa realidade, nosso *estar-melhor* advém das mudanças de atitudes, das nossas escolhas, do descobrimento do significado da vida pessoal e profissional e pela partilha de sentimentos. Devemos mesclar tecnologia e carinho em nossa práxis, repensar valores, constituir conhecimento científico e fortalecimento emocional. Desse modo, afirmamos, o processo da Enfermagem fenomenológica pode ser praticado no cotidiano da Unidade de Internação Neonatal.

DIAGRAMA 7 - Síntese dos Resultados





REFERÊNCIAS

[...] quando o espírito age livremente na vida, ele não é mais espírito 'em si' mas espírito no mundo, graças a seu poder de penetrar no mundo e transformá-lo.

Martin Buber (1979)

REFERÊNCIAS

- ABREU, W.C. **Saúde e doença e diversidade cultural**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. 240p.
- ADAM, E. **Ser enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. 220 p.
- ALBOM, M. **A última grande lição**. São Paulo: Sextante, 2000. 192p.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Art Med, 2005. 283 p.
- ALVES, D.B. Produção/reprodução do conhecimento no trabalho na enfermagem: o conhecimento como forma de estar no mundo. In: GARCIA, T.R; PAGLIUCA, L.M.F. **A construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de trabalhos. Fortaleza: René, 1998. 172 p.
- ANTUNES, A.V.; SANT'ANNA, I.R. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 49, n. 3, p. 425-434, 1996.
- ARAÚJO, M.A.L; PAGLIUCA, L.M.F. Análisis de contexto del concepto de ambiente en la teoría humanística de Paterson Y Zderad. **Index de Enfermeria**. Primavera-verano, 2005, ano XIV, n. 48-49.
- ARAÚJO, M.F.M.; ALMEIDA, M.I.A.; FRAGA, M.N.O.; DAMASCENO, M.M.C. Estratégias de divulgação das dissertações do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC. **Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí**, v.2, n.1, p.78-83, jan./jun. 1999.
- ASSAD, L.G.; VIANA, L.O. Saberes práticos na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n. 1, p.44-47, 2003.
- BALDWIN, J.D. **Behavior principles in every life**. Santa Bárbara: Universidade da Califórnia, 1986.
- 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**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.
- BARNUM, B.J.S. **Nursing theory, analysis, application, evaluation**. 5. ed. New York: Lippincott, 1998.
- BARROS, A.L.B.L.; HUMEREZ, D.C.; FAKIH, F.T. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiros: estudo preliminar. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.11, n.5, p.585-592, set./out. 2003.

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. et al. **Anamnese e exame físico**. Porto Alegre: Art Med, 2002. 272 p.

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

BELLATO, R.; CARVALHO, E.C. de. **Insignificâncias essenciais**: a busca pelo reencantamento no cotidiano hospitalar. Cuiabá (MT): EdUFMT, 2000. 147 p.

BELLATO, R.; PEREIRA, W.R. As potencialidades da enfermeira na gestão do cuidado em saúde. **Rev. Bras Enferm.**, Brasília (DF), v.56, n.1, p. 61- 66, 2003.

BERTONCELLO, K.C.G.; SAWADA, N.O. Comunicação não-verbal do paciente em centro de terapia intensiva coronariana submetido a intubação orotraqueal. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 7., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** São Paulo, 2000. p.19-23.

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

BOFF, L. **Ethos mundial**: um consenso mínimo entre os humanos. Rio de Janeiro: Sextante, 2003. 131 p.

_____. **Princípio de compaixão e cuidado**. Petrópolis: Vozes, 2000. 199 p.

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

BRAGA, N.; MORSCH, D. Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In: MOREIRA, M.E.L.; LOPES, J.M.A.; CARVALHO, M. de. (orgs). **O recém-nascido de alto risco**: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. 563 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método canguru. Brasília-DF, 2002. 281 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução 196/96**. Decreto nº. 93.933 de janeiro de 1987. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B.G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 324 p.

BRITO, R.S. et al. Avaliação e perspectiva dos cursos de pós-graduação. **Rev. Brasileira de Enferm.**, v.48, n.1, p.26-32, jan./mar. 1995.

