

BEATRIZ SCHUMACHER

**PASSOS, COMPASSOS E DESCOMPASSOS DE UM
PROCESSO CUIDATIVO COM RECÉM-NASCIDO E PESSOA
SIGNIFICATIVA EM UTI**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Assistência de Enfermagem –
Programa de Pós-Graduação – PEN /UFSC,
para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo

FLORIANÓPOLIS

Set / 2000

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
DISSERTAÇÃO

**PASSOS, COMPASSOS E DESCOMPASSOS DE UM PROCESSO
CUIDATIVO COM O RECÉM-NASCIDO E PESSOA SIGNIFICATIVA
EM UTI**

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

por

BEATRIZ SCHUMACHER

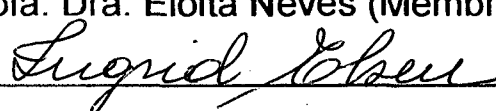
Aprovada em 21 de Setembro de 2000.



Profa. Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo (Presidente - Orientadora)



Profa. Dra. Eloita Neves (Membro)



Profa. Dra. Ingrid Elsen (Membro)



Doutoranda Coleta Rinaldi Althof (Membro)

Profa. Dra. Rosane Nietzsche (Suplente)

A todos os recém-nascidos, que não podem ficar no colo daqueles que amam, este trabalho é um convite a escutar a sua musicalidade.

AGRADECIMENTOS

Parece impossível encontrar palavras para expressar todo o meu bem querer, mesmo assim, mesmo sendo difícil quero agradecer tudo que estas pessoas significam para mim.

À Dra. Tamara I. Cianciarullo que me fez sentir grande, iluminando esse caminhar, com todo a sua maestria. Todo o meu carinho e admiração.

Às prof. Eloíta, Ingrid, Rosane e Coleta, a Banca Examinadora, que tanto contribuiu e participou do processo de elaboração para que esta dissertação pudesse se tornar real.

À todas as professoras do mestrado que foram fundamentais neste processo de aprendizado.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e compreensão.

À minha querida irmã e grande amiga Eloiza pelo apoio incondicional e por me acolher com tanto carinho.

Às minhas colegas de mestrado, pelo maravilhoso convívio. Em especial a Cris, Eliane, Lúcia, Nádia, Patrícia, Samara, Sonara e Silvana pela alegre companhia e pelos tantos momentos que compartilhamos.

Ao Guilherme, Ricardo, Laura, Livia, Nicolas e Leila, meus queridos sobrinhos, que foram encantadores recém-nascidos, que são muito especiais para mim e que me fazem muito feliz.

À Direção da Maternidade, pela liberação, tornando mais tranqüilo este caminhar.

Às enfermeiras da M.D.V., em especial a Sandra, que possibilitaram minha liberação e que me receberam de braços abertos no meu retorno.

Às queridas berçaristas, que tanto me ensinaram, que sempre me compreenderam e apoiaram, toda a minha admiração.

À Lenir e Nara que acreditaram em mim como educadora.

À Claudia, Odete e Luzia, que sempre procuraram me ajudar.

Ao Zé e Carlos, pela arte final da apresentação

A todos, o meu muito obrigada. Foi maravilhoso contar com vocês.

RESUMO

Esta dissertação de mestrado descreve a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido (RN) em UTI. Procurei integrar os movimentos da dança com o cuidado, demonstrando o seu potencial artístico, de modo a promover o alargamento vivencial do ser humano. Baseada no referencial de Rogers, que favorece a interação entre o RN e seu ambiente e na metáfora de um espetáculo de dança fui construindo esta proposta que tem como objetivo: descrever a vivência da inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do RN em UTI. A pessoa significativa é entendida aqui como toda aquela que independente dos laços familiares (mãe, pai, tia avó, irmã,...) sente afeto pelo bebê ou expressa algum sentimento de amor e desenvolve um compromisso com o seu desenvolvimento e ou integralidade. Nesta perspectiva, procurei rever o processo cuidativo, de forma a ampliar a dimensão do cuidado. A inclusão da pessoa significativa nos processos cuidativos do RN em UTI, pode ser entendido também como uma forma de humanização. Escolhi o estudo biográfico para melhor compreender esta vivência, que tem o seu foco no “descobrir” sobre a vida do ser humano, permitindo uma aproximação interpretativa do processo de vida das pessoas em uma situação específica. Nesta vivência foram desenvolvidas 1 entrevista inicial, 17 encontros e a finalização do convívio com uma visita domiciliar. Minhas observações e interpretações fizeram parte deste processo. Assim como consultas a prontuários e outros documentos, participação em passagens de plantão, enfim tudo que permitisse conhecer melhor o RN. Utilizei também como recurso o diário de campo, no qual fiz os registros logo após os encontros. Neste processo procurei registrar os momentos mais marcantes, percepções, interpretações, tudo que considerasse importante. Apliquei o modelo de análise espiral para estudo biográfico, buscando compreender não apenas o que se mostra de maneira aparente e incompleta, mas a subjetividade inerente ao ambiente de UTI. Estes encontros favoreceram a interação entre a pessoa significativa, o RN e eu. Penso que o movimento deste estudo está no envolvimento no processo mútuo de trocas entre as pessoas desta vivência. Assim, a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo, pode permitir uma maior compreensão dos significados do cuidado ao RN em UTI. A proposta mostrou-me novas possibilidades para o cuidado, de forma a resgatar as relações que se processam no contexto de uma UTI, bem como compreender o RN como um ser social na sua unicidade.

ABSTRACT: Paces, compasses and discompasses of a new born care process in NICU

This master thesis describes the significant person's inclusion at caring process with newborn in a Neonatal Unit Intensive Care (NICU). I tried to mixed up the dance movements with the care, showing its artistic potential, in a way to improve human's life. Based on Roger's theory, that favours the interaction between new born and his environment and in a metaphor of a dancing show, I was building this idea that has the objective: to describe the experience of the meaningful person inclusion at new born's caring process at NICU. The meaningful person in this study, is the one who, independent of family ties (mother, father, aunt, grandmother, sister...) cares about the baby or shows some kind of love and develops a compromise with his upgrowth and/or integrality. In this view, I made a review of the caring process, in a way to expand/enlarge the caring dimension, including this meaningful person at the new born caring process in NICU; could also be understood as a way of humanization. I chose the biographical study to understand better this experience that has its focus in "discovering" about human being's life, allowing and interpretative approach in the process of people's lives in a specific situation. In this experience was developed 1 (one) initial interview, 17 (seventeen) meetings and the conviviality finished with a domiciliary visit. My observations and interpretations took part of this process. As well as consultation to promptuary and another documents, I took part at duty's passages, in short, everything that allows to know better the newborn. I also used, as a resource, a field diary where I made the notes just after meetings. In this process I try to record the most remarkable moments, perceptions and interpretations, everything that I consider important. I applied the model of spiral analyses for biographical study searching to understand not only what shows in an apparent and incomplete way, but the subjectivity to understand the NICU's surroundings. These meetings favoured the interaction among the meaningful person, the new born, the nurse's group and me. I think that the movement of this experience due to the way of the involvement, mutual and continuous process of changes among people. So, the inclusion of the meaningful person on the caring process, can allow a bigger comprehension of new born at intensive care meanings. The proposal showed me new possibilities to care, in a way to rescue the relationship that occurs on the context at NICU; as well as to understand the new born as a social being in its oneness.

SUMÁRIO

RESUMO

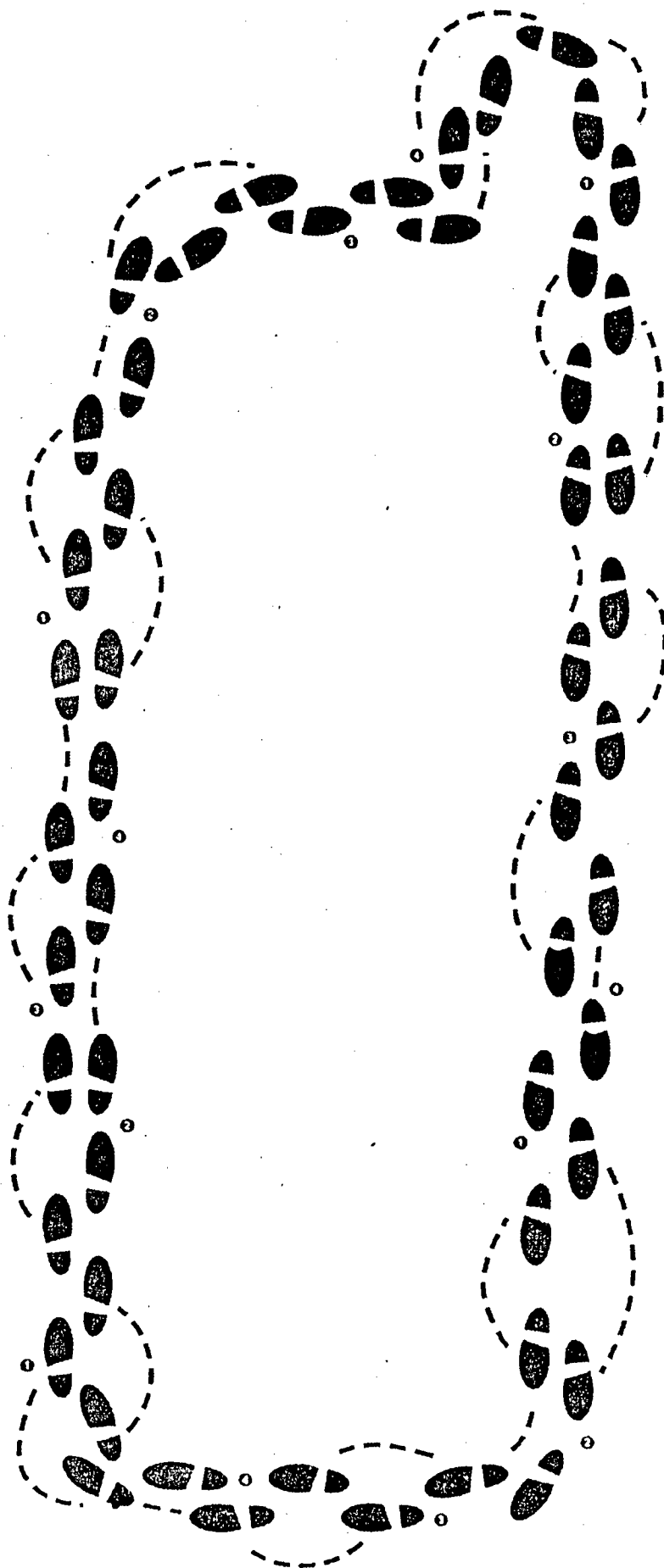
ABSTRACT

1. Capítulo I: Como tudo começou..... p. 03
2. Capítulo II: Baú de recortes..... p. 12
 - 2.1. Relembrando o passado
 - 2.2. Falando de epidemiologia neonatal
 - 2.3. Descobrimo o recém-nascido a termo e o recém-nascido prematuro
 - 2.4. Procurando compreender a separação do recém-nascido prematuro da mãe
 - 2.5. Procurando entender a vivência da pessoa significativa no universo da UTI Neo
 - 2.6. Compreendendo a formação do desenvolvimento do apego
 - 2.7. Procurando escutar as vozes do recém nascido no ambiente de UTI
3. Capítulo III: Os efeitos visuais..... p. 40
4. Capítulo IV: do balé clássico à dança de rua..... p. 54
 - 4.1. Espaço cênico: a UTI como o palco do espetáculo
 - 4.2. A divulgação do espetáculo
 - 4.3. A escolha da música
 - 4.4. As bailarinas e os bailarinos que protagonizaram os movimentos da dança
 - 4.5. Selecionando as coreografias
 - 4.6. Os ensaios: mudanças e retoques
 - 4.7. A ética da estética
5. Capítulo V: Passos, compassos e descompassos..... p. 72
 - 5.1. Alegria, alegria
 - 5.2. Sentimentos
 - 5.3. Illê aviê
 - 5.4. Dança guerreira
 - 5.5. Cisne negro
 - 5.6. Eu sinto a tua falta
6. Capítulo VI: A arte ótica das expressões da dança..... p. 99
7. Capítulo VII: Reações e algumas reflexões sobre o espetáculo de dança..... p.110
8. Referências Bibliográficas..... p.117

ANEXOS

CAPÍTULO I:

COMO TUDO COMEÇOU



COMO TUDO COMEÇOU...

A idéia de fazer uso de uma metáfora nesta dissertação de mestrado relacionada aos movimentos da dança foi acontecendo ao longo destes dois últimos anos. A metáfora que faço é uma tentativa de integrar os diversos sentimentos que emergiram desta vivência, com os movimentos da dança, de modo a proporcionar a percepção da analogia existente entre eles. Nesta perspectiva, com a metáfora pretendi, partindo do processo cuidativo, demonstrar o seu potencial artístico, de modo a promover a amplitude vivencial do ser humano. No universo da dança, procurei compreender os significados de seus movimentos relacionando-os ao processo cuidativo do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no contexto de suas relações, buscando outras possibilidades para a sua percepção. Esta analogia, é uma tentativa de ampliar a dimensão do cuidado, mergulhando no universo mágico do ser humano e considerando a sua natureza inerente de dançar, já que tudo na vida está em contínuo processo de movimento.

A dança representa para mim uma arte encantadora que consegue romper as barreiras da linguagem, expressando muitas idéias, estados de ânimo, temas e surpreendendo as pessoas com a fascinante beleza de seus movimentos. A princípio, a metáfora, foi apenas uma maneira diferente, mais lúdica talvez, de fazer a narrativa do relatório da prática assistencial, pois esta dissertação foi sendo construída a partir dela. Um fato que certamente influenciou a metáfora nesta dissertação foi a indicação médica que recebi para o uso de próteses nos joelhos. Preciso incorporar agora, as próteses como uma possibilidade real para a minha vida, o que não é um processo fácil. Na tentativa de assimilar a minha indicação de prótese, a analogia desta dissertação a um espetáculo de dança tem me ajudado bastante, pois à medida que a dança é percebida como sentimento, emoção, criatividade e arte, pode ser expressa de outras tantas formas. Esta foi uma forma que escolhi para dançar a vida. Cada ser humano pode encontrá-la dentro de si e assim, o espetáculo da vida pode continuar. Nesse sentido, essa metáfora

representa também um tributo a todas aquelas pessoas que, como eu, já não podem mais dançar com as pernas. Além do mais, nasci e moro na Capital da Dança, Joinville, o que talvez também tenha ajudado na escolha dessa analogia.

Durante um espetáculo de dança manifestam-se desejos e possibilidades de receptividade e transmissão de coreógrafos, bailarinos e espectadores; todos de uma maneira ou outra cumprem uma função criativa, transmissora e receptora. Semelhantes são as relações que se processam no cuidado entre o ser cuidado e o ser cuidador em seus contextos.

Ao longo desta trajetória, fui percebendo que os movimentos da dança podem estar entrelaçados com o processo cuidativo, pois a dança é a arte que se expressa através do movimento. Ela é emocionante, apaixonante, embriagadora e envolvente. O ser humano ao experimentar a sua essência se delicia com a sua magia. A dança é fascinante porque consegue unir razão e emoção, corpo e alma, movimentos e sentimentos. Penso que também o cuidado, representa uma forma de expressão e de interação das pessoas com o mundo. Percebendo as relações, significados e interações entre dança e cuidado, penso que a forma de apresentação metafórica desta dissertação possa trazer o leitor para mais perto da experiência vivenciada neste estudo.

Para entender o contexto de como e onde tudo começou, considero oportuno relatar sucintamente a minha trajetória profissional, porque está relacionada com a escolha da temática deste estudo. Barnum citada por Carboni (1991) sugere a necessidade de uma nova linguagem para expressar a totalidade e o movimento, e eu com este estudo procuro como aprendiz, encontrar esta nova linguagem.

Sou graduada há 16 anos pela UFSC. Desde então, tenho exercido minhas atividades como enfermeira, inicialmente em Saúde Pública e, posteriormente, na Unidade Neonatal da Maternidade Darcy Vargas, em Joinville.

Venho, durante todos estes anos, buscando caminhos para melhorar a minha prática junto ao recém-nascido, tentando dar um maior significado ao cuidado para esta clientela tão específica. Nesta tentativa de redimensionamento do meu cuidar, passei por vários processos: de aperfeiçoamento técnico-científico, de

treinamento de habilidades manuais, de elaboração de normas e rotinas, de treinamento e capacitação de pessoal, de cursos de atualização entre outros. No entanto, todos esses caminhos não foram suficientes para minha satisfação profissional, uma vez que continuava percebendo o meu cuidado, muitas vezes fragmentado e desestruturado. A sensação de não estar fazendo o “certo”, ou não estar contemplando o cuidado na sua totalidade, parecia ser um forte motivo de descontentamento com a minha “*performance*” como enfermeira de uma UTI Neonatal, pois sentia que o meu cuidado com o recém-nascido não contemplava as minhas verdades. Percebo o cuidado ao recém-nascido em UTI como uma rede de relações, mas era quase impossível de visualizá-la como tal. Ao longo do curso de mestrado com as discussões e leituras, comecei a perceber que a emoção fazia parte do meu cuidado e para cuidar é preciso agir, sentir e interagir. Fui entendendo que a maneira de “olhar” para o recém-nascido poderia me possibilitar novas formas de cuidar.

Durante este caminhar, o meu interesse pelo recém-nascido em UTI continuava presente, tornando-se mais intenso a cada dia. Ficava pensando a respeito desse ser, tão frágil e, ao mesmo tempo, tão responsivo em um ambiente essencialmente tecnológico, relacionando-se com o mundo e com as pessoas com infinitas possibilidades e com características muito próprias. Apesar de estar descobrindo outros olhares para o cuidar, venho me questionando e tenho me inquietado por não conseguir encontrar outros caminhos para cuidar deste ser tão especial, em um ambiente essencialmente tecnológico sem perder ou desconsiderar as relações que se processam neste contexto.

Na tentativa de buscar caminhos para essas questões, estou me propondo a desenvolver este estudo, apresentando a seguinte questão norteadora: **Como uma pessoa significativa vivencia o processo cuidativo do recém-nascido em UTI?** Pessoas significativas, neste estudo, são todas aquelas que independente dos laços familiares (pai, mãe, irmão, avó, tia...) sentem afeto pelo recém-nascido ou expressam algum sentimento de amor e desenvolvem um compromisso com o seu desenvolvimento ou integralidade.

Transitando entre os caminhos do cuidar do recém-nascido em UTI, esta problemática fica ainda mais relevante se considerarmos o grande avanço tecnológico que acompanha a neonatologia, tornando o cuidado ao recém-nascido cada vez mais complexo. Apesar de reconhecer a contribuição dos conhecimentos da ciência e da tecnologia na melhoria das práticas de saúde e, conseqüentemente na diminuição da mortalidade infantil, esse avanço parece também contribuir para o distanciamento do recém-nascido, de sua família.