BROUSE, S.H.; LAFFREY, S.C. Paterson and Zderad's humanistic nursing frame work. In: FITZPATRICK, J.J.; WHALL, A.L. **Conceptual models of nursing**: analysis and application. 2. ed. Califórnia: Appeton Lange. 1989.

BUBER, M. **Eu e tu**. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1974. 170 p.

BUENO, S. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Ediouro, 2004. 703 p.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1994. 145 p.

BUSNEL, M.C. **A linguagem dos bebês**. Sabemos escutá-los? São Paulo: Escuta, 1997. 178 p.

CAMPOS, A.C.S. **Comunicação com mães de neonatos sob fototerapia: pressupostos humanísticos**. 2005. 264f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

_____. **O significado de ser mãe de um recém-nascido sob fototerapia: uma abordagem humanística**. 2003. 154f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

CARDOSO, M.V.L.M.L. **O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais: do neonato ao toddler**. 2001. 163 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

CARDOSO, M.V.L.M.L.; LUCIO, I.M.L.; CAMPOS, A.C.S. Contribuição do estímulo visual para o recém-nascido de risco. **Rev. de Pediatria do Ceará**, v. 3, n.1, p.18-25, jan./abr. 2002.

CARDOSO, M.V.L.M.L.; PAGLIUCA, L.M.F. **Caminhos da luz: a deficiência visual e a família**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 95 p.

CARNEIRO, F.D.M. **Dinâmica grupal**. Conceituação, história, classificação, campos de aplicação. Trabalho Acadêmico – Fortaleza, 1998. 134 p.

CARRARO, T.E. **Resgatando Florence Nightingale: a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções**. 143 f. 1994. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, 1994.

_____. Tecnologia x humanização: da sua união as possibilidades de prevenção das infecções. **Texto & Contexto Enferm.**, v.9. n.1. p.42-62, jan./abr. 2000.

CARVALHO, M.M.M. **A enfermagem e o humanismo**. Braga: Lusociência, 1996. 243 p.

CARVALHO, R.M.A. **Cuidado-presença: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco**. Passo Fundo: UPF, 2001. 120 p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1991. 302 p.

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar**. Um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 1996. 153 p.

COLLET, N.; ROZENDO, C.A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56 n. 2, p. 189-192, 2003.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385 p.

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

COUTINHO, R.L.C. Perfil dos enfermeiros que atuam nas UTI's neonatais de maternidades escolas de referência na cidade de Fortaleza/CE. **Fortaleza. 2004, 43 f. Monografia (Especialização) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.**

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, S.F. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5. ed., Petrópolis: Vozes, 2002. cap.3, 145 p.

DAHMER, A.M.; LAROSSA, L.L.; ALVES, M.C.G.; THOFERHM, M.B.; LANGE, C. Humanização do cuidado de enfermagem aos clientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. In: SANTANA, M.G. da.; THOFERHN, M.B. (org). **(Re) significando a teoria e a prática de enfermagem**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária – UFPel, 2001. 310 p.

DEMO, P. **Avaliação sob o olhar propedêutico**. São Paulo: Papirus, 1996. 157 p.

_____. **Desafios modernos da educação**. Petrópolis: Vozes, 2002. 272 p.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D.B.; STACCIARINI, J.M.R. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.10, n.4, p.516-22, jul./ago. 2002.

FACHADA, M. **Psicologia das relações interpessoais**. 2. v. Lisboa: Rumo, 2000. 234 p.

FARIA, E.M. **O diálogo entre as intersubjetividades na saúde**. In: LEOPARDI, M.T. O processo de trabalho em saúde. **Florianópolis: ISBN, 1999. 176 p.**

FERNANDES, H.I.V.M. **Da competência em enfermagem pediátrica: contextos e saberes**. 156 f. 1999. Dissertação. (Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto, 1999.

FERNANDES, M.V; HADDAD, M.L.; GUARIENTE, M.H.M. **Enfermeiros de hospitais de ensino na prestação de serviços**. *Nursing*, v 5, n. 55, p.14 -17, 2002.