Nos últimos anos, a neonatologia tem buscado centrar o cuidado no recém-nascido e sua família, procurando assim humanizar a assistência. A humanização da assistência busca contemplar o ser como sujeito do cuidado na sua integralidade sem desconsiderar a sua singularidade/unicidade. O termo humanização, segundo Paganini (1998, p. 10) pode ser entendido também, considerando o ser humanista ou humanístico como partidário do humanismo filosófico. O cuidado visa o bem-estar da humanidade, por meio do amor de seus semelhantes, da bondade, a fim de alcançar a felicidade humana. Para a autora, humanismo é a corrente centrada nos interesses e valores humanos e na dignidade do ser humano. Nesta perspectiva, várias tentativas têm sido feitas para humanizar o atendimento ao recém-nascido em Unidades de Terapia Intensiva. Klaus e Kennel (1993, p.188) destacam algumas delas: 1. abertura da UTI Neonatal aos pais; 2. condução da mãe para próximo do filho; 3. participação da mãe no atendimento diurno para bebês prematuros; 4. alojamento conjunto para pais de bebês prematuros; 5. aninhamento; 6. alta precoce; 7. entrevista com os pais; 8. grupo de pais; 9. contato programado e interação recíproca; 10. conduzir o bebê prematuro saudável na incubadora para a mãe; 11. intervenção domiciliar para pais jovens e 12. conversas com os pais após a alta.¹

Por sua vez, a enfermagem, que convive maior tempo com o recém-nascido, passa a entender a humanização como inerente ao cuidado. Embora as publicações sobre o cuidado humanizado em neonatologia não sejam muitas, ressalto a coragem e a iniciativa de algumas enfermeiras em refletir, propor mudanças para a humanização do cuidado ao recém-nascido de alto risco. Na

¹ Ressalto que os itens 1, 2, 8 e 10 já estão incorporados como rotina na unidade onde será desenvolvido o projeto.

literatura nacional, destacaria Belli (1995), Ferreira et al (1998), Gomes (1996), Kakehashi (1996), Kimura (1996), Scochi et al (1997) entre outras.

Apesar de todos esses esforços, ainda há muito a avançar, pois a prática do cuidado humanizado limita-se a poucas instituições de saúde, ficando restrita aos aspectos de formação do vínculo afetivo e ao atendimento aos pais quanto a informações sobre o estado de saúde do recém-nascido. Embora esses aspectos possam ser considerados um avanço em relação às práticas anteriores que isolavam e separavam o recém-nascido de sua família, penso ser importante repensar esse cuidado. Procuo rever o processo cuidativo do recém-nascido em UTI, de forma a ampliar a dimensão do cuidado, procurando incluir a pessoa significativa nos processos cuidativos do recém-nascido em UTI como uma forma de humanização.

Para melhor compreender o processo de inclusão da pessoa significativa nos processos cuidativos do recém-nascido em UTI, escolhi o referencial teórico de Rogers (1990) que favorece a interação entre o recém-nascido e seu ambiente através das trocas de energia.

A escolha do referencial teórico partiu de crenças e valores pessoais da minha concepção de mundo, ser humano e sociedade, ou seja, parece contemplar o que considero como minhas verdades. Para nortear este estudo, escolhi os conceitos de ser humano, enfermagem, processo cuidativo, ambiente e o processo saúde-doença de Rogers. Escolhi os conceitos dessa teórica pela sua abrangência, por sua natureza e preocupação com o ser humano, por estar direcionada ao ser humano unitário (aqui entendido como o recém-nascido, pessoa significativa e enfermagem) e por acreditar que a concepção rogeriana consiga proporcionar uma abordagem mais ampla dessa problemática através da sua visão de totalidade e da troca de energia entre os campos humano e ambiental. Além disso, o que influenciou muito a escolha, é que Rogers consegue dar significado às experiências, estabelecendo transações e possibilitando uma visão de integralidade, sensorial e intuitivamente, objetiva e subjetivamente, como fontes legítimas de conhecimento (Carboni, 1991).

Além do mais, Rogers tem uma visão otimista do crescimento de possibilidades do ser humano, que define como caleidoscópio de potencialidades, (“kalos”= belo, “Eidos”= aspectos, “Skopein”= observação, apreciação). Assim, essa teórica acredita na capacidade das pessoas em participar do processo de mudança. E nesta proposta de inclusão da pessoa significativa nos cuidados ao recém-nascido em UTI, penso ser essencial considerar o ser humano valorizando as vivências pessoais e criar possibilidades para uma construção coletiva, favorecendo a troca de experiências.

Baseada nesse referencial teórico e na metáfora de um espetáculo de dança fui construindo esta proposta, que tem como objetivo **Descrever a vivência de inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI.**

Percebo a natureza do ser humano como um conjunto de movimentos dinâmicos, o que pode ser representado pela infinidade de manifestações artísticas, culturais e sociais, entre as quais a dança é uma forma de expressão. Assim também os passos, compassos e descompassos desta dissertação podem ser entendidos como uma forma de expressão do cuidado ao recém-nascido em UTI.

A dança, como o processo cuidativo, proporciona ao público uma magnífica visualização de um processo de vivência, refletindo como um espelho o comportamento humano.

Nessa perspectiva, procurei destacar a pessoa significativa para uma posição ativa nos processos cuidativos do recém-nascido em UTI. A proposta consiste em uma troca entre a enfermagem, pessoa significativa e o bebê, proporcionando uma posição de troca entre os participantes. Assim, penso que este referencial teórico contribui na construção de um processo mais participativo, em que as pessoas possam ter seu espaço garantido para expor suas dúvidas, emoções e ansiedades. Pretendo desenvolver com as pessoas significativas algo que faça a diferença e isso poderá acontecer, quando se dispõe de um processo que favoreça a interação, possibilitando o “poder” e “querer” ou “não querer” participar dos cuidados com recém-nascido em UTI. Procuro desenvolver neste estudo a inclusão da pessoa significativa com uma abordagem diferente, através de

uma prática consciente e de livre decisão. Esta concepção implica em um outro modo de pensar para decidir, não se resume apenas em expor, ou repassar conhecimentos; tem o seu significado maior no “sentir” e na troca de experiências entre a enfermeira e as pessoas significativas. Para o recém-nascido, nesta perspectiva, a enfermeira pode desempenhar um duplo papel, de educadora/facilitadora e parceira do processo cuidativo, favorecendo assim a relação de trocas entre recém-nascido, pessoa significativa, enfermagem e o ambiente.

Para melhor compreender o contexto do problema, faço algumas considerações sobre o processo cuidativo, aqui entendido como um fluxo contínuo de troca de energia entre os envolvidos neste processo. Penso que através do cuidado o recém-nascido internaliza o mundo que o cerca e que os processos cuidativos (alimentação, higiene e conforto, verificação de temperatura, entre outros) podem ser entendidos como uma forma de estímulo e troca de energia. Nesse processo é importante estar atento a todas expressões e manifestações do recém-nascido, como dor, choro, fome, insegurança, necessidade de aconchego... a fim de interagir com o bebê e favorecer o desenvolvimento de suas potencialidades. A pessoa significativa, por sua vez, passa a fazer parte do espaço cênico e será a protagonista do cuidado.

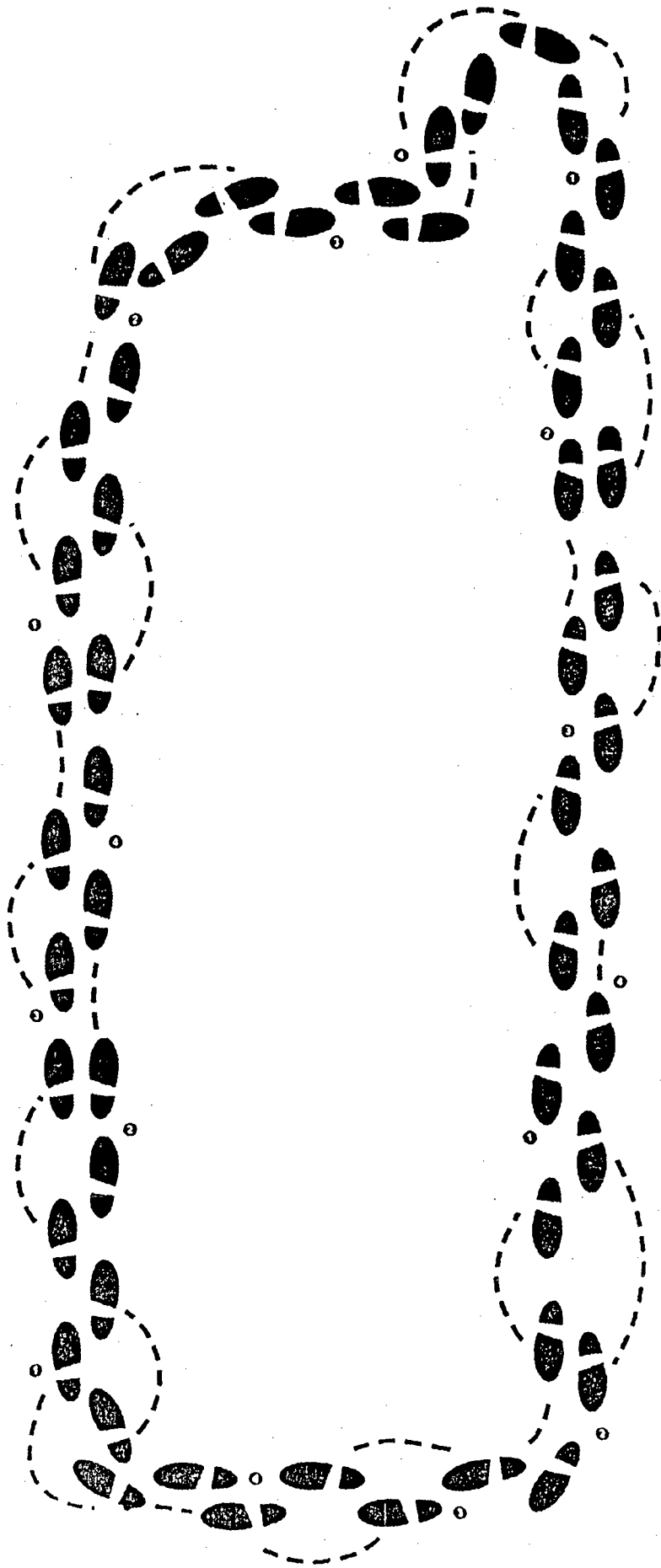
O processo cuidativo deste estudo, pode ser entendido como uma abordagem humana ao recém-nascido. É considerado segundo Barnad apud Klaus e Kennel (1993, p. 223) “...como o oferecimento de uma estimulação adicional ou maior ao bebê prematuro”. Entendo que favorecer uma pessoa significativa a cuidar de seu bebê, pode torná-la mais sensível às necessidades do recém-nascido. Penso que com estes cuidados diretos e simples, realizados pela pessoa significativa, seja possível construir novos significados e possibilidades para o cuidado com o recém-nascido em UTI.

Entendo os limites de uma dissertação de mestrado, no sentido de não possibilitar a abordagem de todas as variantes do processo cuidativo proposto ou da estética suave da dança. Espero que estas páginas transmitam, ainda que não na sua integralidade, a emoção, satisfação e a troca de energia que tive com a

inclusão da pessoa significativa nos processos cuidadosos do recém-nascido em UTI. Apesar das limitações, procuro mostrar a alma desta dança nesta construção coletiva e artística, que gerou tanta energia e que me deu um novo sopro de vida.

Nas próximas páginas, como coreógrafa, cenógrafa, diretora e bailarina procuro descrever como foi a criação, composição e a produção deste espetáculo de dança. O primeiro capítulo: **Como tudo começou** representa a introdução desta criação. Para uma melhor compreensão do processo, descrevo esta vivência em mais seis capítulos: **Baú de recortes**, serve para fundamentar a composição deste espetáculo e representa a revisão de literatura do estudo; nos **Os efeitos visuais**, abordo o referencial teórico. No capítulo denominado **Do balé clássico à dança de rua**, assinalo a trajetória percorrida à cenografia, ou seja, como foi a composição dos movimentos da dança; depois apresento **Passos, compassos e descompassos**, descrevo toda a narrativa desta vivência. Reservei um capítulo para a **A arte ótica do espetáculo**, no qual procuro fazer aproximações e analogias entre o referencial teórico com a vivência desta dança. E no último capítulo, **Reações e algumas reflexões sobre o espetáculo de dança**, procuro fazer uma abordagem do que representou este espetáculo para o recém-nascido, para as pessoas significativas e para mim.

CAPÍTULO II:
BAÚ DE RECORTES



BAÚ DE RECORTES

Nas próximas páginas, procuro descrever a minha aventura no mundo da pesquisa e da experimentação para produzir este espetáculo de dança. Este capítulo representa a expressão de inquietação pessoal e uma tentativa de discussão sobre a humanização do cuidado em UTI Neonatal. Para a construção deste capítulo, precisei ler e estudar muito. Encontrei na literatura fontes inesgotáveis de inspiração e pesquisa que contribuíram para melhorar meus conhecimentos. Procurei aprender a ler com um olhar artístico e com a curiosidade de uma pesquisadora.

Entendendo que um mesmo estudo pode ser percebido e contado de diversas maneiras, procurei dar meu próprio enfoque a este estudo que de certa forma consiste em um trabalho encomendado. Sim, porque procurei adaptar a vivência da prática assistencial para a dissertação de mestrado que, por sua vez, precisa estar desenhada seguindo o rigor metodológico de apresentação. Neste caminhar, procurei estar atenta para ser fiel ao âmago das idéias originais relacionando-as ao referencial teórico e aos movimentos da dança. Para tanto, foi preciso sentir a construção desta história à sua maneira, em seus diferentes significados e movimentos. Deste processo, nasceu **Passos, compassos e descompassos da inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI.**

Abrindo este Baú, procuro abordar em seus recortes principais, o contexto da proposta, ou seja, por meio do sentir, das pesquisas e das minhas interpretações faço uma descrição do que pode ser desenvolvido pelos cenógrafos, coreógrafos e bailarinos, em um espetáculo de dança. Para recortar o arsenal bibliográfico deste baú, apresento seu desenvolvimento seguindo sete temas emergentes: relembro o passado, falando de epidemiologia neonatal, descobrindo o recém-nascido normal e prematuro, procurando compreender a separação do recém-nascido prematuro da mãe, procurando entender a vivência da pessoa significativa no universo da UTI neonatal, procurando entender sobre

formação e desenvolvimento do apego e finalmente procurando escutar as vozes do recém-nascido no ambiente da UTI.

1. Relembrando o passado

Para iniciar a revisão de literatura, considero importante fazer uma retrospectiva histórica sobre as unidades neonatais, analisando as tendências da enfermagem e a participação dos familiares nessas unidades. Simultaneamente apresento alguns "flashes" da biografia de Rogers, pois ela é a teórica do referencial que procuro aplicar e ainda faço uma breve retrospectiva histórica da dança.

A neonatologia é uma das mais novas áreas da saúde, sendo também considerada como a que apresentou uma das mais surpreendentes evoluções nos últimos anos. Os conhecimentos relacionados ao desenvolvimento do recém-nascido em relação as suas reações e respostas são muito recentes. Os estudos sobre a ligação entre pais e filhos começaram a ser desenvolvidos recentemente, há cerca de 20 ou 25 anos. Paralelamente, o papel da mãe na unidade neonatal veio mudando muito nos últimos anos.

Na França, em 1907, Pierre Budin, um renomado pediatra francês, considerava a presença da mãe importante na terapêutica do prematuro internado em Unidade Neonatal. Este médico costumava dizer: "que as mães quando separadas de seu filhos, perdem todo interesse por aqueles que não puderam cuidar ou afagar" (Klaus e Kennel, 1995, p. 139)¹. Para ele, a mãe era sempre bem-vinda nos berçários de prematuros e tinha permissão para cuidar de seu filho. Com as elevadas taxas de morbi-mortalidade dos recém-nascidos nos hospitais, foram instituídas rigorosas medidas de isolamento para diminuir as doenças infecto-contagiosas dos recém-nascidos. Foram proibidas também as visitas das mães nos berçários, resultando no total isolamento do bebê.

Foi no início do século XX, em uma época de conceitos rígidos e arraigados a verdades absolutas, na qual não havia muito espaço para o "novo" ou

¹ Ironicamente, o desejo de Budin em tornar público o seu método resultou na exclusão da mãe do berçário. Coney, um aluno de Budin, foi à Exposição de Berlin de 1896 e exibiu sua "chocadeira de crianças", onde eram colocados e criados prematuros, obtendo sucesso comercial e clinicamente. Coney, cuidou com êxito de muitos prematuros, durante as 4 décadas seguintes. Para ele, não era permitido às mães participarem dos cuidados de seus filhos. (Klaus e Kenell, 1995)

para o abstrato, que nasceu Martha Rogers, no Texas. Uma enfermeira à frente de seu tempo.

No período pós- primeira Guerra Mundial, o atendimento infantil torna-se cada vez mais rígido.

Devido à escassez de recursos humanos, durante a Segunda Guerra Mundial, na África do Sul, as mães puderam participar dos cuidados e supervisão de seus neonatos. Esta inovação foi seguida de um declínio da mortalidade infantil (Klaus, Faranoff, 1995).

Na segunda metade do século XX, o progresso tecnológico abriu caminho para a indústria médico-hospitalar, ocorrendo a institucionalização e/ou medicalização do parto e dos procedimentos pós-parto.

Durante este período, a enfermagem segue o modelo vigente, biologicista, acompanhando a tendência tecnológica, assumindo o compromisso do manuseio e controle do aparato tecnológico exigido pela assistência neonatal de alta complexidade (Scochi, et al 1996, p.97).

Embora as discussões questionando a validade da separação e isolamento do recém-nascido e sua mãe tenham iniciado na década de 30, a literatura clínica de 1945 a 1960 ainda reforçava as normas de isolamento para as Unidades Neonatais. Porém, na Segunda metade do século XX, novos estudos são desenvolvidos para enfatizar a importância do aleitamento materno e pontuar os efeitos negativos da separação precoce entre mãe e filho. Surge então, o alojamento conjunto, com objetivo de incentivar a mãe a cuidar de seu filho e facilitar o relacionamento entre ambos. Neste período, os procedimentos e rotinas de enfermagem ficam menos rígidos e a prática passou a ser instrumentalizada pelos conhecimentos produzidos pela psicologia, sociologia, antropologia, entre outras áreas de conhecimento humano, tornando-se mais abrangente (Scochi, 1996, p. 91-101). Apesar de todos os estudos, o bebê continuou intocável e distante da família.

Em linhas gerais, especialmente nos últimos 40 anos, grandes transformações ocorreram na assistência ao recém-nascido. No que se refere à humanização, obteve-se um grande avanço com a implantação do sistema de Alojamento Conjunto. Em contraposição, os tradicionais berçários foram substituídos

por avançadas unidades de terapia intensiva, com áreas para os recém-nascido de alto e médio risco, praticamente isolados dos familiares. Observa-se que o desenvolvimento da UTI Neonatal modificou definitivamente o ambiente do recém-nascido. Um ambiente outrora preenchido pelo barulhento choro de bebês, tornou-se uma estação espacial “para o salvamento de bebês que nunca poderiam sobreviver” (Harrigan, apud Santoro, 1993, p. 16). Assim, para a enfermagem que atua em unidade neonatal, o preparo especializado em neonatologia tornou-se um requisito básico.

Em contrapartida, os efeitos iatrogênicos da separação mãe-filho, acarretaram problemas de desenvolvimento, distúrbios emocionais e comportamentais da criança e da mãe. Na década de 70, em especial, muitos pesquisadores preocupados com esta problemática enfatizam a importância da inclusão dos pais nas unidades de cuidado intensivo (Scochi, et al 1996, p. 99).

Neste período, em 1970, Rogers publicou seu livro sobre a teoria da homeodinâmica na enfermagem, a partir de estudos desenvolvidos nas áreas de antropologia, sociologia, astronomia, religião, história e mitologia.

Novos instrumentos foram incorporados às práticas assistenciais, ampliando o contexto do cuidar em neonatologia. A enfermagem também procura redimensionar o cuidado ao recém-nascido, seguindo as tendências de humanização da assistência.