FISCHER et al. **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 11-22.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica del sujeto**. Madrid: La Piqueta, 1987. 235 p.

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

FRANCO, G.R.R.M. **A unidade de terapia intensiva: um estudo sobre a comunicação entre profissionais e pacientes**. 184 f. 1999. Dissertação. (Mestrado). Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 26. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003. 148 p.

FRITZEN, S.J. **Relações humanas interpessoais**: nas convivências grupais e comunitárias. São Paulo: Vozes, 2002. 147 p.

GÂNDARA, M.; LOPES, M.A. Os modelos de teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa. **Servir**, v.40, n.3, p. 115-127, 1993.

GARCIA, E.R.; NÓBREGA, M.M.L. da. **Sistemas de classificação da prática de enfermagem**: um trabalho coletivo. João Pessoa: ABEn- IDÉIA, 2000. 204 p.

GEORGE J.B. **Teorias de enfermagem** – fundamentos para a prática profissional. 4. ed. São Paulo: Art Med, 2000. 376 p.

GUIMARÃES, C.A.F. **A psicologia transpessoal**. Disponível em: <<http://geocities.yahoo.com.br/carlos.guimaraes/psicotrans.html>>. Acesso em: 4 jun. 2005.

GUSTAVO, A.S.; LIMA, M.A.D.S. Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em unidades especializadas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n.1, p.24-27, 2003.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 224p.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

HUF, D. D. **A face oculta do cuidar**. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002. 206 p.

HYCNER, R. **De pessoa a pessoa**: psicoterapia dialógica. São Paulo: Summus, 1995. 187 p.

JAKOBSON, R. **A comunicação verbal e não-verbal**. Disponível em: <<http://www.salves.com.br/virtua/comverbn-verb.html>>. Acesso em: 23 jun. 2005.

KÈROVAC, S. **El pensamiento enfermero**. Barcelona: MASSON S.A., 1996. 234 p.

KLAUS, M.; KLAUS, P. **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Art Med, 2001. 111 p.

KLAUS, M.H; KENNEL, J.H; KLAUS, P.H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Art Med, 2000. 125 p.

KLEIMAN, S. Josephine Paterson and Loretta Zderad: humanistic nursing theory with clinical applications. In: PARKER, M.E. **Nursing theories and nursing practice**. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.

KNAPP, M.L. **La comunicación no verbal**: el cuerpo y el entorno. Barcelona: Paidós, 1980.

KOIZUMI, M.S.; KAMIYAMA, Y.; FREITAS, L.A. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva – problemas sentidos, expectativas em relação à assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.13, n.2, p. 135-45, 1979.

LAROUSSE. **Dicionário da língua portuguesa**. Paris: Larousse: São Paulo: Ática, 2001. 1047 p.

LAUTERT, L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiros que trabalham em um hospital. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, v.20, n.2, p.50-54, jul. 1999.

LE BOTERF, G. **De la competence à la navigation professionnelle**. Paris: Editions d' Organization, 1997. 156 p.

LELOUP, J.Y. Cuidar do ser. **Filon e os terapeutas de Alexandria**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 150 p.

LE MOS, R.C.A.; ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Latino-am. Enferm.**, São Paulo, v.10,n.2, p.345-357, mar./abr., 2002.

LEOPARDI, M.T. Dorothea Orem. In: LEOPARDI, M.T. **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: Papa-Livro, 1999 a. 154 p.

_____. **O Processo de trabalho em saúde**. Organização e subjetividade. Florianópolis: ISBN, 1999 b. 176 p.

_____. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999 c. 158 p.

_____. Alguns aspectos da investigação qualitativa. In: LEOPARDI, M.T. (org.) **Metodologia da pesquisa em saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 342 p.

LIPP, M. **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto. 2000.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e atualização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p.

LOPES, C.H.A.F. **Assumindo o cuidar**: a enfermeira vivenciando o processo de cuidar e sendo cuidadora do paciente em nutrição parenteral. 2002. Tese. (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

LOPES, M.J.M. A singularidade de um saber – fazer técnico e relacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50., 1998. **Anais...** Salvador, 1998. p. 66-73.