Também na dança, o final do século XX é considerado como a época de seu renascimento. Mesmo que, sob certos aspectos, a “nova dança se desenvolva no marasmo, a aquisição irreversível da dança moderna foi ter restaurado a profunda unidade da dança como expressão de cultura e do coração da vida (Garaudy, 1980, p.175). Assim, percebo que a dança expressa a natureza humanizada do ser humano.

A humanização pode ser entendida em uma dimensão antropocêntrica, na qual o ser humano constrói o seu processo vital, baseado nas suas vivências e diferentes formas de compreender e relacionar-se com o universo. Paganini (1998, p. 11) pesquisando no dicionário de filosofia refere que o humanismo está relacionado a qualquer sentimento que enfatize o bem-estar, dignidade e otimismo das forças humanas. Entendo que a humanização pode ser representada com o

princípio da integralidade de Rogers (1990) que propõe a interação entre os campos humano e ambiental de forma contínua, mútua e simultânea, como uma forma de perceber o cuidado na sua totalidade e valoriza o ser humano na sua unicidade.

2. Falando de epidemiologia neonatal

A relação entre os campos humano e ambiental pode ser visualizada sob a forma de dados epidemiológicos.

Os coeficientes de mortalidade infantil e neonatal, no Brasil, são bastante elevados, mesmo considerando a série histórica decrescente ao longo do tempo. No período entre 1985-1990 a mortalidade infantil foi 63 por 1000 nascidos vivos, estando estimada em 48 por 1000 nascidos vivos para o ano 2000.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1994), o componente perinatal de mortalidade infantil é responsável por aproximadamente 50% dos óbitos. Pesquisas epidemiológicas referem que dentre os fatores gerais mais freqüentemente associados ao óbito perinatal encontram-se o nível sócio-econômico, em especial a freqüência aos serviços de pré-natal e a faixa etária da mãe. O Ministério da Saúde ressalta que 10% dos bebês brasileiros necessitam ser internados em Unidades Neonatais, ou seja, são bebês de alto risco.

No município de Joinville, os índices de morbi-mortalidade não são diferentes daqueles encontrados nas estatísticas nacionais. Dados obtidos através do Livro de Registros da Unidade Neonatal, da Maternidade Darcy Vargas (1998), apontam a prematuridade como principal causa de mortalidade neonatal. Os diagnósticos clínicos associados à prematuridade são infecções perinatais e distresse respiratório e dentre estas, a sepsis neonatal ocupa lugar de destaque, e pode ser definida como uma síndrome de bacteremia com sinais e sintomas sistêmicos, caracterizando as relações entre o ambiente e o ser humano.

A evolução dessas epidemias bacterianas não é ainda inteiramente conhecida e nem sempre pode estar ligada a alterações específicas no recém-nascido (Baley, apud Klaus e Fanaroff, 1995, p. 241). Este autor cita a prematuridade como principal fator de risco na sepsis neonatal. Justifica explicando sobre as deficiências do sistema imunológico, a extrema prematuridade da pele, entre outras. Ressalta ainda, que os prematuros têm maior probabilidade de

adquirirem a sepsis, devido aos procedimentos invasivos a que são submetidos tais como: antibioticoterapia de largo espectro, uso de cateteres venosos, as infusões e nutrição parenteral; entubação endotraqueal, que pode propiciar acesso direto à mucosa pulmonar, suprimindo os mecanismos de defesa inatos como a tosse. Assim, o prematuro de UTI, geralmente está excessivamente exposto a muitos fatores de risco, além da deficiência de seu sistema imunológico, ficando ainda mais vulnerável às agressões do ambiente e aos procedimentos invasivos.

A terapia do prematuro em sepsis requer o uso de antimicrobianos, mesmo em casos suspeitos (Baley, apud Klaus e Fanaroff, 1995, p. 247). O mesmo autor ressalta que o ambiente constitui fator de risco. Assim, para a sua profilaxia é importante prevenir a colonização de bactérias patogênicas. Cuidados de anti-sepsia com o coto umbilical e pele são fundamentais para sua prevenção, já que é aí que a colonização se inicia, podendo propagar-se depois para a nasofaringe, para os olhos e trato gastrointestinal. No que se refere aos cuidados recebidos pelo prematuro é imprescindível a lavagem das mãos, antes e após os procedimentos e observar o desenvolvimento correto das técnicas de enfermagem.

Para fazer uma analogia desta etapa com a dança, pode-se considerar os tantos movimentos de expressão da dança: o romantismo do balé clássico, a dança contemporânea, as danças populares, as danças regionalistas ou tradicionalistas, a dança de rua, enfim a dança pós-moderna. Para Marques (1999, p. 25) a arte da dança engloba experiências e diversas tendências artísticas, estilos múltiplos, técnicas mescladas, assim como o cuidado ao recém-nascido de alto risco em UTI neonatal.

3. Descobrimo o recém-nascido a termo e o recém-nascido prematuro:

O recém-nascido tem sido objeto de muitos estudos nestes últimos anos, o que tem permitido uma maior compreensão deste ser tão frágil e ao mesmo tempo tão especial, com tantas potencialidades e peculiaridades. Esses estudos permitiram a elaboração de uma classificação para o recém-nascido, que serve para orientar a sua assistência. Entretanto, é importante lembrar que esta classificação, não significa que todos os recém-nascidos são iguais/típicos. Nietzsche (1991, p. 31) ilustra muito bem este aspecto ao considerar "cada recém-nascido como um ser único, ou seja, não existem duas crianças iguais, pois possuem diferenças físicas,

emocionais e mentais". Seguindo esta linha de discussão, a concepção rogeriana do ser humano unitário, parece ser um bom caminho para entendê-lo na sua unicidade. Os cinco pressupostos básicos² desta teoria, que serão discutidos em outro capítulo, podem explicar o ser humano-recém-nascido na sua integralidade. Portanto, para cuidar do bebê, é de fundamental importância reconhecê-lo com um ser humano, único e um ser eminentemente social, enfim, considerá-lo em sua integralidade.

O período neonatal inicia-se com o nascimento da criança e vai até o 28º dia de vida. A classificação do recém-nascido em serviço de neonatologia é muito importante, pois possibilita sua codificação e avaliação quanto ao risco de morbi-mortalidade, possibilitando uma assistência adequada. É interessante também identificar o neonato quanto à relação peso de nascimento e idade gestacional (IG), com objetivo de avaliar o crescimento e desenvolvimento intra-uterino (Segre e Armellini 1985). A classificação dos recém-nascidos, adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde (1994), é aquela preconizada pela Organização Mundial Da Saúde (OMS), que relaciona os parâmetros de peso e IG. O Comitê de Especialistas em Saúde-Materno-Infantil da OMS divide a IG dos recém-nascidos em 3 categorias básicas (MS, 1994):

- Pré-termo: todas as crianças nascidas vivas com até 37 semanas de IG;
- Termo: todas as crianças nascidas vivas entre 38-41 semanas de IG;
- Pós-termo: todas as crianças nascidas vivas com mais de 42 semanas.

Ainda no que se refere a idade gestacional, com relação ao peso de nascimento, os recém-nascidos são classificados em: grande para a idade gestacional (GIG), adequado para a idade gestacional (AIG), e pequeno para a idade gestacional (PIG) (MS, 1994).

Durante o processo de nascimento, ocorrem modificações importantes com o clampleamento do cordão umbilical; acontece a troca de circulação fetal para a neonatal, parando o fluxo sangüíneo da placenta. Assim, com o desaparecimento da circulação placentária, há o fechamento funcional dos ductos venoso e arterial.

² 1° O ser humano é um todo unificado; 2° O ser humano e ambiente estão continuamente trocando matéria e energia, um com o outro; 3° O processo de vida dos seres humanos envolve irreversibilidade e unidirecionalidade ao longo do continuum espaço-tempo; 4° Padrões de organização identificam o ser humano e refletem a sua totalidade inovadora e o 5° O ser humano caracteriza-se pela capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção (Rogers, 1970, p.p. 33, 59,73, 75)

Com a obliteração do canal e início da circulação pulmonar, diminui o fluxo à aurícula esquerda, proveniente dos pulmões, com o predomínio da pressão auricular esquerda, ocorrendo o fechamento do forame oval. O ducto arterioso se contrai com o aumento da oxigenação do sangue nos pulmões e aos poucos se oblitera. A circulação periférica se processa lentamente, do plasma passa para o interstício, causando edema característico do neonato (Boehs, 1990, p.21).

Nas próximas páginas faço uma abordagem sobre o RN normal, a termo e em seguida sobre o RN prematuro.

Jornada (1997, p. 118) refere que os componentes neuromotores para sucção e deglutição já estão presentes a partir de 28 semanas de gestação, mas não são efetivamente coordenados antes de 34 semanas de gestação. As funções renais do recém-nascido tem início no período fetal. Logo ao nascer, o bebê apresenta urina na bexiga, que é rapidamente eliminada. Seu sistema imunológico está parcialmente desenvolvido ao nascer. Logo após o nascimento, a temperatura corporal do recém-nascido tende a diminuir, pois o hipotálamo não está bem desenvolvido.

A cabeça do recém-nascido é relativamente grande, apresenta 2 fontanelas: a anterior (2,5 – 4mm) e a posterior (mais ou menos uma polpa digital). O fechamento destas suturas acontece por volta dos 18 meses. A face é arredondada e a mandíbula relativamente pequena. O tórax tende a ser mais arredondado. O abdômem é mais proeminente e as extremidades são relativamente curtas. Nos olhos, as pupilas são centralizadas (2-3mm) e são fotorreagentes. A postura do recém-nascido tende a ser de flexão parcial (hipertonia), uma posição confortável. Sua pele é avermelhada, recoberta por uma camada de gordura, cuja função é protegê-la (Atkinson e Murray, 1989, p.150-152).

Segundo Segre e Armellini (1985), a necessidade mais crítica do recém-nascido é o estabelecimento da atividade respiratória. A frequência respiratória varia de 35 a 50 mpm em uma respiração irregular e abdominal e a frequência cardíaca varia geralmente de 120 a 160 bpm a média da pressão arterial é 80X460 mmHg. O peso do neonato a termo varia entre 2,8 a 4,0kg e a altura entre 47 a 54cm.

O cérebro do recém-nascido de risco é a chave de todo o processo de desenvolvimento. Assim, a interação do sistema síncrono-ativo, entendido como

sistema autônomo, motor, de atenção e regulador do desenvolvimento, estabelece uma aproximação entre a mãe e o cuidador, de modo a identificar individualmente as oportunidades disponíveis do bebê, facilitando o desequilíbrio destes de forma harmônica, sem sobrecarregar ou exigir demais do bebê (Meyerhof, apud Kudo, 1997, p. 204).

A interação do bebê com o ambiente extra-uterino e com as pessoas se desenvolve basicamente através dos 5 sentidos: olfato, paladar, tato, visão e audição embora não se possa deixar de considerar que cada bebê é um ser humano com seu próprio ritmo e estilo de resposta e com suas próprias vontades (Klaus e Klaus, 1989, p.9).

Para procurar entender o processo inicial de vida do recém-nascido, os autores já citados, têm abordado que suas capacidades interacionais estão relacionadas às suas capacidades sensoriais. Por isso, considero interessante fazer algumas observações sobre a interação do bebê no mundo, através dos 5 sentidos.

Em relação à visão, é evidente a sua capacidade de ver. Existe o reconhecimento de caráter estruturado de um alvo visual. Como nascem míopes não conseguem inicialmente acomodar a visão à distância. A melhor distância para acomodar sua visão é a uma distância de 20-25cm da face (Klaus e Klaus, 1989, p.34).

Lebovici (1987, p.90), sugere que as sensações olfativas talvez sejam mais finas no recém-nascido do que na criança ou no adulto; os bebês podem distinguir e reconhecer diferentes odores.

No que se refere à sensação gustativa, esta apresenta-se altamente desenvolvida no recém-nascido, devido à importância que a experiência da alimentação/amamentação tem neste estágio da vida.

A pele é o maior órgão sensorial do corpo. O recém-nascido apresenta uma necessidade vigorosa de contato corporal e suas necessidades básicas como fome, sede, descanso, sono, eliminações e estímulos dolorosos são quase que basicamente satisfeitas nas experiências táteis do neonato. Como o tato está presente no corpo inteiro do recém-nascido, é com o tato que ele se percebe; o toque é uma maneira de demonstrar amor carinho, afeto ou simplesmente uma

maneira de envolver-se com o outro. Outras modalidades como espaço, tempo, realidade e contorno, forma e profundidade, textura entre outras, também são desenvolvidas baseadas nas experiências táteis do recém-nascido(Klaus e Klaus, 1989, p. 60). O contato é um estímulo fundamental para o desenvolvimento da percepção e para o crescimento do recém-nascido (Ferreira, et al 1998, p.112). Vale ressaltar, que estes talentos incomuns do recém-nascido podem aparecer em determinados estágios, desaparecer por um período e reaparecer novamente. Sabe-se que os bebês têm prazer e interesse em uma variedade de experiências, que na concepção reogeriana pode ser entendido com a troca de energia.

Nos primeiros dias de vida, a criança manifesta fome em intervalos irregulares. A função intestinal também não está totalmente amadurecida e é bastante irregular. As primeiras fezes são chamadas de mecônio (1º dia), tornando-se transitórias (2º - 7º dia), para depois transformarem-se em permanentes.

O recém-nascido é um ser social, com grandes potencialidades de interagir no contexto no qual está inserido com infinitos talentos. Nietzsche, em sua dissertação (1991, p. 35) afirma que "o psiquismo do ser humano vai se formando conforme o meio, sendo este fator predominante no desenvolvimento da personalidade... Assim, o desenvolvimento da criança é resultante das interações entre os fatores genéticos e o meio no qual está inserido".

Na última década, foram muitos os avanços tecnológicos, tanto para o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos de risco como quanto à sua qualidade de vida futura. Apesar disso, Gomella (1994, p. 119-121) considera impossível descrever o desenvolvimento no período perinatal. Entretanto, identifica os seguintes fatores de risco: prematuridade, retardo do crescimento intra-uterino, asfixia, infecções congênitas (citomegalovírus, toxoplasmose e rubéola), infecções (em especial a meningite), hipoglicemia e policitemia. Os bebês de risco apresentam características próprias, podendo apresentar: hipotonia ou hipertonia, problemas alimentares, respiratórios, imunológicos, no sistema termorregulador, no sistema motor e neurológicos, devido à imaturidade de seus sistemas, prejudicando a harmonia entre os campos humano e ambiental.

A proposta deste estudo, está voltada ao cuidado de prematuros, que também são considerados recém-nascidos de risco. Em neonatologia, risco é

entendido como “a presença de uma característica ou fator (ou de vários) que aumenta a probabilidade de conseqüências adversas” (Luz, Neves e Reis 1998, p. 369). Define-se o fator de risco como toda característica ou circunstância que o recém-nascido possui em passar por um processo patológico ou de ser afetado desfavoravelmente por tal processo.

Procuro agora fazer uma abordagem sobre as características do recém-nascido prematuro, que representam uma grande população dos bebês de alto risco, seguindo as descrições de Jornada apud Miura (1997, p. 118)

O recém-nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas, é considerado pré-termo ou prematuro e vem fascinando estudiosos nos últimos anos, em função das suas peculiaridades. Atualmente considera-se os prematuros como seres sociais, responsivos e que apresentam grande vitalidade, apesar da sua imaturidade fisiológica já que um dos sistemas mais frágeis do recém-nascido de risco é o controle dos seus desequilíbrios sistêmicos.

Os estímulos visuais no prematuro podem ser observados a partir de 30 a 32 semanas de gestação e o estímulo auditivo funcional desenvolve-se a partir de 26 semanas de vida, entretanto as respostas auditivas se estabelecem a partir de 32 a 34 semanas.

Ao nascer, podem apresentar tecido adiposo diminuído, musculatura pouco desenvolvida, a pele recoberta por vernix caseoso, geralmente apresentam-se edemaciados, apresentam nódulo mamário menor que 5mm, a cabeça é relativamente grande em relação ao tórax, abdômem freqüentemente está distendido, a genitália é pouco desenvolvida e o tônus muscular também está diminuído.

No que se refere às características funcionais, as funções hepáticas estão deficientes, podendo apresentar icterícia. A função respiratória está prejudicada, apresentando imaturidade pulmonar, devido ao desenvolvimento incompleto dos alvéolos e capilares e da imaturidade do centro respiratório, não são raras as vezes em que fazem hipoxemia. Geralmente apresentam dificuldade na manutenção da temperatura corporal, pois os prematuros são pequenos e apresentam pouca camada gordurosa, favorecendo assim, a perda calórica. A

fragilidade dos vasos capilares do prematuro é bastante acentuada, favorecendo a anemia e a propensão às infecções (Miura e Procyanoy, 1998)

Até 35 semanas os prematuros apresentam movimentos incoordenados, clônicos e tremores. A partir de 36 semanas, estas características se alteram significativamente e no recém-nascido a termo podem ser observados movimentos complexos como levar a mão à boca ou girar a cabeça em direção a uma fonte luminosa.

Diante de todos estes riscos, parece quase impossível cuidar deste ser. Porém, é interessante lembrar que "mesmo um bebê com danos possui capacidades maravilhosamente insuspeitadas para recuperar-se"... (Brazelton, 1988, p.87). Obviamente que os bebês prematuros continuam sendo complicados, e o cuidado deles é um processo repleto de exigências. No entanto, são tantas as possibilidades de recuperação que até os profissionais mais experientes jamais julgariam serem possíveis.

Um bebê prematuro não pode ser comparado a um bebê a termo porque ele é um ser único com um processo de desenvolvimento característico ou específico. Muitos autores descrevem este processo de desenvolvimento como sendo um processo contínuo de adaptação ao sistema interno (aspectos fisiológicos e comportamentais do bebê) e do sistema externo (aspectos do contexto no qual está inserido e daqueles que cuidam do bebê) (Meyerhof, apud Kudo, 1997, p.204). Assim na concepção rogeriana, o recém-nascido é considerado como um todo que mantém uma relação dinâmica com o ambiente e o seu processo de vida é caracterizado em sistemas de campos abertos, em constante troca de energia (Marriner, 1997, P.213).

É importante respeitar o ritmo de cada bebê, percebendo suas potencialidades e fragilidades. Devem ser percebidas e consideradas as reações comportamentais, pois o bebê de risco não é um depósito para receber estímulos, mas sim um ser humano altamente participante do contexto no qual está inserido e com infinitas capacidades de intervir no ambiente.

Cabral (1998, p. 255) afirma que é "através do cuidado, que o bebê estabelece suas interações sociais, pois é tocado, recebe calor humano e afetividade". Assim, buscar desenvolver um processo mútuo de trocas de energia

com o bebê de risco, talvez seja o objetivo mais importante do cuidado, pois desta forma estaremos acreditando na sua possibilidade em participar das relações humanas, considerando o ser unitário.

Como já foi abordado na introdução e no início desta revisão de literatura, muitos profissionais têm se preocupado com a humanização da assistência neonatal, com a questão da separação do bebê de sua família. Procuo aprofundar estas questões, fazendo uma abordagem sobre o recém-nascido prematuro e a sua separação da mãe.

4. Procurando compreender a separação do recém-nascido prematuro da mãe

A maternidade é um período de desenvolvimento e de crise na vida da mulher. Neste processo ocorrem intensas transformações em relação a ela, à criança e à família como um todo. Neste contexto, a família vivencia muitas mudanças com o nascimento de um bebê, reconfiguram-se os papéis de mãe, pai, irmão e filho.

O nascimento de um bebê traz consigo o redimensionamento da estrutura familiar, ocorrendo mudanças que podem ser percebidas como uma contínua padronização dos campos humano e ambiental, contínuas, mútuas e pandimensionais (Rogers, 1990).

O sistema de Alojamento Conjunto serve como apoio a estas “novas” famílias e, na minha compreensão, este é o início de um trabalho para a formação e desenvolvimento do apego. Mãe e bebê estando juntos, podem mais rapidamente ir aprendendo um sobre e com o outro. Mesmo com o apoio do Alojamento Conjunto, Kimura (1996, p.45-46) refere que o relacionamento entre família e bebê, pode estar prejudicado, pois muitas vezes a mãe experimenta uma sensação de fracasso ao tentar cuidar de seu filho. Muitas mães de recém-nascidos nunca tiveram oportunidade de tocar ou cuidar de um bebê. Para elas, o recém-nascido é um ser misterioso, cujas características lhes são desconhecidas. Na fase de adaptação ao nascimento, a mulher sente necessidade de mobilizar todos os seus recursos para se adaptar socialmente aos seus novos papéis, de mãe, esposa e trabalhadora. Entendo que esta nem sempre é uma tarefa fácil. Muitas mães sentem-se inseguras para cuidar de si e de seu bebê, considerando que muitas vezes as regras e

procedimentos valorizados pela sociedade podem ser desconhecidos para a mãe e, muitas vezes, não são os mesmos que os seus.

Diante do exposto, o processo de nascimento pode ser considerado complexo, mas também pode ser uma excelente vivência de aprendizagem e de crescimento pessoal. Penso que o sentimento de ligação à criança e de estar aprendendo a cuidar de seu filho, a sensação de prazer com a interação, a segurança em perceber que o bebê está bem ou está respondendo bem, faz com que ambos (família e bebê) vivenciem esta nova experiência como um processo de construção do seu novo cotidiano.

Aliado a este processo de nascimento, existe outro agravante no nascimento de um bebê de alto risco: a separação. Brazelton (1989, p.94), refere que a separação de um bebê deve ser muito dramática para as mães. A mãe de um bebê de risco sente abruptamente esta separação, pois sente-se a causadora de riscos para o bebê, bem como não se conforma em ter que deixá-lo aos cuidados de outras pessoas. Para este autor, o luto após o nascimento de um prematuro é inevitável. Os pais não somente demonstram esta reação pela perda do bebê perfeito que esperavam, mas também lamentam os defeitos do bebê que produziram, culpando-se, consciente ou inconscientemente. A fim de superar estes sentimentos, o tempo é um fator fundamental. Penso que o processo de humanização, como uma forma de procurar compreender os significados do cuidado, do que estamos fazendo, também possa tornar esta situação mais amena, e menos traumatizante.

Nesta perspectiva, a humanização pode ser um processo culturalmente construído e representa um desafio a ser buscado pelos profissionais que atuam em neonatologia. Na últimas décadas, a assistência neonatal tem buscado centrar o cuidado no recém-nascido e na sua família. Entendo que a humanização do mundo da UTI passa pela convivência com a família nessa Unidade.

A dança também pode ser entendida como uma forma de humanização, com os diálogos que estabelece entre as(os) bailarinas(os) e o público, permitindo resgatar significados, buscar novos movimentos e expressões, enfim, em suas muitas formas a dança também está inserida no contexto das relações humanas.

Takehashi (1996, p.18) apresenta algumas iniciativas que favorecem a humanização, além daquelas apresentadas no Capítulo I:

- programa de apoio mútuo entre os pais de bebês internados. O apoio que um familiar pode oferecer a outro, adquire um significado especial e constitui-se em um acréscimo à competência dos profissionais, e se torna um veículo importante para os pais lidarem com o seu estresse e também de cuidar de seu filho;
- programas de pais participantes, que tem como objetivo ensinar os pais a cuidarem de seus filhos, para adquirirem mais confiança em suas capacidades; tem como finalidade favorecer o vínculo afetivo mãe-bebê;
- programas de seguimento, desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar, com a finalidade de monitorizar o crescimento e desenvolvimento da criança, bem como tratar de seqüelas decorrentes da prematuridade.

Pesquisando outras fontes, encontro outras iniciativas que favorecem a humanização como:

- o processo de humanização do parto: desenvolvimento de ações que respeitam a dignidade da mulher e do recém-nascido, estimulando o parto normal, o contato imediato com o bebê logo que nasce e o aleitamento materno;
- o “método canguru” ou “contato pele-a-pele”: este método permite, ao bebê fisicamente estável, estimulação pelo contato pele-a-pele, nutrição, calor e amor de forma natural. Além de promover o contato emocional, tátil, visual, favorece a formação do vínculo pessoa significativa-bebê;
- propostas de intervenção no ambiente sensorial do RN em UTI, que recomendam minimizar o excesso de luminosidade, ruídos e manipulação do bebê;
- liberação do horário de visitas para os familiares.

Muito se tem avançado em termos de desenvolver ações que promovam a humanização do atendimento ao recém-nascido, porém a forma de pensar o cuidado com a participação dos familiares ainda se limita a poucas instituições de saúde e são ainda tentativas isoladas. O enfoque à família em UTI Neonatal fica restrito aos aspectos de formação do vínculo afetivo e no atendimento aos pais quanto às necessidades de informação sobre o estado do bebê e de orientações sobre os cuidados, como já mencionei.

5. Procurando entender a vivência da pessoa significativa no universo da UTI Neonatal³

A internação, em UTI, é um processo complexo muito doloroso. Sentimentos difusos perfazem a vivência de ter alguém “querido” internado, onde a morte é uma possibilidade iminente. Assim também, a pessoa significativa, ao ver o bebê internado em UTI, passa a enfrentar uma série de conflitos para aprender a lidar com a situação. Penso que com o recém-nascido, o processo é dificultado pela fragilidade e dependência que apresenta. A trajetória da pessoa significativa durante a internação é permeada de sentimentos como ansiedade, medo, tensão, preocupação e desespero, pois o estado clínico do bebê geralmente é tão instável que não permite que os profissionais forneçam garantias de seu prognóstico de vida.

O nascimento de um recém-nascido prematuro ou de alto risco é geralmente fonte de angústia. Os pais saem da maternidade sem levar o bebê no seu colo para casa. Provavelmente não receberão a visita de pessoas queridas, ou familiares para conhecer o novo membro da família e para festejar a sua chegada. Ao contrário, seus pensamentos estarão voltados à saúde do recém-nascido; as frequentes visitas à Unidade Neonatal podem trazer cansaço e fadiga aos pais, isto sem falar da preocupação com o bebê que absorve praticamente todas as suas energias. Lebovici (1987, p.190) considera que a mãe fica frustrada por não poder levar para casa o seu filho, podendo sentir-se ferida em seu narcisismo. O nascimento de um prematuro pode representar a confirmação de suas fantasias de castração, por ela ter dado a luz a um bebê “incompleto”. Assim, se a mãe e o pai se sentem responsáveis pela prematuridade do recém-nascido, confirmando seus temores fantasiosos de não serem capazes de ser pais, podem viver um sentimento de culpabilidade.

Atrélada a esta culpa fantasiosa, a dor agrava-se devido à separação imposta pela própria parturição e provável internação do recém-nascido na Unidade Neonatal. Assim, o parto acaba sendo prematuro, tanto para os pais como para o bebê. Para Lebovici (1987, p.191) os pais se sentem punidos pela separação, visto

³ Retomando o conceito operacional do referencial teórico, a pessoa significativa é toda aquela que independente dos laços familiares sente afeto pelo bebê ou expressa algum sentimento de amor e desenvolve um compromisso com o seu desenvolvimento.

que na maioria das instituições, apenas os profissionais de saúde é que têm o direito e são capazes de cuidar do bebê. Como fator agravante a esta complicada situação, é o fato que o bebê de risco estar mais propenso a problemas de saúde e os pais se sentem perturbados com a angústia de morte.

Nos primeiros dias após o nascimento, os pais de recém-nascido internados na Unidade Neonatal parecem ser menos parceiros no processo cuidativo de seus bebês. Percebe-se que eles talvez tenham um pouco de receio em tocar ou conversar com o bebê. Entretanto, depois dos dias iniciais de nascimento, Lebovici (1987, p.194) observa que os pais parecem ficar mais ligados nos cuidados aos recém-nascidos. Talvez porque neste período, após o parto, os pais se esforcem muito para interagir com o bebê, que geralmente apresenta mais dificuldade para responder aos estímulos do que os bebês nascidos a termo.

Fico imaginando como deve ser difícil para as pessoas significativas verem o seu recém-nascido, envolto a um emaranhado de fios, ligados a tantos aparelhos, rodeado por pessoas devidamente paramentadas com seus aventais e luvas, andando de um lado para o outro, ou de um recém-nascido para o outro, com seus olhares preocupados e falando termos totalmente desconhecidos para eles. Parece ser muito complicada a internação do recém-nascido para estas pessoas ligadas afetivamente a ele. Para visitar seus filhos precisam: anunciar sua chegada; lavar as mãos em pias e torneiras esquisitas, que funcionam com o pé; ao lavar as mãos, alguém vem e ensina como ensaboá-las, com sabonete também diferente do que estão acostumados a usar. Continuando o ritual, agora os visitantes precisam paramentar-se com aventais que trançam o seu corpo de maneira muitas vezes estranhas. Ainda não acabou: precisam esperar que alguém os acompanhe até o berço ou incubadora de seu bebê. Depois de todo este ritual, finalmente chegam/encontram o seu tão esperado objeto de desejo: seu filho. Percebo que muitas vezes ao se encaminharem para perto de seu filho, os pais olham assustados ao redor, os outros recém-nascido e para todo o ambiente altamente tecnológico. Muitas vezes ao encontrarem o seu recém-nascido emocionam-se, acho que pensam: estamos exaustos, percorremos uma maratona para te encontrar ou para ter o direito de te ver.

Continuo observando: os profissionais vão explicando sobre o horário das visitas; como os bebês estão; se têm alguma dúvida sobre o estado de saúde; se a mãe está indo ao Banco de Leite ordenhar o leite para o seu filho; enfim, uma série de coisas que, muitas vezes, os pais nem escutam. Foi assim, que pude sentir o ritual de visitas. Muitas e muitas vezes participei dele, nem me dando conta do que estava ao redor, do que os pais pudessem estar sentindo ou do significado deste momento para eles. Foi interessante poder observar, sem participar como coadjuvante, e sim, como mera espectadora. Para mim, representou muito, ou pelo menos, propiciou a reflexão do processo como um todo, me fez repensá-lo. Não posso afirmar que esta reflexão seja absoluta, até porque foi apenas a minha percepção, mas permitiu que compreendesse a visita em uma outra dimensão.

Ao mesmo tempo que os pais precisam submeter-se aos rituais da internação do recém-nascido, penso ser importante para eles entregá-los nas mãos de pessoas confiáveis e preparadas tecnicamente para cuidar de seus bebês.

Para Gomes (1996, p.51), os pais, ao mesmo tempo que confiam no cuidado especializado proporcionado pela UTI e pela equipe de saúde, sentem-se desesperados por verem o seu filho sofrendo e por se sentirem impotentes para aliviar sua dor. Penso que assim também para as pessoas significativas, o convívio com o bebê na UTI pode ser um processo doloroso e conflituoso. Mas à medida que percebem o bebê como um ser humano real, interagem, sentem-se responsáveis pela sua proteção e seus cuidados e vão aprendendo a lidar com a situação, passando a dividir as responsabilidades das decisões sobre o bebê, com a equipe de saúde. Na minha compreensão, a inserção da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI, permite que possam superar mais facilmente as adversidades da internação, tornando-a menos dolorosa e mais feliz à medida do possível.

Assim, também na criação de um espetáculo de dança, os diversos setores dos bailarinos aos técnicos movimentam-se: começam os ensaios, o elenco é selecionado, os figurinos são confeccionados, os cenários são construídos e a música vem incorporar-se à dança, enquanto a linguagem dos movimentos procura ser aperfeiçoada/ aprofundada. O trabalho e a participação de todos tornam-se cada

vez mais intensos. Para expressar a linguagem dos movimentos com todas as suas divergências, procuram através do esforço coletivo unificar e buscar sua arte.

6. Compreendendo a formação e desenvolvimento do apego:

Na tentativa de ampliar o contexto do cuidar do recém-nascido em UTI, procuro fazer algumas reflexões sobre este processo cuidativo, para procurar favorecer a inclusão da família e/ou pessoa significativa nesse processo. Para compreender este cuidar do recém-nascido, faço referências à questão do apego.

“A formação do apego não se refere a ação recíproca entre um bebê e um adulto, mas ao fenômeno, pelo qual, os adultos, através de um fluxo, de mão única, de preocupação e afeição, tornam-se comprometidos com as crianças que estiverem sob seus cuidados durante os primeiros meses e anos de vida. A intensidade do apego reflete o grau de envolvimento com o recém-nascido, que geralmente é maior na mãe, um pouco menos no pai, e diminui em relação aos outros membros da família” (Klaus e Kennel, 1993, p. 22).

O apego é crucial para a sobrevivência e desenvolvimento do recém-nascido. Esta ligação é muito intensa, pois mesmo antes do nascimento, o bebê se desenvolve dentro do corpo da mãe, e após o seu nascimento, passa a ser completamente dependente dela. Segundo Klaus e Kennel (1993, p. 23), “o laço original entre pais e bebê é a principal fonte para todas as ligações subseqüentes do bebê e é o relacionamento formativo, no decorrer do qual a criança desenvolve um sentido de si mesma. A força e o caráter deste apego influenciarão, por toda a vida, a qualidade de todos os laços futuros com outros indivíduos”.

Brazelton (1988, p.11) refere que o apego não acontece da noite para o dia, embora reconheça que a conexão com o recém-nascido seja instintiva. Penso o apego como um processo contínuo, que vai se construindo a cada dia, através dos processos mútuos de trocas de energia com o recém-nascido.

Procuro discutir os processos pelos quais as pessoas se afeiçoam às outras. O termo “apego” difere de “vínculo”, porque apego sugere o laço dos pais em relação ao bebê, enquanto o “vínculo” sugere o oposto, ou seja, o laço do bebê em relação aos pais. Neste estudo, uso a palavra “apego”, nos dois sentidos, isto é, de trocas de energia, reciprocidade e simultaneidade.

Considerando a importância do apego no recém-nascido/família, vale fazer considerações acerca do contexto do nascimento .

Por ocasião do parto, acontece a separação de dois corpos que viveram juntos, um dentro do outro por nove meses; em uma relação de total dependência. No momento do parto, o bebê adquire vida própria, tornando-se um ser humano mais independente, passa a fazer sozinho uma série de atividades que antes a mãe o ajudava, como: respirar, comer, conhecer, interagir.

A mãe, por sua vez, passou por tantas ansiedades até conseguir entender o processo de gravidez, ou o que significa gerar um bebê. Após o nascimento precisa começar a entender outro processo, já que o bebê não faz mais parte do seu corpo, não é mais uma extensão sua. Ela precisa iniciar o processo de cuidar, amar, educar este novo ser (Soifer, 1992, p.51).

Como Rogers, acredito no potencial do ser humano, na sua capacidade de evolução. Penso que o nascimento seja uma possibilidade de crescimento tanto para o bebê como para a família. Não interessa o quanto possam estar confusos, ou se sentindo pressionados com o nascimento e com suas próprias vidas. A partir do parto, nasce uma família onde os papéis sociais se modificam e todos esses conflitos podem representar uma possibilidade de crescimento e evolução do ser humano.

No entanto, o parto na maioria das instituições de saúde, está institucionalizado, ou seja, há uma forte medicalização do nascimento que abre caminho para o desenvolvimento da indústria médico-hospitalar. Esta questão faz com que, muitas vezes, nesta ocasião o recém-nascido seja separado da mãe, ficando privado do contato pele-a-pele (interação através do calor da pele da mãe), e do contato olho-no-olho (interação que se origina dos olhos). Em se tratando do bebê prematuro, esta questão se agrava, pois não são raras as vezes em que o bebê precisa receber cuidados de emergência. Esta separação institucionalizada, por ocasião do parto, dificulta a formação/desenvolvimento do apego, já que as primeiras horas de vida são essenciais para a consolidação dos laços afetivos. A meu ver, para tentar diminuir estes agravos, o sistema de alojamento conjunto pode resgatar esta primeira lacuna no desenvolvimento do apego.

Considerando a internação do bebê em uma UTI, a situação se torna um pouco mais complexa. Estudos recentes demonstram que o nascimento de um recém-nascido de risco representa muitos conflitos aos pais que acabam interferindo no seu processo terapêutico. As reações e percepções dos pais frente ao nascimento de um recém-nascido prematuro podem ser identificadas como: problemas de auto-estima, sentimento de culpa, perda, insegurança, ansiedade, medo, incapacidade, reações de separação (Klaus e Kennel, 1993, p. 176). Parece que a compreensão destes significados pode favorecer o desenvolvimento do apego e facilitar o processo cuidativo.

Barnard apud Klaus e Kennel (1993, p.177), aponta para os diferentes significados de um bebê prematuro e sua mãe; "...as mães de bebês prematuros são menos sensíveis aos sinais dos seus filhos. E os bebês também são menos claros em seus sinais, além de menos responsivos..." Porém, se conseguirmos entender essas diferenças e perceber o recém-nascido prematuro, como um ser social, com infinitas possibilidades, com características e ritmos próprios estaremos ampliando as possibilidades de atuação. Além disso, compreender o processo de desenvolvimento do recém-nascido e o seu estado de saúde como temporário favorece o processo cuidativo. Brazelton (1988, p. 13) observa que, o bebê, desde o nascimento, está pronto para interagir com o ambiente e à medida que é cuidado e recebe respostas de quem o cuida, adquire uma base que lhe permite participar e responder ao ambiente. Esta interação, incentiva o seu aprendizado pessoal. Esta experiência do aprender, "impulsiona o bebê a um rico senso de maestria sobre si mesmo e sobre o seu ambiente. Enquanto isso, a maturação de seus sistemas nervoso e motor forma a base para um progresso adicional posterior" (Brazelton, 1988, p.14). Em outras palavras: mesmo um recém-nascido de risco possui infinitas potencialidades para se recuperar, especialmente se as interações sociais forem incentivadoras e precoces. Para Brazelton (1988, p. 87), "um ambiente carinhoso e sensível pode trazer progressos que os profissionais acostumados com sua doença jamais julgariam serem possíveis".

Para refletir sobre as relações que se processam no contexto de cuidar em UTI Neonatal, Brazelton, apud Klaus e Kennel (1993, p.77) ilustra muito bem esta questão:

“se oferecermos escolhas que possam ser individualizadas para as necessidades particulares das mães e pais, podemos fazê-los sentir sua importância e responsabilidade, num momento em que suas energias estão desenvolvidas para começar o papel de educadores ou de vinculação com seu novo bebê. Melhorando sua auto-imagem, neste dado período, podemos influenciar, indiretamente, sua capacidade para ser mãe e pai de sua prole. Estas são mudanças simples e óbvias de serem realizadas. Se a demanda é dirigida para uma melhoria na qualidade de vida das famílias – por que não podemos fazer? Talvez este seja um pensamento muito simplista mas no meu entendimento, muito profundo e coerente, gostaria de acrescentar ainda que a essência do ser mãe, pai, ou cuidador não está no que se faz pelo bebê, mas sim na interação que se possa estabelecer com ele”.