LÓPEZ, J.P.; ALONSO, C.R.P.; SILLO, M.A.; PUMAREGA, M.T.M.; CASTRO, F.B.; MAESTRO, M.L.; CARBONERO, S.C.; BÉRTOLO, J. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. **An Pediatr (Barc)** v.4, n.2, p.132-139, 2006. Disponível em: <<http://www.doyma.es/el.html>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

LUNARDI, V.L.; LUNARDI FILHO, W.D.; SILVEIRA, R.S.; SOARES, N.V.; LIPINSKI, J.M. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática da saúde. **Rev. Latino-am. Enferm.**, 12(6), p.933-939, nov./dez. 2004.

MAIA, S.C. **Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na unidade de terapia intensiva:** proposta para minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho. 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos da metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 143 p.

MARRINER, A. **Modelos y teorías de enfermería.** Barcelona: Rol, 1989.

MARTINO, M.M.F; MISKO, M.D. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. **Rev. Esc. Enferm., USP**, v. 38, n. 2, p.161-7, 2004.

MATURANA, H; REZEPA, S.N. **Formação humana e capacitação.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 235 p.

MELEIS, A.L. **Theoretical nursing:** development and progress. 3. ed. New York: Lippincott Company, 1997.

MENDES, G.R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo (SP): Hucitec, 1994.

MENDES, I.A.C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem.** São Paulo: Sarvier, 1994.

MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A.; NOGUEIRA, M.S.; HAYASHIDA, M. Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem: o caso de uma adolescente hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.1, p. 7-13, jan./mar. 2000.

MEZZOMO, A.A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar:** uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003. 410 p.

MIATO, K. **Rosas e perfumes.** Disponível em: <<http://www.arelíquia.com.br/Artigos/%20Anteriores/64MPerfum.htm>>. Acesso em: 30 maio 2005.

MILITÃO, A.; MILITÃO, R. **Só coisas boas.** Fortaleza: Rabôni, 2002. 90 p.

_____. **SOS Dinâmica de grupo.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999. 176 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004. 270 p.

MINUCCI, A. **Relações humanas:** psicologia das relações interpessoais. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000. 146 p.

MIRANDA, A.F. **Estresse ocupacional:** inimigo invisível do enfermeiro? 1998. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1998.

MIRANDA, A.C.S. **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.

MOREIRA, M.E.L.; BOMFIM, O.L. Manuseio da dor no recém-nascido. In: MOREIRA, M.E.L.; LOPES, J.M.A.; CARVALHO, M. de. (orgs). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. 563 p.

MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. 350 p.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. **São Paulo: Cortez, 2004. 118 p.**

MUNIZ, R.M.; SANTANA, M.G.; SERQUEIRA, H.C.H. O cuidado de enfermagem ao ser humano adulto jovem, portador de doença crônica, à luz da teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v.9, n.2, p.158-168, maio/ago. 2000.

NEFF, T.J; CITRIN, J.M. **Lições de sucesso**. São Paulo: Negócio Ed., 2000, 221 p.

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2000. 358p.

OLIVA, A. Filosofia da ciência. **Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 223 p.**

OLIVEIRA, M.E. de: BRÜGGEMAN, O.M.; FENILLI, R.M. A teoria humanística de Paterson e Zderad. In: OLIVEIRA, M.E. de: BRÜGGEMAN, O.M.(org.). **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. p. 11-33.

OLIVEIRA, M.E. de. 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.

PADILHA, K.G.; KIMURA, M. Aspectos éticos da prática de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Sobeti, v.1, n.1, p. 8-11, mar.2000.**

PAFARO, R.C; MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.38, n.2, p.152-60, 2004.

PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. **Enfermería humanística**. México: Limusa, 1979. 118 p.

_____. **Humanistic nursing**. New York (NY): National League for Nursing, 1988. 129 p.

PAULA, A.A.D.; CARVALHO, E.C. Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.5 n.3. p.35-42, jul. 1997.