Nesta perspectiva, todas as pessoas que cuidam de recém-nascido disputam entre si o domínio do cuidado. Cada um gostaria de ser o principal cuidador do recém-nascido dependente e ao mesmo tempo surpreendente. Os profissionais de saúde geralmente desvalorizam o papel dos pais, para enfatizar o “seu”, como o mais importante cuidador deste bebê. Penso que seria importante se conseguíssemos utilizar esta energia para procurar considerar as relações na qual está inserido, possibilitando assim um cuidar mais humano. Klaus e Kennel (1993, p.116) orientam cuidadores para “desempenhar o papel de protetores da consolidação da união e não da separação das famílias”. Para tanto, faz-se necessário afastar a prática institucionalizada do nascimento, que se fundamenta no tratamento patológico, para reconhecer o potencial das pessoas significativas e visualizar o seu processo mútuo de trocas de energia, permitindo, assim, a humanização do cuidado. Os conflitos e dificuldades dos pais de recém-nascido prematuros, decorrentes da separação, proporcionam um estímulo para repensar o cuidado ao recém-nascido em UTI, de modo a favorecer o processo natural do ser da mãe/ e ou pessoa significativa enquanto cuidadora, e resgatando o seu papel de protagonista do processo cuidativo, ao invés de mera espectadora, respeitando seus diferentes significados, ritmos e momentos.

Seguindo esta linha de discussão, procuro fazer uma abordagem sobre o desapego, já que muitas das crianças que internam em UTI Neo, vão a óbito. Não pretendo descrever sobre como a família sente a perda do seu recém-nascido, procuro apenas abordar sucintamente o que alguns autores relatam sobre o luto no

período neonatal e que, com a minha vivência, tenho percebido e observado ao longo destes anos cuidando de recém-nascidos.

As pessoas geralmente experimentam reações diferentes frente a perda, ou morte de uma pessoa querida, pesquisadores sugerem que a duração ou intensidade do luto são proporcionais à intimidade do relacionamento antes da morte (Klaus e Kennel, 1993, p. 277).

Estudiosos têm notado intensas reações de luto após uma morte neonatal, parecidas muitas vezes, com aquelas percebidas após a perda de um membro mais velho e íntimo da família. Estes mesmos pesquisadores sugerem que a intensidade do luto e tristeza após a perda precoce de um bebê, seja uma forte evidência para a presença de um vínculo afetivo forte.

Diante da realidade da morte, um estudo realizado e citado por Klaus e Kennel (1993, p.280) enfatiza que os sentimentos mais comuns de mães que perderam os seus bebês 22 dias após o nascimento são de tristeza, perda do apetite, insônia, preocupações com pensamentos sobre o bebê, entre outros. Continuam referindo que após a morte, a mãe enlutada geralmente revisa o período antes da morte, para obter evidências de seu fracasso (culpa). Estes autores demonstram que os pais poderiam extravasar mais a sua tristeza e reagiriam melhor à perda se tivessem tido a oportunidade de ver, tocar e se relacionar com o bebê.

A inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo, ou, o processo de criação coreográfica do espetáculo de dança, foi sendo criado para festejar a vida, procurando, em parceria com a pessoa significativa e a equipe de saúde, reorganizar os padrões dos campo humano e ambiental do recém-nascido, em seus diferentes movimentos e expressões. Todo o processo cuidativo tem como proposta possibilitar o recém-nascido dançar a sua vida em toda dimensão, com toda a sua força e esperança. No entanto, nas interações que se processam no contexto de cuidar de recém-nascido em estado crítico, a morte pode ser percebida como uma possibilidade concreta. Entendo que as orientações à família sobre as condições de saúde do recém-nascido deva ser construída fundamentada na verdade, na qual a evolução do bebê deva ser discutida com fatos reais o que, de uma forma indireta, talvez permita à família elaborar a despedida e facilite o processo de luto.

Penso que o fato da pessoa significativa cuidar de seu recém-nascido, além de facilitar o desenvolvimento do apego, serve para percebê-lo como um bebê real e diminuir a sua sensação de culpa. Assim, o cuidado, de uma certa forma, também pode ajudar as pessoas significativas a elaborarem o seu luto. Nesta perspectiva, o processo vital evolui irreversivelmente e unidirecionalmente ao longo do continuum espaço-tempo (Rogers, 1970, p. 59). As relações entre os diferentes níveis de organização dos processos vitais podem ser fundamentais para compreender as suas transformações. O todo passa a refletir as individualidades e as individualidades passam a refletir o todo, com tendência a uma complexidade crescente, seguindo uma ritmicidade.

Para finalizar, nas próximas páginas, faço uma abordagem da vivência do recém-nascido em UTI. Em outras palavras, procuro escutar suas vozes, a fim de procurar compreender o bebê em sua totalidade, considerando as relações que se processam no contexto.

7. Procurando escutar as vozes do recém-nascido no ambiente de UTI

O ambiente da UTI é caracterizado por um espaço onde as pessoas estão sempre ocupadas, atendendo a bebês em estado grave, preocupadas com a monitorização de equipamentos tecnológicos, atentas aos sinais de agravamento e às situações de emergência.

Nos artigos publicados sobre recém-nascido em UTI atualmente, têm sido abordados temas sobre: o ambiente estressante desta unidade, problemas de separação da mãe do seu filho, formação do apego, necessidade de humanização da assistência entre outros. Entretanto pouco se tem falado sobre a vivência do recém-nascido em UTI, talvez por ser uma questão muito subjetiva. Procuro aqui fazer uma abordagem, ainda que breve, sobre o assunto, fundamentada em alguns autores e baseada em minhas próprias percepções.

Considero, assim como alguns autores, o ponto crucial da internação do bebê na UTI a questão da separação recém-nascido – mãe, pois desde a concepção o bebê já faz parte do contexto familiar e quando é afastado deste convívio está se interrompendo o início afetivo dessa relação pelas necessidades do momento. Belli, (1995, p. 194) refere que “há ocasiões, em que o vínculo mãe-filho é prejudicado, ou rompido abruptamente, principalmente quando a sobrevivência do neonato está

em risco. Isso ocorre em situações de parto prematuro ou de nascimento de um bebê de alto risco que precisa permanecer na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo), longe do contato da mãe". Frente à complexidade dessa separação, procuro fazer esta abordagem nesta etapa deste **Baú de recortes**.

Para Ziegel apud Belli (1995, p.195), a UTI pode ser um ambiente deprimente. O recém-nascido tem pelo menos uma infusão endovenosa, fios ligados para monitorização, sonda endotraqueal acoplada a um respirador e, na maioria das vezes, aparece confinado em uma incubadora. A meu ver, este é um retrato bastante real de uma UTI, um ambiente muitas vezes assustador, onde a vida e a morte, o medo e a esperança estão sempre presentes.

O ambiente de UTI pode ser estranho e amedrontador para o recém-nascido, a recepção dele no mundo certamente não é nada agradável e provavelmente diferente da que ele esperava. O recém-nascido está ali sozinho, em um local intensamente iluminado, com luzes brilhantes; dentro de uma incubadora ou berço aquecido todo revestido de aço inoxidável e acrílico, provavelmente muito diferente do útero e do berço que teria em sua casa. A sua volta, este recém-nascido ouve ruídos de monitores e outros aparelhos que funcionam incessantemente; as pessoas que o rodeiam têm vozes totalmente desconhecidas. Ao seu corpo estão afixados muitos tubos e canos: a sua boca está a sonda endotraqueal conectada ao ventilador mecânico que funciona ininterruptamente; ainda na boca há outro tubo mais fino, que é a sonda orogástrica. Ao seu corpo frágil, estão colados sensores para acompanhar os batimentos cardíacos ligados aos fios que conduzem aos monitores. No seu umbigo, ou em alguma veia periférica mais um cateter acoplado ao equipo de soro e à bomba de infusão para mantê-lo hidratado, gotejando lentamente. No seu pé, outro sensor, do oxímetro de pulso para acompanhar a oxigenação e respiração. Não são raras as vezes que seus olhos estão vendados para a fototerapia ou banho de luz. Enfim, pouca parte do corpo está livre.

Além dos ruídos de seus aparelhos, ainda existe o ruído dos aparelhos dos outros bebês internados, vozes estranhas, às vezes a música alta de um rádio. Isto sem falar, dos odores de álcool, desinfetante e medicamentos que pairam no ar. Não é de se estranhar o clima de tensão no ambiente.

Muitas vezes, pode ser difícil achar o pequeno bebê, no emaranhado de fios e sob toda parafernália tecnológica dos equipamentos. Deve ser difícil para os bebês sobreviverem neste local tão estressante, isto sem falar do quanto são manuseados estes recém-nascidos e quantos estímulos dolorosos recebem diariamente. Geralmente acabam ficando machucados (apresentando pequenas lesões) em várias partes do corpo, por tentativas de encontrar veias ou coletar sangue para exames laboratoriais.

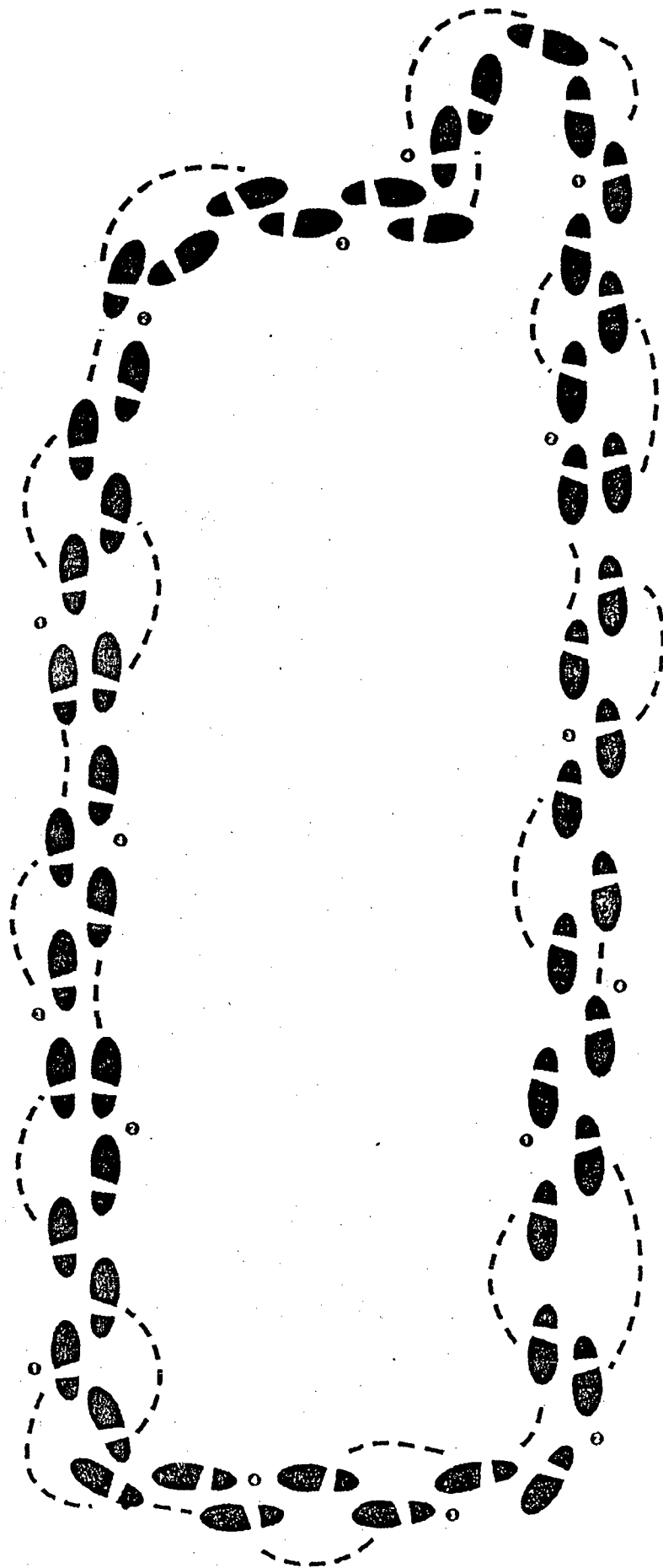
Todas as capacidades sensoriais, já discutidas anteriormente, são formas do bebê interagir com a vida, com o mundo que o envolve. O ambiente da UTI pode não trazer a estes pequenos seres muitas oportunidades em desenvolver naturalmente seus sentidos, pois muitas vezes estão privados destes. Por exemplo, com a venda para fototerapia os bebês ficam sem a visão; os tubos traqueal e a sonda orogástrica dificultam o desenvolvimento do olfato; a dieta zero dificulta o desenvolvimento do paladar e, por serem bebês de risco, durante o período de internação são muito manipulados. Os cuidados, na sua maioria, produzem estímulos dolorosos e raramente prazerosos, pois são poucas as vezes que os recém-nascidos são acariciados. Isto sem falar no choro, que é uma das primeiras e mais comuns formas do bebê se comunicar com o mundo. Ferreira et al (1998, p.112) destaca que o choro é uma forma de adaptação interna com o seu novo ambiente, já que este, nas primeiras semanas, significa respiração de emergência. O bebê de risco, em função dos tubos e sondas, também não consegue chorar. Mesmo privados de suas capacidades sensoriais e, em conseqüência, podendo ter seu desenvolvimento comprometido, é importante lembrar sempre que este bebê é um ser humano, com incríveis atributos e infinitas possibilidades de interagir com as pessoas e que muitas pessoas vêm se preocupando em tentar amenizar este sofrimento. Assim, a vivência do recém-nascido em UTI pode assumir proporções muito mais amplas do que se possa imaginar.

Finalizando esta garimpagem neste baú de recortes, cito Garaudy (1980, p.183). Para esse autor, também a dança, que nasceu e cresceu nas civilizações, nos dias de hoje, pode contribuir significativamente para que o ser humano possa conjugar sinfonicamente, como um dança bem dançada, sua dimensão social e criativa, em uma perspectiva aberta para o futuro.

Isso não significa que a dança precise criar uma nova magia, mas permite ao ser humano a imagem de como a sua vida poderia ser um movimento harmonioso, livre e alegre para nele despertar a nostalgia do presente e a esperança no futuro, assim como a vontade de tornar possível esta realidade.

CAPITULO III:

OS EFEITOS VISUAIS



OS EFEITOS VISUAIS

A descoberta da luz elétrica, no fim do século passado, alterou profundamente o conceito do cenário na dança. Considera-se a arte da iluminação, um apoio valioso para o melhor rendimento do espetáculo. Magaldi (1994, 34) refere que os efeitos visuais são fundamentais e integram o desenvolvimento de qualquer espetáculo. Para esse autor, esses efeitos situam o artista no espaço, além do que, os ajudam o público a completar com a imaginação tudo aquilo que a produção do espetáculo não lhe oferece. Assim, os efeitos visuais são essenciais para a dança, ajudando a caracterizar os seus diferentes movimentos e expressões. Penso que os efeitos visuais completam a produção de um espetáculo de dança, juntamente com as bailarinas, com a cenografia, com a música, enfim, por todos os envolvidos. A iluminação representa uma contribuição significativa para a compreensão da temática desta arte milenar: a dança.

Os efeitos visuais representam o referencial teórico deste espetáculo de dança, pois este me ajudou a ouvir, compreender as diferentes cores, movimentos, expressões e nuances desta dança. Foi então que escolhi a teoria de Rogers para iluminar este estudo, pois em muitos momentos seus princípios me ajudaram a compreender e interpretar os movimentos desta dança.

Naturalmente, que este referencial e estes efeitos visuais não têm a pretensão de explicar este processo na sua totalidade, aliás, concordo com Minayo(1994); para ela nenhuma teoria, por melhor elaborada que seja, dá conta de explicar todos os fenômenos e processos.

Os conceitos deste estudo foram norteadas por alguns conceitos da teoria de Rogers. Para melhor delinear o referencial teórico, os conceitos a serem desenvolvidos são: ser humano (entendidos como: recém-nascido, pessoa significativa e enfermagem – enfermeira), cuidado, ambiente e processo saúde-doença baseados na concepção rogeriana e desenvolvi um conceito de processo cuidadoso. Proponho um sistema organizado de conhecimento que permite um olhar

específico para o cuidado do recém-nascido internado em UTI Neonatal. Sistema este que, a meu ver, ajuda a compreender o contexto no qual o recém-nascido está inserido.

Para melhor estruturar este referencial, considero importante inicialmente fazer algumas considerações sobre o ser humano, contextualizando-o. Para mim, a visão de ser humano envolve um ser social, capaz de pensar e construir sua história. Na minha concepção de mundo, o ser humano vive em uma relação de troca com o mundo, relacionando-se consigo mesmo e com o outros. Neste sentido, o ser humano pode ser entendido nos movimentos da dança e nos pressupostos básicos da teoria de Rogers, pois na trajetória de um espetáculo de dança os desejos e possibilidades de transmissão de coreógrafos, bailarinos e espectadores fundem-se e, de alguma maneira, cumprem uma função criativa, transmissora e receptora (Ossoma, 1988, p. 131).

1º. O ser humano é um todo unificado: está integrado no universo, indivisível, garantido por um campo energético. Possui integridade individual, sendo que suas características são mais que a soma das partes e diferentes dela. Devido a sua totalidade, o ser humano apresenta uma ação recíproca com o meio, trocando matéria e energia; evolui porque é instável, têm qualidades negentrópicas (conceito que envolve princípios da física relativista quântica, um conceito "auto"/implica em ordem crescente, complexidade e heterogeneidade) e entrópicas (princípio da termodinâmica que regula as leis das trocas e da conservação de energia/segundo a qual a tendência dos corpos é passar do estado natural para sucessivos estados de energia até resultar no calor). Portanto, o ser humano constitui um sistema aberto, complementar ao campo ambiental. O processo vital do ser humano representa um curso dinâmico contínuo, criativo, evolutivo e incerto, sujeito a modificações constantes (Rogers, 1970, p. 333).

2º. O ser humano e o meio trocam matéria e energia continuamente entre si. As mudanças ocorrem num eixo espaço-tempo e a cada momento é um ser humano novo. Apresenta características de imprevisibilidade no processo vital. Essa troca constante de matérias e energia, entre ser humano e o ambiente, caracteriza cada um deles como sistemas abertos (Quiston e Weeb, 1995, p.11). Os seres humanos

deste estudo (recém-nascido, pessoa significativa e enfermeira) estão em um processo contínuo e mútuo de troca de energias na UTI Neonatal.

3º. O processo vital do ser humano é irreversível e unidirecional ao longo do eixo tempo-espço. Apresenta padrão e organização (seguindo o modelo de espécimes), com tendência a uma complexidade crescente, seguindo uma ritmicidade, considera o campo energético como uma unidade, a vida como inovadora. Na perspectiva rogeriana, o ser humano nunca pode voltar atrás ou ser algo que foi anteriormente. Em qualquer determinado ponto no tempo, o ser humano é a expressão da totalidade de eventos presentes naquele determinado período (Rogers, 1970, p. 59).

4º. O padrão identifica o ser humano e reflete sua totalidade inovadora. Padrão e organização, para Rogers, é um conceito que define relativa regularidade dos campos humano e ambiental, que lhes imprime uma unidade energética. O processo vital, na concepção rogeriana, é continuamente inovador e requer, para sua compreensão, o conceito de ser humano em evolução. Como um ser que pensa e sente, o ser humano, pode perceber o universo sob diferentes aspectos. Os padrões podem assumir novas dimensões de significado a cada momento, pois o processo vital retrata a natureza dinâmica da vida (Rogers, 1970, p. 75).

5º. O ser humano caracteriza-se por sua capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção. O ser humano pertence a uma ordem superior a outros animais, caracterizado como um ser que pensa e sente, percebe o universo, com capacidade de abstração e imaginação, pensamento e linguagem, sensação e emoção (Rogers, 1970, p. 73).

Baseados nestes pressupostos estão os quatro blocos estruturais identificados por Rogers: campos de energia, sistema aberto, padrão e pandimensionalidade.

1. Campos de Energia: como "a unidade fundamental da vida e não vida. Campo é um conceito unificado. Energia significa a natureza dinâmica do campo; o campo

está em movimento contínuo e é infinito” (Rogers, 1990, p.7). Esta teórica considera dois campos de energia, o campo humano e o ambiental. Neste estudo o campo humano representa o recém-nascido, as pessoas significativas, a enfermagem enfim toda a equipe que trabalha na UTI. O campo ambiental representa todo o universo da UTI Neonatal.

2. Sistema Aberto: o conceito de sistemas abertos universais indicam que “os campos de energia são infinitos, abertos, e integrados um com o outro. O campo humano e ambiental são considerados sistemas abertos e estão continuamente interagindo entre si” (Marineer, 1997, p. 213). Procurei compreender o processo cuidativo como um sistema aberto integrado às relações contextuais que se processam no universo da UTI Neonatal.
3. Padrão: os padrões identificam os campos energéticos, “a característica distinguível de um campo de energia, percebida como uma onda solitária” (Rogers, 1990, p.7). Padrão é uma abstração que se apresenta através de suas manifestações. Cada padrão de campo é único e integral, demonstra variações e mudança constante. Assim, os padrões de campos são imprevisíveis, dinâmicos, criativos e inovadores” (Quiston e Weeb, 1995, p.15). Os padrões podem ser representados pelos passos, compassos e descompassos na inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI.
4. Pandimensionalidade: pode ser definida como um “domínio não linear, sem atributos espaciais ou temporais.... representa um domínio infinito, sem limite. (Rogers, 1990, p.7) Nesta vivência a pandimensionalidade pode ser representada pela experiência da interação e troca de energia entre as pessoas envolvidas no processo cuidativo do recém-nascido em UTI.

O processo de vida do recém-nascido internado em UTI é caracterizado como totalitário, aberto, (não linear e não direcional), com padrões de interação com seu ambiente, representado pela pessoa significativa, pela enfermagem e pessoas que o cercam, enfim por tudo que o envolve direta ou indiretamente. Estas interações podem ser entendidas como os padrões de sentimento, pensamento entre as pessoas e o recém-nascido.

A partir dos pressupostos e dos 4 blocos estruturais, Rogers fundamentou os princípios da homeodinâmica, que são postulados na natureza da

mudança. Representam uma maneira de perceber o ser humano unitário e de perceber o mundo na sua totalidade. Os princípios da homeodinâmica se organizam em 3 princípios básicos: integralidade, ressonância e helicidade.

1. Integralidade propõe que a interação entre os campos humano e ambiental seja contínua, mútua e simultânea (Quiston e Weeb, 1995, p.19).
2. Ressonância estabelece que o campo humano e ambiental são identificados por padrão e organização ondulatórios, manifestando contínuas mudanças de padrões de ondas de baixa frequência para ondas curtas de alta frequência (Quiston e Weeb, 1995, p.19).
3. Helicidade caracteriza-se pelo redimensionamento das ações e propõe que a natureza do ser humano e ambiente é sempre inovadora, imprevisível e emerge em interações contínuas, mútuas e simultâneas, manifestando uma ritmicidade não repetitiva (Rogers, 1980, p.174).

Procurando fazer uma analogia, tanto o processo cuidativo como a dança fazem emergir uma troca de energia. Essa energia, possibilita ao coreógrafo, receber das experiências que a vida lhe oferece e transmitir sua sensibilidade poética através da sua criação. As bailarinas com suas expressões rítmicas, plásticas e energéticas conseguem dar movimentos e significados à obra do coreógrafo e o público, por sua vez, sente a emoção da criação artística podendo reinventar a obra e ainda com a sua receptividade transmitir os seus sentimentos e percepções aos outros espectadores, à bailarina e à coreógrafa.

Nesta perspectiva, a definição conceitual de ser humano é entendida como:

SER HUMANO: “ser humano unitário é definido como um campo de energia irreduzível, indivisível, pandimensional identificado pelo padrão e manifestando características que são específicas, diferentes daquelas de suas partes e que não podem ser preditas do conhecimento de suas partes” (Rogers, 1990, p.7)

Como na espécie humana o bebê é totalmente dependente, no meu entendimento é importante compreender o ser humano recém-nascido neste processo, relacionando-o aos conceitos de pessoas significativas e enfermagem.

Recém-nascido (RN): é ser humano de 0 a 28 dias, internado na UTI Neonatal, da Maternidade Darcy Vargas, em Joinville. Neste estudo, procuro visualizá-lo dentro de seu ambiente, a UTI. O recém-nascido é considerado na sua unicidade e integralidade. É concebido como um ser social, sensível e em evolução. É aquele que, por apresentar imaturidade fisiológica, decorrente da relação desarmônica com o ambiente (no útero da mãe e depois no ambiente de UTI) pode apresentar deficiências em seus sistemas vitais e no seu desenvolvimento. O curso probabilístico do processo vital do recém-nascido, na maioria das vezes, é bom; podendo algumas vezes ser desfavorável, por comprometer a sua qualidade de vida.

Os recém-nascidos são seres sociais, sensíveis, racionais, perceptivos e reativos. Segundo Klaus e Klaus (1989, p.66), os bebês têm prazer e interesse em uma variedade de experiências. Apesar de não existir um jeito certo de interagir com eles, a sintonia com os bebês faz com que se descubra muitas formas de interação. Assim, o período neonatal é caracterizado por um processo contínuo de mudanças, que promovem o desenvolvimento de seus potenciais de expressão. Aqui, é preciso estar especialmente atento para perceber estas formas de expressão, no sentido de promover a interação entre os campos do recém-nascido, propiciando o desenvolvimento de suas potencialidades.

O recém-nascido internado em UTI apresenta, como todo bebê, características próprias e individuais, apesar de toda a situação desarmônica decorrente da hospitalização, ou seja, da relação desarmônica entre os campos humano (seus processos vitais) e o ambiente da UTI Neo. Os recém-nascidos são seres sociais, diferentes, singulares e únicos, à medida que percebem, criam, fazem e vivem o seu processo, e dão continuidade aos processos vitais de outros seres.

Desde o nascimento, os recém-nascidos mostram-se voltados para a interação social. Logo nos primeiros dias de vida, começam a participar da nova experiência de estar no mundo. Eles vêm ao mundo trazendo uma capacidade incrível em estabelecer relações, ou seja, de interação. Existem infinitas possibilidades do bebê estar ou agir no mundo (Klaus e Klaus 1989, p. 18). Os incríveis atributos do recém-nascido têm como objetivo principal preparar este ser para a interação com a família, com o mundo e para o seu processo vital. Da mesma forma que o recém-nascido a termo, o recém-nascido internado em UTI, capta muita

coisa ao seu redor e responde rapidamente, influencia e é influenciado pelo ambiente, podendo ou não modificá-lo. Portanto, o recém-nascido e o seu ambiente estão continuamente trocando matéria e energia um com o outro.

O bebê internado em UTI apresenta um ritmo próprio, com diferentes e infinitas habilidades de perceber o mundo. Habilidades estas, que continuam a evoluir e a se desenvolver ao longo da vida. Assim, o processo da vida do recém-nascido, internado em UTI, envolve irreversibilidade e unidirecionalidade ao longo do continuum espaço-tempo.

Todo recém-nascido é um ser que pensa e sente, percebe o mundo através de seus próprios significados. Na sua totalidade com todos os seus atributos, apresenta uma enorme capacidade de resposta às novidades e infinitas formas de expressão, refletindo assim, sua totalidade inovadora.

À medida que os recém-nascidos são cuidados e recebem a energia de quem os cuida, obtêm controle sobre suas reações, vão conhecendo formas de participar e responder aos estímulos do ambiente. Esta troca de energia, proporciona também um aprendizado sobre si mesmo.

Agora apresento a definição conceitual de pessoa significativa, também considerada ser humano neste processo.

- **Pessoa Significativa**: Como descrevi na introdução, as pessoas significativas são todas aquelas que independente dos laços familiares (mãe, pai, tia, avó, irmão...) sentem afeto pelo bebê ou expressam algum sentimento de amor e desenvolvem um compromisso com o seu desenvolvimento ou integralidade.

As pessoas significativas, neste estudo, estão comprometidas com o desenvolvimento de um processo mútuo e contínuo com o bebê e seu ambiente. Serão aquelas que junto com a equipe de enfermagem participarão dos cuidados com o bebê, estabelecendo uma relação de troca com o recém-nascido, no sentido de trocar sentimentos e reações. Assim, a pessoa significativa é parceira e cliente da enfermagem; sua energia, seus sentimentos e comportamentos complementam-se para mantê-los unidos.

Em se tratando de recém-nascido internado em UTI, é imprescindível reconhecer a importância da família no processo terapêutico, fazendo-se necessário

favorecer este processo mútuo e contínuo de troca. A participação de pessoas significativas no cuidado do recém-nascido internado em UTI, segundo alguns autores é de fundamental importância por exercer profundos efeitos no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido.

No meu entendimento, a pessoa significativa é a mais indicada para reconhecer ou conhecer os chamados do bebê, por estar afetivamente ligadas a ele. Portanto, ela poderá cuidar com muita propriedade do recém-nascido, exercitando o cuidado materno no ambiente de UTI.

Assim, neste estudo, proponho devolver às pessoas significativas sua função natural de cuidador, procurando não desconsiderar o contexto no qual estão inseridas e favorecendo o processo de socialização do recém-nascido internado em UTI.

Outro ser humano considerado neste estudo é a enfermeira, que pode ser entendida na concepção rogeriana, com o conceito de enfermagem:

ENFERMAGEM: é considerada “ciência e arte. A ciência da enfermagem é um corpo de conhecimento abstrato, a que se chegou através da pesquisa científica e análise lógica” (Rogers, 1970, p.21). A arte, consiste na “aplicação criativa da ciência da enfermagem, para o aprimoramento humano” (Rogers, 1990, p.6). E ainda a utilização criativa do conhecimento da enfermagem” (Rogers, 1990, p.387). “A enfermagem existe para cuidar de pessoas, sua responsabilidade direta e última é para com a sociedade” (Rogers, 1970, p.122).

Neste sentido, a enfermagem é considerada, neste estudo, uma ciência humanista, voltada para a compreensão do recém-nascido, em seus processos mútuos e contínuos de trocas. Está determinada a manter e promover a saúde do recém-nascido, prevenindo alterações e cuidando da reabilitação, com objetivo de estreitar a coerência e integridade do recém-nascido, da pessoa significativa, da enfermagem e do ambiente.

A enfermagem é responsável pela organização do cuidado, procura dirigir e organizar todos os recursos, observando e documentando as relações entre o recém-nascido e seu ambiente.

Neste estudo, a enfermagem considera o recém-nascido como um parceiro ativo do processo cuidativo junto com a pessoa significativa. Esta relação

profissional-cliente-pessoa significativa, e a sua participação no processo cuidativo vai sendo construída como uma relação de troca. Assim, a pessoa significativa é a cuidadora do recém-nascido em parceria com a enfermagem. A enfermeira e a equipe participam como facilitadoras, incentivando, incorporando, e preparando a pessoa significativa para exercer o cuidado materno com o recém-nascido no ambiente de UTI.

A enfermeira, juntamente com a enfermagem incentivam ou favorecem o contato do bebê com as pessoas significativas. Favorecer o processo mútuo e contínuo de trocas entre eles, significa oferecer apoio específico/prático às pessoas significativas para o cuidado de seu bebê e procurando ainda facilitar as relações que se processam em um ambiente de UTI.

Como um todo, o recém-nascido mantém uma relação dinâmica com o ambiente. Seu processo vital é a contínua adaptação do sistema interno (campo humano do recém-nascido) e do sistema externo (campo ambiental).

AMBIENTE / (CAMPO AMBIENTAL): “O ambiente como irreduzível, indivisível, pandimensional, identificado pelo padrão e manifesta características diferentes daquelas de suas partes ” (Rogers, 1990, p.7). “O ser humano e meio ambiente são sistemas complementares, não dicotômicos”(Rogers, 1970, p. 89).

O campo ambiental, nesta prática, é tudo que se relaciona ao recém-nascido; é onde ele recebe o cuidado contínuo, simples, complexo ou especializado, visando atendê-lo no seu processo vital inicial, mediante contínua troca de matéria e energia.

O ambiente de UTI, essencialmente tecnológico, considerado desarmonioso às vezes pelos seus ruídos, excesso de iluminação, cheiros, ritmos acelerados, tensões, emoções, de alguma forma pode influenciar o processo vital do recém-nascido.

O ambiente consiste na totalidade dos padrões que existem externamente ao ser humano. É considerado um campo de energia, e identificado como um padrão integrante do campo humano, irreduzível, indivisível, e único. Na perspectiva rogeriana, os campos humano e ambiental estão em processo contínuo de troca de matéria e energia.

Neste estudo, também fazem parte do ambiente do recém-nascido internado em UTI, sua família, a equipe de saúde, o cuidado, enfim tudo que o envolve direta ou indiretamente, pois ele vem ao mundo, trazendo uma capacidade formidável em estabelecer relações, ou seja, de interação.

O conceito de cuidado, neste estudo pode ser entendido seguindo a concepção rogeriana, como:

“ ... uma intervenção partindo da totalidade do ser humano, ... procede de um conceito unificado de ser humano... através do cuidado, pretende-se promover uma relação sinfônica entre o ambiente e o ser humano, a fim de fortalecer a coerência e integralidade dos seres humanos, para promover as interações entre o ser humano e seu ambiente...” (Marriner, 1994, p.215).

Neste estudo, o cuidado é entendido como processo cuidativo, uma ação terapêutica, uma prática sensível, amorosa e harmônica, na qual a tecnologia aplicada ao recém-nascido em estado crítico faz parte da dimensão do cuidado. Assim o cuidado não pode ser separado de seu contexto (o recém-nascido, pessoa significativa, enfermagem, equipe que trabalha na Unidade e suas relações com universo da UTI).

A meu ver, o processo cuidativo pode ser entendido como uma rede inseparável de relações, na qual as especificidades das partes podem ser identificadas, mas não separadas, da dinâmica do todo. Tem um significado de organização, no sentido de receber pessoas, matéria prima, energia e informações, transformando-as em cuidado para o recém-nascido. Serve como meio de ajudar o recém-nascido a se desenvolver, a fim de fortalecer a integralidade das relações ambientais. Penso que ao processo cuidativo acrescenta-se afetividade, demonstrando o seu caráter humano, ultrapassando os limites da ação isolada.

Assim, o cuidado é uma forma de interação com os seres humanos. Cuidar do recém-nascido em UTI consiste em acompanhar o desenvolvimento do bebê, respeitando seus ritmos, permitindo que ele comece a se encontrar; é desenvolver um processo mútuo e contínuo, procurando estabelecer uma relação de troca contínua entre recém-nascido, pessoa significativa e enfermagem. O cuidado pode estar relacionado com o desenvolvimento do ser humano.

Mayeroff (1971) entende que o cuidado atua no crescimento humano e apresenta como alternativas alguns aspectos como: tempo, reciprocidade, confiança, espaço, humildade, fé, coragem... que chama de ingredientes do cuidado. Seguindo essa concepção, Leininger (1991) apresenta como atributos do cuidado a compaixão, a competência, a confiança, a consciência e o comprometimento. Compartilhando com o pensamento destes autores entendo como ingredientes do processo cuidativo do recém-nascido, além dos citados: conhecimento, afeto, predisposição para a mudança, esperança, honestidade, respeito, consideração, cumplicidade, singularidade. O processo cuidativo do recém-nascido, em UTI, inclui afetividade, demonstrando uma forma de expressão e de interação com o mundo e com as pessoas. Parafraseando Leonardo Boff (1999), o cuidado pode ser entendido como a essência do ser humano, é uma dimensão ontológica do ser.

O cuidado não é entendido aqui como algo estático, rígido e acabado, mas como um processo contínuo. Emerge como um canal catalizador de reflexão, construído a partir das relações com os campos humano e ambiental.

Para que o processo cuidativo seja entendido em sua integralidade penso que precisa algum tipo de adequação entre os significados e os seus contextos representativos, o recém-nascido, a pessoa significativa, eu e o cenário-ambiente. Em outras palavras, para que o cuidado produza ressonância, precisa ser ressonante àquele que é cuidado e para aqueles que são cuidadores, caso contrário pouco significará e perderá o seu sentido.

O processo cuidativo, neste estudo, que propõe a inclusão da pessoa significativa nos cuidados do recém-nascido em UTI, pode ser entendido como uma construção coletiva. Constitui um espaço heterogêneo das diferenças de cada um, construindo o vínculo, com cumplicidade e por meio de instrumentos que favoreçam relações entre seus elementos, recém-nascido - pessoa significativa e enfermeira. Pretendo estabelecer com a pessoa significativa bases para uma negociação de conhecimentos, habilidades e percepções na qual os valores individuais sejam respeitados, discutidos e negociados.

A estimulação pelo contato é um estímulo importante para o crescimento e percepção do recém-nascido, pois fortalece o senso de equilíbrio e transmite ao bebê a sensação de pertencer a alguém. O contato íntimo com a mãe é importante,

pois favorece a conexão física anterior ao nascimento. (Ferreira et al., 1998, p.112) Outros autores reforçam que o tato é muito importante para a interação com o bebê. Em sua dissertação de mestrado, Nietzsche (1991, p.34) refere citando outros pesquisadores, que as primeiras percepções que o recém-nascido apresenta se processam através do tato, o que representa o desenvolvimento inicial das relações que se processam neste contexto. Ressalta ainda que as sensações táteis são capazes de transmitir ao recém-nascido sentimentos como o amor, segurança e prazer. Assim, o contato é o estímulo que permite ao bebê internalizar o mundo que o cerca. Para Cabral (1998, p.255) é através do cuidado que o bebê estabelece interações sociais, é tocado, recebe calor humano e afetividade, isso é estimulação.

A idéia desta vivência, é aproveitar a oportunidade do cuidar para conhecer um pouco mais sobre o recém-nascido transformar o cuidado em momentos de trocas de energia e de afetividade. O processo cuidativo proposto para o recém-nascido em UTI, pode ser entendido como uma possibilidade que favoreça o processo de descoberta de si mesmo e do mundo e que aliado aos estímulos do ambiente permitam o desenvolvimento de outras interações.

O último conceito a ser abordado neste estudo é o processo saúde-doença, entendido como uma expressão do processo vital:

SAÚDE-DOENÇA: “não são condições dicotômicas, fazem parte do mesmo continuum. Saúde e doença são expressões do processo vital, que resultam da interação do ser humano e meio ambiente” (Rogers, 1970, p.125).

Para Rogers, o processo saúde-doença não está colocado dentro de uma visão dicotômica do bem e do mal. Considera saúde-doença como uma dinâmica inseparável do processo vital que emerge da interação ser humano-ambiente. Rogers define o processo saúde-doença como um termo de valor e, como tal, sugere mudança contínua (George, 1993, p.197).