PEASE, A. **El lenguaje del cuerpo**. Barcelona: Paidós, 1989. 157 p.

PEREIRA, W.R.; SILVA, G.B. **Tão longe, tão perto**: mulher, trabalho, afetividade e poder. Cuiabá: EdUFMT, 1999. 234 p.

PERRENOUD, P.; PAQUAY, L.; ALTET, M.; CHARLIER, E. **Formando professores profissionais**. Quais estratégias? Quais competências? Porto Alegre (RS): Art Med, 2001.

PINHEIRO, M. **Psicoterapia**. Disponível em: <<http://www.marcelomarcia.na-web.net/psicoterapia.html>>. Acesso em: 10 jun. 2005.

PIRES, D.P. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. (org). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 25-49.

PITTA, A. Saúde mental e trabalho: a saúde de quem trabalha em saúde. **J Bras. Psiq.**, v. 41, n.1, p. 43-50, 1994.

POLAK Y.N.S. O corpo como mediador na relação homem/mundo. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 6, n.3, p.29-43, set./dez. 1997.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Art Med, 2004. 485 p.

PRAEGER, S.G.; HOGARTH, C.R.; JOSEPHINE, E.; PATERSON, J.G.; ZDERAD, L.T. In: GEORGE, J. **Teorias de enfermagem**. Os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 17, p. 241-251.

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

RIBEIRO, L.F. **Cuidar e tratar** – formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Lisboa: Educaformação. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995. 154 p.

RISPAIL, D. **Mieux se connaître pour mieux soigner**: une approche du développement personnel en soins infirmiers. Paris: Masson, 2003. 324 p.

RODRIGUES, A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

RODRIGUES, M.S.P.; GUEDES, S.E.H.; SILVA, R.M.; ROLIM, K.M.C. Avaliação: sentido e complexidade. **Revista Avaliação**, Campinas, v.8, n.4, p. 207- 219, 2003.

ROGERS, C.R. **Grupos de encontro**. 7. ed. São Paulo, 1994. 165p.

_____. **La relation d'aide et la psychothérapie**. Paris: ESF, 1980. 257 p.

ROGERS, C.R.; ROETHLISBERGER, F.J. Barreiras e portas para a comunicação. In: ROGERS, C.R.; ROETHLISBERGER, F.J. **Comunicação eficaz na empresa**. 1999. p. 31-42.

ROLIM, K.M.C. **A enfermagem e o recém-nascido de risco**: refletindo sobre a atenção humanizada. 2003. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

ROLIM, K.M.C.; OLIVEIRA, M.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Combate ao estresse na unidade de internação neonatal: uma experiência grupal. **Rev. Rene**, v.4, n.1, p. 101-08, jan./jun. 2003.

ROLIM, K.M.C.; BEZERRA, M.G.A.; MOREIRA, V.T.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; RODRIGUES, M.S.P. Pós-graduação e seus impactos na vida do profissional. **Rev. Rene**, v.4, n.1, p. 63-70, jan./jun. 2003.

ROLIM, K.M.C.; CAMPOS, A.C.S.; OLIVEIRA, M.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Sensibilizando a equipe de enfermagem quanto ao binômio mãe-filho. **Enfermagem Atual**, v.4, n.21, p.30-33, maio/jun. 2004.

ROLIM, K.M.C.; BEZERRA, M.G.A.; MOREIRA, V.T.; CARDOSO, M.V.L.M.L. O perfil dos egressos de um programa de pós-graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery Rev. de Enferm.**, v.8, n.3, p. 455-463, dez. 2004.

ROLIM, K.M.C.; PAGLIUCA, L. M.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.13, n.3, p. 432-440, jun./jul. 2005.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 4, n.1, p. 85-92, jan./fev. 2006.

RUGOLO, L.M.S.S. **Manual de neonatologia**. 2. ed. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Neonatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 532 p.

SANTOS, Z.M.S.; SILVA, R.M. **Hipertensão arterial**. Modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: LCR, 2002. 94 p.

SENA, C.A.; MATSUDA, L.M.; CARVALHO, E.C.C.; ÉVORA, Y.D.M. O processo de comunicação da satisfação da equipe de enfermagem na atividade de punção venosa periférica. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 7., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** São Paulo, 2000. p. 105-109.

SERRANO, D.P. **A Teoria de Maslow** - A hierarquia das necessidades. Disponível em: <<http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/maslow.htm>>. Acesso em: 6 jun. 2005.

SHÖN, D.A. **El profesional reflexivo**. Como piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona: Paidós, 1998. 203 p.

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

SIDEKUM, A. **A intersubjetividade em Martin Buber**. Porto Alegre: EST/UCS, 1979.

SILVA, M.J.P. da. **O amor é o caminho**: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente, 2000. 155 p.

_____. Percebendo o ser humano além da doença – o não-verbal detectado pelo enfermeiro. **Nursing**, v.41, n.4, p.14-20, 2001.

_____. **Comunicação tem remédio** - a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996. 133 p.

_____. Qual a mensagem que quero transmitir quando cuido? **Rev. Soc. Bras. Cancerologia**, v.2, n.8, p.3- 8, 1999.

_____. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: CINTRA, E. A; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.1-11.

SILVA, M.J.P.; DOBBRO, E.R.L. Reflexões sobre a importância da mente na recuperação do paciente em coma. **O Mundo da Saúde**, v.24, n.4, p.249-54, 2000.

SILVEIRA, I.P. **Partejar**: a enfermeira e a humanização do cuidado de enfermagem. 2003. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SOARES, M.C.; SANTANA, M.G.; SIQUEIRA, H.C.H. O cuidado de enfermagem no cotidiano das (os) enfermeiras (os) autônomas (os), à luz de alguns conceitos da teoria humanística de Paterson e Zderad. **Texto & Contexto Enferm.**, v.9, n.2, p.106-117, maio/ago. 2000.

SOUSA, L.N.A.; PADILHA, M.I.C.S. A humanização na UTI – um caminho em construção. **Texto & Contexto Enferm.**, v.9, n.2, p. 324-335, maio/ago. 2000.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente**: teoria e ensino. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C, de.; ARANTES, E.C. Comunicação e enfermagem. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.de. (org). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. 156 p.

TAVARES, C.M.M. Saberes práticos na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n.1, p.44-47, 2003.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

VALERIANO, M.J. Os enfermeiros e as representações de enfermagem. **Servir**. v. 41, n. 4, p. 171-176, 1993.

VÉLEZ, B.G.A.V. Análise de exigências cognitivas das atividades do trabalhador de enfermagem. 192 f. 1994. **Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.**

VICTORIA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HANSSEN, M.N.A. **A pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VIEIRA, L.J.E.S. **Julgar e compreender**: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada. 2001. 174 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

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

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.10, n.2, p.137-44, mar./abr. 2002.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano** – o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998. 247 p.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**. As relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004. 237 p.

WALL, M.L. **Tecnologias educativas**: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB, 2001.

WEIL, P.; TOMPAKOW, R. **O corpo fala** – a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. Petrópolis: Vozes, 2004. 288 p.

WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB Editora, 2001. 157 p.

ZAMPIERI, M.E. O processo educativo: interpretando o som da humanização. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, M.F.M.; BRUGGMANN, O.M. **A melodia da humanização**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

ZIMERMAN, D. E; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZINN, G.R.G.R.; SILVA, M. J. P.; TELLES. S.C.R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev. Latino-am. Enferm.**, n.3, p.326-332, maio/jun. 2003.



APÊNDICES

O cuidado humanístico valoriza a relação humana efetiva, e a congregação das ferramentas usadas demonstra o conjunto de atividades desenvolvidas pela enfermeira de forma relacional, compartilhada e humana.