Neste estudo, o processo saúde-doença é entendido como a evolução rítmica entre o campo humano e ambiental, sendo que a perda de sua integridade resulta da desarmonia entre estes campos, e do seu processo vital. As vivências da pessoa significativa, família, enfermagem e da equipe de saúde podem ajudar o recém-nascido a redirecionar o seu processo vital. Portanto, este processo é dinâmico, e busca restabelecer a harmonia entre o recém-nascido e o ambiente no

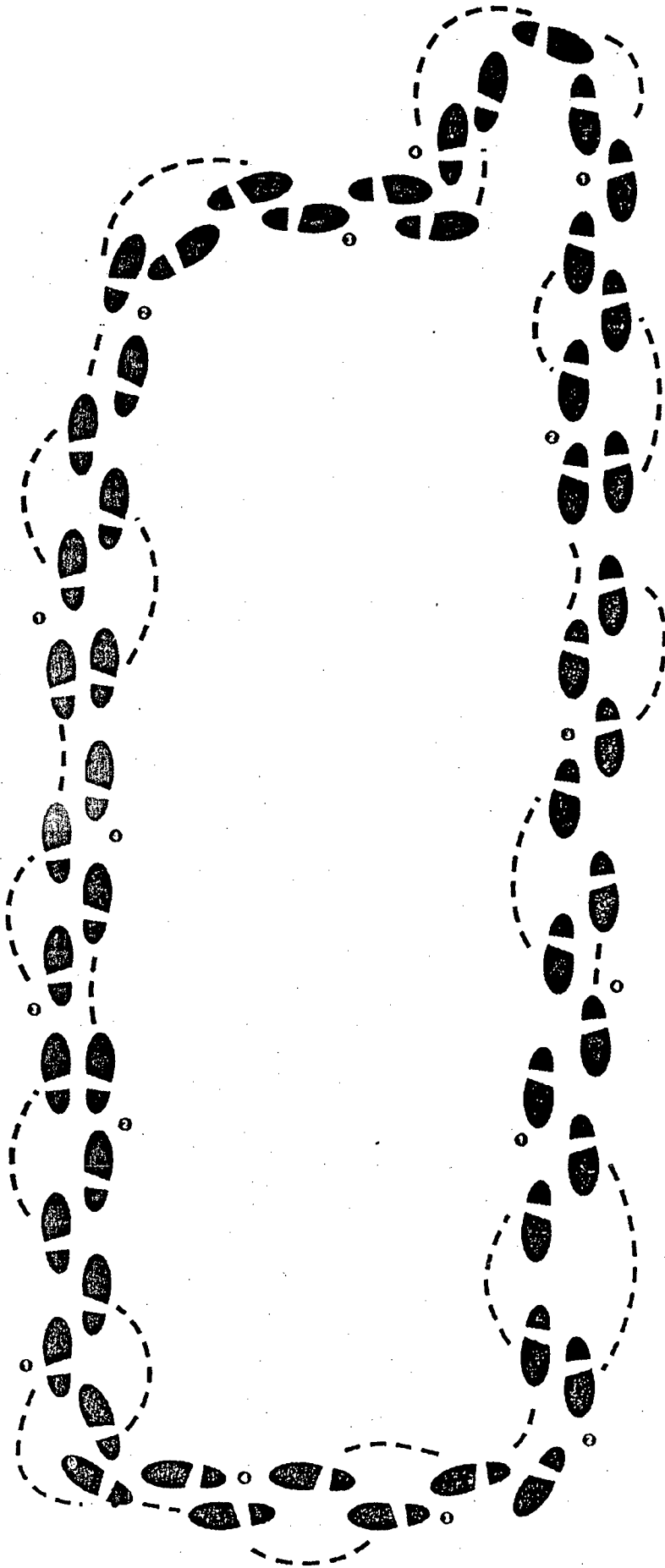
qual está inserido. Neste processo, a enfermeira em parceria com a pessoa significativa procura reorganizar o processo vital do recém-nascido, buscando compreender estas manifestações desarmônicas do campo energético do recém-nascido e possibilitando o desenvolvimento máximo de suas potencialidades vitais.

A dança também possibilita o desenvolvimento de potencialidades vitais. Ela é uma expressão viva das angústias, alegrias, esperanças, crenças do ser humano, reflete o cotidiano dos ritmos mais movimentados da epopéia da vida. Assim também, movimento e totalidade/integralidade caracterizam a visão de Rogers (Quiston, 1995) no processo de viver.

Neste capítulo, procurei delinear o referencial teórico, a fim de melhor compreendê-lo, apresentando os conceitos que nortearão este estudo. Nas páginas seguintes, apresento **Do balé clássico à dança de rua**, na qual procuro descrever a trajetória da temática proposta, oferecendo alguns significados para a linha de discussão a ser desenvolvida.

CAPÍTULO IV:

DO BALÉ CLÁSSICO À DANÇA DE RUA



DO BALÉ CLÁSSICO À DANÇA DE RUA

Neste capítulo, atuei como coreógrafa, ou seja, aquela que planeja, cria, projeta e dirige o espetáculo. Como uma artesã engenhosa planejei os movimentos desta dança com muito cuidado. Procurei aliar técnica, atuação dramática e plasticidade, buscando uma linguagem graciosa para os movimentos mais difíceis, dando humanidade à execução. Tentei escolher movimentos que combinassem com a música e que, por sua vez, foram acompanhando os diferentes ritmos de dança.

Nas próximas páginas procuro descrever como será desenvolvido este estudo, o que representa toda a arte da composição da dança. O caminhar metodológico assinala uma trajetória segura a ser percorrida, ou seja uma possibilidade que permite interpretar com maior coerência a questão proposta neste estudo.

Ao iniciar o mestrado pouco conhecimento tinha sobre os métodos de pesquisa. Durante o curso, passei a entrar em contato com os diferentes aspectos e tipos da pesquisa. À medida que fui lendo e conhecendo mais sobre as abordagens de pesquisa fui me identificando com a pesquisa qualitativa. Entendo que este tipo de pesquisa pode relacionar as diferentes possibilidades explicativas dos dados, situando as peculiaridades de cada um, suas diferenças, expressões e semelhanças. Penso que a pesquisa qualitativa propicia uma visão de simultaneidade, na qual as categorias de análise são unificadas e interrelacionadas. Conhecendo um pouco mais sobre os tipos de pesquisa qualitativa, escolhi o estudo biográfico para delinear este caminhar.

Como é a minha primeira experiência com estudo biográfico, faço agora algumas considerações sobre este tipo de estudo qualitativo fundamentado na literatura. Entende-se estudo biográfico como a história de vida de um ser humano, que é escrita por outra pessoa, baseada em entrevistas e documentos, arquivos que falam sobre o entrevistado. Creswell (1998, p. 48) chama este método de estudo como biografia interpretativa porque o escritor conta e dedica a história para outras pessoas. O estudo biográfico tem o seu foco no “descobrir” sobre vida do ser

humano, permitindo uma aproximação interpretativa do processo de vida das pessoas, em uma situação específica. Suas disciplinas de origem são: antropologia, literatura, história, psicologia e sociologia e a sua forma de narrativa procura retratar detalhes da vida do ser humano. Como a estrutura do estudo biográfico segue uma linha humanista, penso que este método permite o entrelaçamento do material humano e serve como dado para compreensão dos fenômenos, pois tem a sua interpretação identificada com o contexto de vida do ser humano.

Também a dança engloba experiências e tendências artísticas diversas, criando um outro espaço que permite entrelaçar o contexto dos bailarinos e do público, com os seus elementos estruturais, seus textos e contextos, favorecendo assim a democratização da arte. Esses de contextos favorecem a humanização da dança, com uma rede de significados e significações tecida no entrelaçamento entre arte e sociedade (Marques, 1999, p. 118).

O estudo biográfico parece ser o melhor caminho para representar a trajetória deste estudo, que consiste em descrever a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI. A alternativa metodológica escolhida pode propiciar novas possibilidades para compreender os significados do processo cuidativo, as expressões e as diferentes formas de interação do recém-nascido com pessoas cuidadoras.

Assim, a orientação metodológica, aplicada a este estudo, tem como objetivo descrever a vivência de inclusão da pessoa significativa, no processo cuidativo do o recém-nascido em UTI, de forma a facilitar a compreensão do processo como um todo.

Para melhor compreender a trajetória deste estudo será desenvolvida em sete etapas: **Espaço cênico: UTI como o palco do espetáculo, A divulgação do espetáculo, A escolha da música, Os bailarinos e bailarinas que protagonizam os movimentos da dança, Selecionando as coreografias** que descreve a inserção do pesquisador no campo, a descrição do processo de coleta de dados, a codificação e análise dos dados, **Os ensaios: mudanças e retoques** e, por último, **A ética da estética.**

1. Espaço cênico: a UTI como o palco do espetáculo

Na verdade, em termos de estética teatral, cada proposta de espetáculo, a partir das estruturas que propõe, está diretamente vinculada ao projeto visual de encenação e cenografia. Portanto, espaço cênico e cenografia caminham juntos (Peixoto, 1981, p. 39).

A UTI Neonatal da Maternidade Darcy Vargas (MDV), foi o espaço cênico escolhido em Joinville para desenvolver este espetáculo de dança.

A escolha do local aconteceu porque considero a MDV um palco magnificamente decorado, com possibilidades de modificações, no qual os movimentos podem ser mudados a cada ato e às vezes a cada cena. Para mim, este palco tem um visual muito atrativo, talvez por ser meu ambiente de trabalho há 14 anos. Acredito que o êxito de muitos espetáculos acontecem por sua decoração e pelo cenário que o envolve. Assim, a MDV, parece ser o palco ideal para desenvolver este estudo.

Considero oportuno tecer algumas considerações históricas sobre o local.

A MDV foi inaugurada em 16 de abril de 1947, idealizada para preencher uma lacuna existente no serviço hospitalar de Joinville. Naquela época, era administrada por um médico e um provedor, subsidiados e nomeados pelo Estado, e o serviço interno era confiado às Irmãs Franciscanas. Integrava os benefícios da técnica, de um saber especializado, aliados à uma estrutura física, utilizando-se do que existia de mais moderno em higiene e comodidade, obedecendo aos requisitos da moderna puericultura.

Durante estes anos, a maternidade pôde contar com o trabalho pioneiro de Hilda Anna Krisch, enfermeira diplomada pela Escola Ana Nery, do Rio de Janeiro, com cursos nos Estados Unidos e Canadá. Esta enfermeira em parceria com médicos da cidade, ministrava cursos de orientação específica e cuidados higiênicos para parteiras da região (Fontoura et al, 1997).

Grande parte da história da MDV foi construída através da presença das Irmãs Franciscanas. Nos anos 70, em função dos novos padrões estabelecidos para o funcionamento das instituições hospitalares, e com a criação da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, as irmãs tiveram seus poderes gradativamente

diminuídos, até que a maternidade passou a ser totalmente administrada por profissionais.

Com a municipalização, em 1987, esta maternidade pública passou a ser gerenciada pelo município, em sistema semi-pleno. No mês de março de 1999, voltou a fazer parte da Secretaria Estadual de Saúde e desde então MDV vem sendo gerenciada por este órgão público.

O trabalho da MDV é reconhecido não só pela comunidade, mas por órgãos nacionais e internacionais responsáveis pela saúde, que podem ser comprovados através dos títulos conquistados: Hospital Amigo da Criança e Maternidade Segura.

A MDV é centro de referência em neonatologia e gravidez de alto risco para a região do norte do Estado. Atende em média de 600 partos/mês; destes partos aproximadamente 10% dos recém-nascidos são admitidos na Unidade Neonatal.

A Unidade Neonatal possui 4 leitos de UTI, 6 leitos de médio risco (cuidados intermediários), 14 leitos de baixo risco e 2 leitos de isolamento. Apresenta uma taxa de ocupação mensal acima de 100%. Atualmente sua área física foi reestruturada/ampliada para 8 leitos de UTI e aguarda a contratação de recursos humanos para ampliar sua capacidade de atuação.

A UTI Neonatal faz parte do Serviço de Alto Risco Neonatal (Sar-Neo), sendo a primeira UTI Neonatal a ser credenciada pelo INAMPS, em Santa Catarina, no ano de 1993.

O quadro funcional da enfermagem na Unidade Neonatal é composto por 55 pessoas: 6 enfermeiras, 4 técnicas de enfermagem, 43 auxiliares de enfermagem e 2 auxiliares administrativas. O esquema de horário de trabalho é de 30hs semanais, em turnos de 6 horas, e doze por sessenta horas, distribuídos nos períodos matutino, vespertino e noturno.

A UTI Neo está aberta 24 horas para visitas dos pais, portanto, o horário de visitas é liberado aos pais.

2. A Divulgação do espetáculo

Conjugados os elementos para o preparo do espetáculo, é preciso que ele seja divulgado ao público. Esta divulgação observa os preceitos para aceitação de um produto no mercado, o que não se faz, sem uma efetiva publicidade. Assim, a propaganda prepara o lançamento do espetáculo.

Ao mesmo tempo que todos os setores cenográfico, coreográfico e dos artistas, movimentam-se misturando-se, o trabalho começa a ganhar público. O que é colocado diante do público é o que está sendo produzido. E a partir da estrutura de produção, o espetáculo procura a sua platéia: utilizando os canais habituais de promoção e divulgação ou inventando seus próprios trilhos (Peixoto, 1981, p.51).

Escolhi a divulgação utilizando os canais habituais, ou seja, inicialmente solicitei liberação formal para desenvolver este trabalho, em seguida apresentei a proposta do estudo para os profissionais da maternidade.

Em um primeiro momento conversei com a gerência de enfermagem, coordenador da Neonatologia e chefia de enfermagem da Unidade Neonatal para liberação do campo de estágio. Naquela ocasião, agendei datas para a apresentação do projeto (08, 09, 10 e 16/06/99) para os grupos de enfermeiras, equipe de enfermagem e de pediatras; reservei o local e o retroprojetor. Apresentei a proposta deste estudo, para os 4 turnos da equipe de enfermagem da Unidade, em 2 momentos diferentes (manhã e tarde) a fim de que toda equipe pudesse participar. Apresentei também para o grupo de enfermeiras e para o grupo de pediatras da maternidade. Convidei também para estas reuniões as terapeutas ocupacionais, o psicólogo, a fisioterapeuta e a assistente social, perfazendo um total de 10 apresentações do projeto. Penso que tenha sido bem aceito, pois recebi algumas contribuições para desenvolvê-lo. Registrei alguns comentários como: **"é bem difícil... a tendência é a permanência da mãe 24h com o filho... aqui as mães ainda estão muito separadas de seus bebês... é importante para os gemelares... parabéns... seria bom implantar... tem alguns pais que querem participar de tudo..."**.

Como referi no início, na Maternidade existe um Grupo de Pais que tem os seus recém-nascidos internados na Unidade Neonatal e tem como objetivo principal esclarecer os pais sobre as rotinas. Este grupo vem tentando centrar o cuidado no recém-nascido e em sua família. Penso que a formação e

desenvolvimento deste Grupo pode ser entendida como uma forma de humanizar a assistência. Assim nesta primeira semana, também participei do Grupo de Pais.

Penso que a minha inserção no campo ficou facilitada por ser o meu local de trabalho. As etapas de percepção e observação do local, foi praticamente suprimida porque trabalhei nesta Unidade. Após toda essa publicidade, iniciei os encontros com as pessoas significativas que se propuseram a participar deste processo.

3. A Escolha da música

A música, com seus diferentes ritmos, traz beleza ao espetáculo. Para escolhê-la precisei escutar e sentir muitas, até que eu pudesse escolher àquela que pudesse interpretar os significados dos movimentos. Para os movimentos desta dança, procurei uma música que tivesse suingue, fosse lírica e melodiosa e que pudesse traduzir os movimentos deste espetáculo.

Procurei no recém-nascido a musicalidade, capaz de criar seus próprios movimentos e ritmos construindo assim essa história.

Seguindo sua trajetória de vida, queria escolher um recém-nascido que desse origem aos movimentos desta dança, que com a sua musicalidade e linguagem cênica, proporcionasse significados e alma a este caminhar. Sem encontrar a musicalidade do recém-nascido, seria impossível produzir este espetáculo, assim, todos os movimentos e expressões foram sendo criados a partir da música, e para a música.

Depois de algumas contingências, que relato nas próximas páginas, finalmente conheci **Paris**, um adorável bebê do sexo feminino, que nasceu de parto normal, com 28 semanas de gestação e 580gr, ela foi a escolhida para embalar esta dança. Em outras palavras, ela foi a essência, a música que deu os movimentos a este espetáculo, ou, foi a partir de **Paris** que foram criadas as coreografias. **Paris** é o nome fictício que escolhi para esta fascinante recém-nascida e que têm origem grega, significa lutadora, guerreira (Nabi,1994), pois foi assim que percebi **Paris**, como valente e corajosa.

Percebi em **Paris**, um som de vanguarda, com jeito de quem vinha para ficar. Seu ritmo sonoro e melodioso me encantou. Esta adorável criatura me

transmitiu uma energia diferente, com a sua expressão corporal me fez acreditar no seu talento e em suas possibilidades e potencialidades, como uma possível participante desta vivência. Pude percebê-la na sua integralidade como um ser único, capaz de criar seus próprios movimentos e ritmos. **Paris** é especial, parece ser o recém-nascido ideal para dar origem aos movimentos dessa dança.

4. Os bailarinos e bailarinas que protagonizaram os movimentos da dança

A escolha do elenco é fator decisivo para um bom espetáculo, pois a presença dos bailarinos caracteriza o fenômeno da dança. Considera-se a bailarina uma instrumentista que usa como instrumento o próprio corpo (Magaldi, 1994, p.24).

Demorei um pouco até encontrar um elenco que estivesse disposto a construir este espetáculo junto comigo. Procurei entre os bailarinos selecionar aqueles que tivessem capacidade interpretativa, muita criatividade, sensibilidade e expressividade corporal para que pudessem fazer emergir matizes ocultas e revelar toda a potencialidade dos seus personagens. Profissionais ou não, protagonistas ou figurantes, queria um elenco para ser o centro e para dar vida e graça ao espetáculo. Escolhi, entre as bailarinas, aquelas que achei que estivessem dispostas a desenvolver uma tentativa de um espetáculo criativo.

Logo após a divulgação do espetáculo, iniciei as entrevistas com as pessoas significativas. No primeiro encontro, apresentava a elas a proposta do estudo e o impresso de consentimento em participar ou não deste. Sete pessoas se propuseram a participar, sendo todas mães dos recém-nascidos. A pessoa significativa, nesta vivência, não necessariamente seria a mãe, mas todas aquelas pessoas que independente dos laços familiares sentem afeto pelo bebê ou expressam algum sentimento de amor e desenvolvem um compromisso com o seu desenvolvimento.

Fiquei muito satisfeita com a receptividade e disponibilidade destas pessoas, pensando na formação de grupo e no desenvolvimento de vivências. Tudo encaminhava-se para uma prática feliz. Eis que, surgem as contingências (inusitadas) do acaso, que pareciam não estar muito a meu favor. Estas armadilhas do acaso iniciaram-se com a desistência das pessoas significativas para o estudo e influenciaram o processo como um todo.

A primeira pessoa significativa que contatei, após 2 dias do início deste trabalho quando já havíamos realizado algumas visitas ao recém-nascido, desistiu, pois o seu filho teve alta da UTI. A segunda, após a entrevista inicial, também teve sua participação cancelada porque o seu recém-nascido foi a óbito. Outra, teve sérios problemas de acuidade visual, sua hipertensão arterial na gestação provocou edema de retina e acabou desistindo. A quarta participante, morava em outro município e em função da distância, não poderia vir todos os dias e achou melhor desistir. Mais duas abandonaram o projeto, pois um recém-nascido foi a óbito e outro recebeu alta da UTI. Assim, apenas uma pessoa significativa conseguiu seguir comigo a trajetória desta vivência.

A princípio isto me angustiou muito, pois tive que abandonar a idéia dos trabalhos em grupo e estava também muito preocupada com a quantidade de participantes desta prática. Uma pessoa significativa apenas, na minha compreensão, era pouco representativa para descrever e garantir a proposta que pretendia elaborar. Foi então que, durante um longo processo reflexivo, consegui entender que este estudo poderia ser analisado qualitativamente: não seria o número de participantes necessariamente o que daria significado a ela. O que poderia fazer a diferença era como seria desenvolvida esta vivência em seus passos, compassos e descompassos, já que a proposta era de compreender as relações de trocas no processo cuidativo entre o recém-nascido - pessoa significativa e enfermeira.