Cardoso (2001)

APÊNDICE A

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

**PESQUISA: O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO
RISCO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL**

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

- 1) Idade: ____ (em anos)
- 2) Estado civil: _____
- 3) Ano de conclusão do Curso de Enfermagem: _____
- 4) Tempo de trabalho na instituição: _____ Carga horária semanal: _____
- 5) Curso de pós-graduação: () sim não ()
Caso afirmativo, qual (is): () especialização () mestrado () doutorado
- 6) Que dificuldades você enfrenta na realização diária das suas atividades profissionais?
() sobrecarga de trabalho
() falta de cursos ou treinamentos de educação continuada
() má remuneração
() falta de recursos humanos
() falta de recursos materiais
() não se sente feliz com o que faz
() falta de reconhecimento, desmotivação profissional
() relacionamento deficiente com a equipe de trabalho
() desvio de função
() não tenho dificuldades na realização das atividades profissionais
() outros: _____

Pesquisadora: Karla Maria Carneiro Rolim
End: Rua Silva Paulet, 1854 – Aptº 304/bl A
Bairro: Aldeota. CEP: 60.120.021
Fone: 32614935. E-mail: karla.rolim@uol.com.br

APÊNDICE B

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

PESQUISA: O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO
RISCO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL

INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO

Data: __/__/__

- 1) Observar o ambiente da UIN, se está tranquilo, barulhento, bastante iluminado, se tem poucos bebês internados ou está superlotado.
- 2) Percepção da enfermeira quanto ao planejamento do cuidado ao RN, se ela aparenta calma, segurança, tranquilidade, se parece angustiada ou cansada.
- 3) Observação da enfermeira quanto ao modo de aproximação e do toque no RN.
- 4) Observar interação da enfermeira com a mãe e/ou familiares do RN, se está atenta, se aparenta disponibilidade para ouvi-la, orientá-la.
- 5) Observar se a enfermeira aproxima-se da incubadora sempre que os monitores estiverem alarmando.
- 6) Observar o relacionamento entre a enfermeira e demais profissionais na UIN.
- 7) Observar se a enfermeira orienta, com embasamento científico, os procedimentos a serem realizados pela equipe de enfermagem.
- 8) Observar se a enfermeira aparenta *bem-estar* no desenvolvimento de suas atividades. Ela sorri, cantarola, anda devagar, escreve com calma, toca o bebê com carinho, interage com as pessoas ao redor, reclama com calma, fala com um tom de voz baixo, a enfermeira está bem vestida, cabelos arrumados?

Pesquisadora: Karla Maria Carneiro Rolim
End: Rua Silva Paulet, 1854 – Aptº 304/bl A
Bairro: Aldeota. CEP: 60.120.021
Fone: 32614935. E-mail: karla.rolim@uol.com.br

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-DOUTORADO
PESQUISA: O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO
RISCO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara enfermeira:

Sou enfermeira e aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada "o cuidado de enfermagem ao recém-nascido de alto risco na unidade de internação neonatal", que tem por objetivo compreender o cuidado de enfermagem ao recém-nascido de alto risco internado na Unidade de Internação Neonatal utilizando a Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. Para tanto, solicito sua valiosa colaboração participando deste estudo, por meio de uma entrevista e o preenchimento de um formulário com as respostas que você me oferecer. Esta entrevista dura em média 15 minutos. Os dados produzidos na pesquisa serão catalogados com uso de gravador e filmadora, quando serão registradas percepções acerca das emoções e nuances de sua assistência. Os registros das observações dos cuidados serão feitos em diário de campo, como um instrumento em forma de narrativa, no qual descreverei de uma maneira clara a interação empática da enfermeira com o bebê e/ou sua família.

Informo ainda que: você tem o direito de não participar desta pesquisa, ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo, e que será mantido o anonimato quanto aos dados coletados e a privacidade das entrevistadas. Solicito também sua autorização para apresentar o referido estudo em futuros eventos científicos, ou publicar em periódicos ou similar. Vale ressaltar que esta investigação subsidiará um novo repensar direcionado à valorização das enfermeiras assistenciais no cuidar de recém-nascidos de alto risco.

Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento nos telefones 32614935/99947142. Informo também o telefone do Comitê de Ética (COMEPE) 40098338. Em face destes motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Atenciosamente,

Enfa. MS Karla Maria Carneiro Rolim

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM-FFOE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-DOUTORADO
PESQUISA: O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO NA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____, Identidade nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado, realizado pela enfermeira, compreendi seus objetivos, concordo em participar da pesquisa e declaro que aceito colaborar com a entrevista.

Fortaleza, _____ de _____ de 2005.

Participante do estudo
Assinatura ou impressão digital

Pesquisador responsável

Testemunha

Pesquisadora: Karla Maria Carneiro Rolim
End: Rua Silva Paulet, 1854 – Aptº 304/bl A
Bairro: Aldeota. CEP: 60.120.021
Fone: 32614935. E-mail: karla.rolim@uol.com.br

APÊNDICE E

PROCESSO DA ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL – CUIDADO HUMANÍSTICO

1ª FASE: *Preparação para vir-a-conhecer.* Na busca pelo autoconhecimento (*vir-a-conhecer*), a enfermeira poderá sensibilizar-se por meio de leituras e reflexões de textos e obras literárias e científicas que a levem à autopercepção, ao seu próprio conhecimento dos seus limites físicos e mentais; a valorização de si (auto-aceitação).

2ª FASE: *Conhecendo o outro intuitivamente.* Sensibilizada de si, a enfermeira passará, então, a buscar por meio de uma relação intuitiva o outro (bebê), poderá interagir por meio de um *encontro genuíno* com o recém-nascido, estabelecendo a relação “*Eu-Tu*”. A investigação se revestirá de uma comparação, classificação e a busca por temas nos relacionamentos entre as partes (enfermeira/bebê; enfermeira/ambiente interno/ambiente externo). Aqui, a enfermeira, por *estar-bem*, interpretará e categorizará seus dados, acrescentando o conhecimento adquirido nas relações “*Eu-Tu*” e “*Eu-Isso*”.

3ª FASE: *Conhecendo cientificamente o outro.* Quando, então, a enfermeira já sensibilizada, percebe o outro (bebê) e após ouvir e decodificar o seu chamado, responde-o, não antes de analisá-lo e contrastá-lo, relacionando-o com o ambiente interno (pensamentos, valores, emoções, visão da realidade da enfermeira) e o ambiente externo (dinâmica da UIN).

4ª FASE: *Síntese complementar do conhecimento do outro.* Nesta fase a enfermeira examina seus dados (seus sentimentos/seu cuidado/bebê/ambiente) com conhecimento científico e subjetivo, sintetizando-os e comparando-os com as múltiplas realidades conhecidas e vivenciadas, sintetizando-as em uma visão mais ampla. Compreende, assim, a singularidade do bebê, respeitando-o durante o processo cuidativo. Objetiva com esta atitude sentir-se bem, realizando seu trabalho – busca o seu *estar-melhor* atuando na UIN.

5ª FASE: *A sucessão de muitos para o único paradoxal.* Neste momento o ser enfermeira compreenderá a si própria e o ser cuidado como pessoa (o recém-nascido/a família), aceitando-o, buscando compreendê-lo - *estar-com*, e ao significado da experiência que ambos (enfermeira/bebê) vivenciam, identificando objetivos comuns, a plena recuperação do bebê e a satisfação da enfermeira em cuidá-lo para que esta meta seja alcançada. Neste momento a *relação dialógica* estará estabelecida quando a enfermeira promove um cuidado diferenciado, e *comungará* com o outro (bebê) suas vivências, estabelecendo a relação “Nós”.

CONSTRUCTO

Após a reestruturação da assistência, a enfermeira analisa *as respostas* (se satisfatórias ou não), do outro ao seu cuidado, agora mais acolhedor. Agora a preocupação da *enfermeira humanística* não é com o comportamento, mas com o *significado* da experiência para o outro. O relacionamento terapêutico estará presente fazendo com que a enfermeira (por *estar-melhor*) acolha o bebê, demonstrando a verdadeira presença.



ANEXOS

A Teoria Humanística é uma filosofia e uma metodologia que pretende melhorar não somente a qualidade do cuidado, mas também a qualidade de vida da enfermeira.

Meleis (1985)

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA - SISNEP

ANEXO B

COMITÊ DE ÉTICA - NESAR