Paris com toda a sua musicalidade, possibilitou que eu conhecesse a sua família, que passou a ser a pessoa significativa desta prática. Conheci sua mãe e pai na UTI, mostravam-se muito carinhosos com a filha, pareciam muito contentes e emocionados com a visita. Fiquei emocionada com o encantamento deles ao ver o recém-nascido. Ao me aproximar deles, foram logo perguntando: quanto mediu e quanto pesou e se podiam tocar na filha... Após as apresentações, falei que gostaria de conversar um pouco mais com eles, se permitissem, em um outro local. O pai disse que precisava ir e a mãe me convidou para que eu a acompanhasse. Foi assim que iniciamos nosso trabalho. Percebi que havia uma importante conexão entre nós. Eles iriam iluminar esta vivência e proporcionaram uma sensação de energia positiva. Escolhi chamá-los pelos nomes fictícios de: **Maria** a mãe/pessoa significativa. **Frederico** o pai/pessoa significativa e a bebê de **Paris**, como já

mencionei. Estes nomes têm significados que de certa forma estão relacionados com a construção da história desta prática. O nome **Maria** tem origem hebraica, significa senhora, soberana, também é o nome da maior Mãe do Cristianismo. **Frederico** é um nome de origem teutônica, significa dirigente da paz (Nabi, 1994). Como pode ser percebido durante esta narrativa, a escolha destes nomes fictícios pode servir de interpretação para os diferentes significados desta trajetória.

Após ter elaborado este processo, entendi como a presença destas duas pessoas significativas, a mãe e pai de **Paris**, poderiam caracterizar o fenômeno da dança, e como esta arte poderia adquirir vida cênica e ser animada por este reduzido elenco. Esta vivência embalada pela musicalidade de **Paris**, foi protagonizada pela pessoa significativa, **Maria**, uma mulher muito especial, 23 anos, empregada doméstica, com o 2º grau completo, mãe pela primeira vez e **Frederico**, que esteve presente apoiando e participando de todo o processo, ainda que indiretamente. Além destas, também fizeram parte deste processo todas as pessoas que participaram do desenvolvimento desta vivência, ou seja, toda a equipe de saúde que integra o ambiente-cenário e eu. O processo foi desenvolvido durante os 43 dias de internação de **Paris** na UTI Neonatal.

Paris, esta encantadora criatura, que lutou com todas as suas forças para poder dançar e festejar a sua vida, representou a música da dança; sem a sua existência este espetáculo de dança não teria acontecido. Sem dúvida outro aspecto muito importante que possibilitou o desenvolvimento desta vivência foi o consentimento e interesse da pessoa significativa em participar deste processo (Anexo I). Sem o seu consentimento e receptividade teria sido impossível desenvolvê-la, além da enorme força e coragem de **Maria**, seu imenso amor, afeto e interesse por **Paris**, a sua incansável dedicação e o apoio de seu maravilhoso companheiro **Frederico**.

5. Selecionando as coreografias

Esta etapa representa a coreografia do espetáculo, ou seja a arte de compor a dança. Escolhi combinar músicas, danças e efeitos visuais em uma mistura simples e livre, carregada de força e liberdade. Segundo Crisp e Thorpe (1982, p.72), este estilo pertence à corrente artística conhecida como expressionista, e é carregada de simbolismos e comentários sociais. Procurei refletir, neste ensaio

coreográfico, uma liberdade artística aliada a sólidos estudos básicos. Em outras palavras: compreender como foi estruturada a trajetória deste estudo. Como a dança contemporânea, esta vivência exige coordenação dos movimentos, apuro técnico, qualidade artística e vigor de interpretação para o processo cuidativo. Assim, uma composição artística pode ser entendida como mais uma possibilidade de perceber o cuidado.

Nesta perspectiva, faço aqui algumas considerações sobre como desenvolvi este trabalho; falo do processo de coleta e análise de dados.

Minhas observações percepções e interpretações fizeram parte deste processo, assim como consultas a prontuários e outros documentos, participação em passagens de plantão, enfim, tudo que permitisse conhecer mais sobre **Paris**.

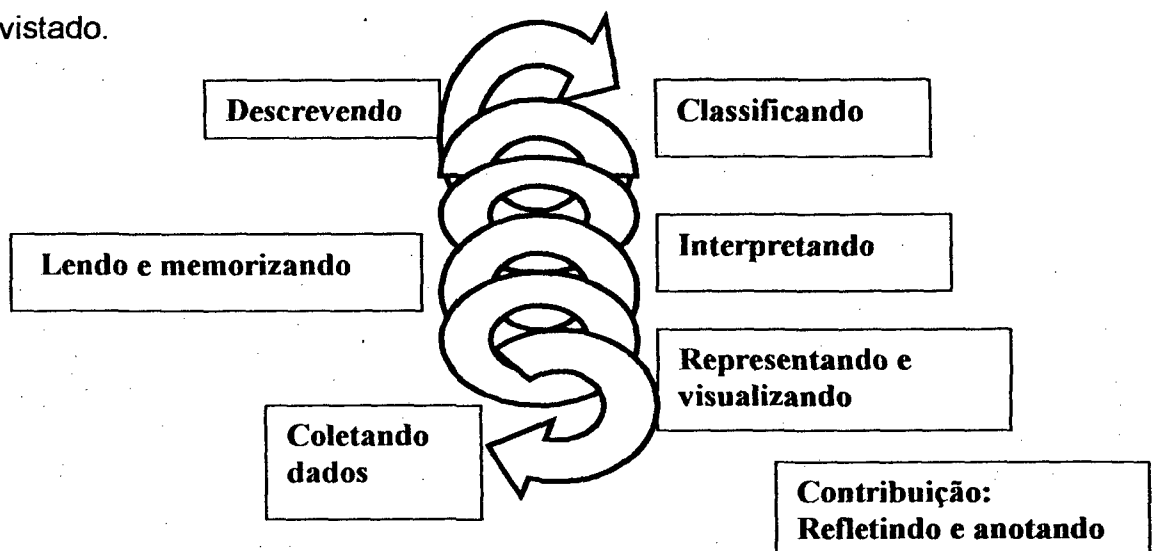
Para obter as informações dos participantes, procurei utilizar o gravador como forma de registro dos encontros, desde que a participante permitisse. Outro recurso, foi o diário de campo, no qual fiz os registros logo após os encontros. No diário de campo, procurei registrar os momentos mais marcantes, enfim, tudo que considerasse importante, buscando não apenas o que se mostra de maneira aparente e incompleta, mas a subjetividade para compreender a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI.

Nos encontros com as pessoas significativas, busquei interagir com os participantes e o recém-nascido, procurando estabelecer uma relação de confiança. Penso que o envolvimento é que deu movimento a esta vivência. Minayo (1996, p. 197) reforça esta questão ao referir que é preciso estar atenta para não sucumbir à magia dos métodos e das técnicas, esquecendo-se do essencial, isto é, a fidedignidade às significações presentes no material e referidas a relações sociais dinâmicas.

Para desenvolver este estudo, apliquei o modelo de Análise Espiral para o estudo biográfico apresentado no livro de Creswell (1998, p.143)

- Coletando dados: primeira volta da espiral, onde começa o processo; esta etapa é criada e elaborada por ordem cronológica.
- Lendo e memorizando: consiste em ler o texto, marcando e fazendo anotações para os códigos iniciais.

- **Descrevendo:** descrever os fenômenos do estudo através das vivências, obedecendo a sua vida cronológica.
- **Classificando:** identificando as histórias, os locais das manifestações e identificando o contexto de vida.
- **Interpretando:** desenvolvendo padrões e significados através da teoria (teorizando).
- **Representando e visualizando:** nesta etapa se faz a narrativa inserida/enfatizada no processo, individualizando, unificando e generalizando os aspectos da vida do entrevistado.



Fonte: Creswell, 1998, p.143

A análise em espiral também pode ser entendida como o princípio da helicidade de Rogers que permite um salto ou avanço de uma etapa para outra, no qual o processo vai ampliando as dimensões explicativas e interpretativas do contexto/fenômeno estudado. Assim, a espiral do estudo biográfico como a helicidade possibilitam que o processo de análise evolua unidirecionalmente em estágios seqüenciais.

Nesta perspectiva, fiz uma leitura atenta dos encontros, a fim de familiarizar-me com o todo. Os encontros foram lidos do início ao final, tentando compreender os significados desta vivência, para depois categorizar. A categorização deste estudo biográfico será representada pelas seguintes

coreografias que selecionei: 1, Alegria, alegria, 2. Sentimentos, 3. Ilê-aviê, 4. Dança guerreira, 5. O cisne negro, e 6. Eu sinto a tua falta, que serão interpretadas e analisadas no próximo capítulo.

Assim este processo foi analisado percorrendo um caminho para descrição da proposta. Penso que as formas de codificação e análise de resultados podem ser assumidas em conjunto, de modo que os resultados não pertençam apenas ao pesquisador, mas que sejam entendidos e compartilhados na sua totalidade, possibilitando ampliar a dimensão do cuidado do recém-nascido em UTI.

Nos passos, compassos e descompassos deste espetáculo, foram desenvolvidas: 1 entrevista inicial, 17 encontros e a finalização deste convívio por meio de 1 visita domiciliar realizada, durante os meses de junho a agosto de 1999. Estes encontros favoreceram o envolvimento entre a pessoa significativa, o recém-nascido e eu. Penso que o movimento deste estudo, deu-se pela forma de envolvimento, de interação entre as pessoas desta vivência. Para Benner et al. (1996, p.163), estes aspectos contribuem no sentido de fazer sentir que o envolvimento e a interação é que fazem a diferença no cuidado. Percebo que com determinadas pessoas, consegue-se interagir mais facilmente. Não sei muito bem por que **Maria** (a pessoa significativa) foi uma delas; a conexão foi recíproca entre nós. Esta relação pode não ter sido muito longa, mas foi verdadeira. A relação de interação, cumplicidade, compromisso, confiança e respeito que construímos, foi um dos facilitadores do desenvolvimento desta vivência.

6. Os Ensaios: mudanças e retoques

Simultaneamente todas cenógrafas, iluminadoras, bailarinas, toda equipe de produção se coloca em movimento: começam os ensaios; figurinos são confeccionados, os cenários são construídos, a música vem incorporar-se aos movimentos da dança enquanto a linguagem das coreografias é aprofundada. Ilumina-se o palco, gerando luzes e sombras. Começa, então, um trabalho que se prolongará em cada um dos movimentos da dança.

Para Ferreira et al (1981, p.51) os ensaios definem as soluções cênicas. Cria-se e aperfeiçoa-se uma linguagem de imagens e signos estéticos codificados.

Nesta vivência, procurei fazer dos ensaios um processo que não desprezou o erro, porque entendo que pode dar origem a um acerto, caracterizando um movimento humano contínuo, que rejeita a linearidade e se constrói atemporalmente em diferentes espaços.

A dança da prática foi um ir e vir constante, imprevisível, repleta de emoções, novas coreografias e diferentes significados. Como um espetáculo de dança expressa muitos sentimentos, a trajetória, navegou entre o senso comum e o acadêmico, criando assim a sua própria linguagem, que mistura o popular e o erudito, o cotidiano e a tecnologia; por isso, esta trajetória também pode ser descrita como do balé clássico à dança de rua.

Os objetivos, inicialmente propostos, de uma certa forma tomaram outros rumos. O que quero tentar explicar é que nem sempre o quê e o como se planeja em um projeto pode ser aplicado integralmente na prática. A questão norteadora desta trajetória foi procurar estabelecer uma relação de troca com a pessoa significativa, a fim de que pudesse tornar a sua inclusão nos processos cuidadosos do recém-nascido em UTI mais espontânea e prazerosa. Assim como uma dançarina que através de sua coreografia procura expressar ao público toda a sua arte, procurei criar movimentos que sincronizassem a coreografia deste estudo, conquistando a cumplicidade da pessoa significativa em uma relação de troca. A trajetória desta vivência como a da dança é imprevisível, apresenta diferentes movimentos, sentimentos, desejos; nem sempre as expectativas, os ritmos da pessoa significativa, foram as mesmas que as minhas. O projeto acadêmico inicial teve que derrubar seus muros, ultrapassar algumas barreiras para que o processo cuidadoso desta vivência pudesse ser contextualizado. Assim, também muitos movimentos do balé clássico precisaram ser popularizados/coletivizados para que mais pessoas tivessem acesso e pudessem participar do incrível e surpreendente universo da dança.

Retomando a proposta inicial deste estudo, o referencial teórico me ajudou a compreender esta vivência, pois em muitos momentos procurei possibilitar à pessoa significativa refletir sobre a situação, além do mais o referencial conseguiu me ajudar a dar significado às experiências vivenciadas. Entretanto, acho que esta vivência não pode estar fechada nela mesma, enquanto exercício reflexivo. O

processo cuidativo continuou presente neste estudo, mas a trajetória tomou outros rumos, tornou-se mais emocional. O caminho mostrou outros significados, ultrapassando a proposta inicial de possibilitar que a pessoa significativa apenas desenvolvesse alguns cuidados com o seu recém-nascido. A história foi sendo construída a partir de um caminhar conjunto, através das vivências partilhadas e compartilhadas, ampliando assim sua dimensão inicial e procurando nortear a concepção rogeriana de ser humano unitário. À medida que o envolvimento com a pessoa significativa e o recém-nascido foi se desenvolvendo, pude ir percebendo sua integralidade, unicidade e os seus ritmos e características próprias. A dimensão da proposta desta prática ampliou e os seus objetivos iniciais foram mantidos, embora em um plano secundário. O processo mútuo e contínuo de trocas, o envolvimento com a pessoa significativa e o recém-nascido pode criar novas possibilidades e novos caminhos para o cuidado. Compreendi que esta vivência não poderia estar reduzida à inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI, pois enfocando apenas este objetivo estaria fragmentando e até comprometendo o processo na sua integralidade, uma vez que os cuidados não aconteceram isoladamente. Também porque não consigo entender a sectarização do ato de "cuidar" (físico e social); para mim, ao cuidado são inerentes o modo como se toca o recém-nascido, como se conversa, enfim como se interage socialmente com o recém-nascido.

Para de que pudesse trilhar o caminho que havia me proposto como já comentei, adotei uma sistemática a qual iniciei a partir de uma leitura atenta dos relatos dos encontros (diário de campo), para começar a ter idéia do todo. Os encontros foram lidos, tentando re-viver esta experiência, compreender os seus significados. Foram muitos os significados dos encontros, tantas interpretações e re-interpretações dos momentos vivenciados. Para compreender a trajetória desta vivência na sua totalidade, procurei relacionar o objetivo proposto com a trajetória dos encontros, agrupando falas, destacando os momentos mais marcantes.

Busquei compreender a subjetividade da trajetória, para poder descrever a vivência de inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI. Para se ter uma melhor compreensão, optei em fazer uma narrativa, que apresento no próximo capítulo, como uma forma de dar sentido a esta vivência. Essa narrativa é um relato especial e expressa tanto as leituras

(percepções do presente e passado) da pessoa significativa como a de quem entrevista e são estas percepções que permitem as interações das relações contextuais neste estudo.

7. A ética da estética

Para finalizar esta etapa, faço algumas considerações sobre as questões éticas desta vivência.

Alguns teóricos entendem a ética como absoluta, outros aceitam o relativismo de trabalhar com diferentes pessoas em diferentes situações. Assim, as decisões éticas devem ser validadas através de atitudes, sentimentos, pensamentos, conseqüências ou intenções.

Entendo a ética como uma expressão construída pela compreensão, como a capacidade de construir com o outro e como uma forma de experienciar emoções com os outros. Essa expressão da ética é entendida como a ética da estética (Silvino Santin, exposição oral, novembro de 1994). A ética da estética apresenta a subjetividade como condição de eticidade. Para Santin, a ética não se apresenta como um novo código moral, mas como uma expressão que tem a sua essência baseada na sensibilidade. Permitindo assim, a cada ser humano a potencialidade de ser construtor, desconstrutor e reconstrutor em um processo mútuo e contínuo de trocas.

Schmid (1995, p.96) sugere que a ética da estética tem uma convergência com a arte, no sentido da arte de viver. Para ele, a arte de viver consiste em estabelecer uma relação sólida consigo mesmo e para poder tomar decisões. Nesta perspectiva, o ponto de partida é esta ética de escolha. À ela está aliada a capacidade de percepção, uma abertura à experiência e à reflexão, para conseguir desenvolver uma capacidade de escolha, apoiada na sensibilidade.

Para descrever a inclusão da pessoa significativa nos processo cuidativo do recém-nascido em UTI, procurei compreender as relações de trocas entre o recém-nascido, a pessoa significativa, a enfermagem e o contexto cenário – ambiente no processo cuidativo do recém-nascido em UTI. Considero que a primeira questão ética a ser abordada é o consentir das pessoas significativas em participar deste estudo. Quanto às pessoas significativas, entendo a importância de estar

despido de qualquer preconceito para aceitar ou não participar do cuidado do recém-nascido em UTI. Impor a participação nesta vivência seria, no mínimo, cruel¹. Durante toda a trajetória procurei respeitar a Resolução 196/1996 que envolve a pesquisa com seres humanos.

No que se refere ao processo cuidativo, a inclusão da pessoa significativa pode trazer algumas dúvidas para a equipe de enfermagem. Uma vez que os cuidados de pacientes críticos são considerados atividades privativas da enfermagem, conforme a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Nº 7.498), nos seus artigos 8º, 9º e 10º². No entanto, como o recém-nascido é um ser totalmente dependente e a este contexto insere-se o cuidado, é importante procurar facilitar à pessoa significativa a construção do seu papel de cuidadora, permitindo que ela participe do processo cuidativo do recém-nascido. A legalidade da pessoa significativa em cuidar do recém-nascido em UTI, proposta deste estudo, fundamenta-se na própria Lei (Art. 10º § VI) que refere sobre a participação em atividades de educação em saúde. Assim esta proposta de estudo além de possibilitar o processo educativo sobre o cuidado do bebê, favorece também a formação e desenvolvimento do apego essencial para este bebê, muitas vezes privado de tantas sensações. Tão importante quanto o cuidado ao recém-nascido por profissionais especializados, está o cuidado desenvolvido pelas pessoas significativas, que podem transformá-lo em um procedimento amoroso.

Para finalizar, o sentido que procuro dar a esta narrativa é de compreender não é apenas saber o que os dados falam ou expressam, mas sim procurar conhecer as múltiplas e diversas possibilidades para o cuidado ao recém-nascido em UTI.

Esta proposta não pode ser considerada finalizada, pois penso que não seja possível esgotar a dinâmica da realidade. À medida que a realidade se mostra,

¹ A escolha completa de completa responsabilidade ou de uma responsabilidade forçada são 2 coisas bem diferentes. A última pode ser tão prejudicial quanto não se ter escolha. O que é mais importante do que amparar a mãe de modo que ela se possa dar ao seu bebê? Ajudar os pais a seguir o seu próprio ritmo, amparando-os exige mais, não menos do nosso tempo. Por outro lado, o que pode ser mais significante? Cury, apud Klaus e Kenel (1993, p.114)

² § 8º em especial nos incisos: g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos aos pacientes durante a assistência de enf. § 9º b) na prestação dcuidados diretos de enf. A pacientes graves. § IV – participar em atividades de educação em saúde.

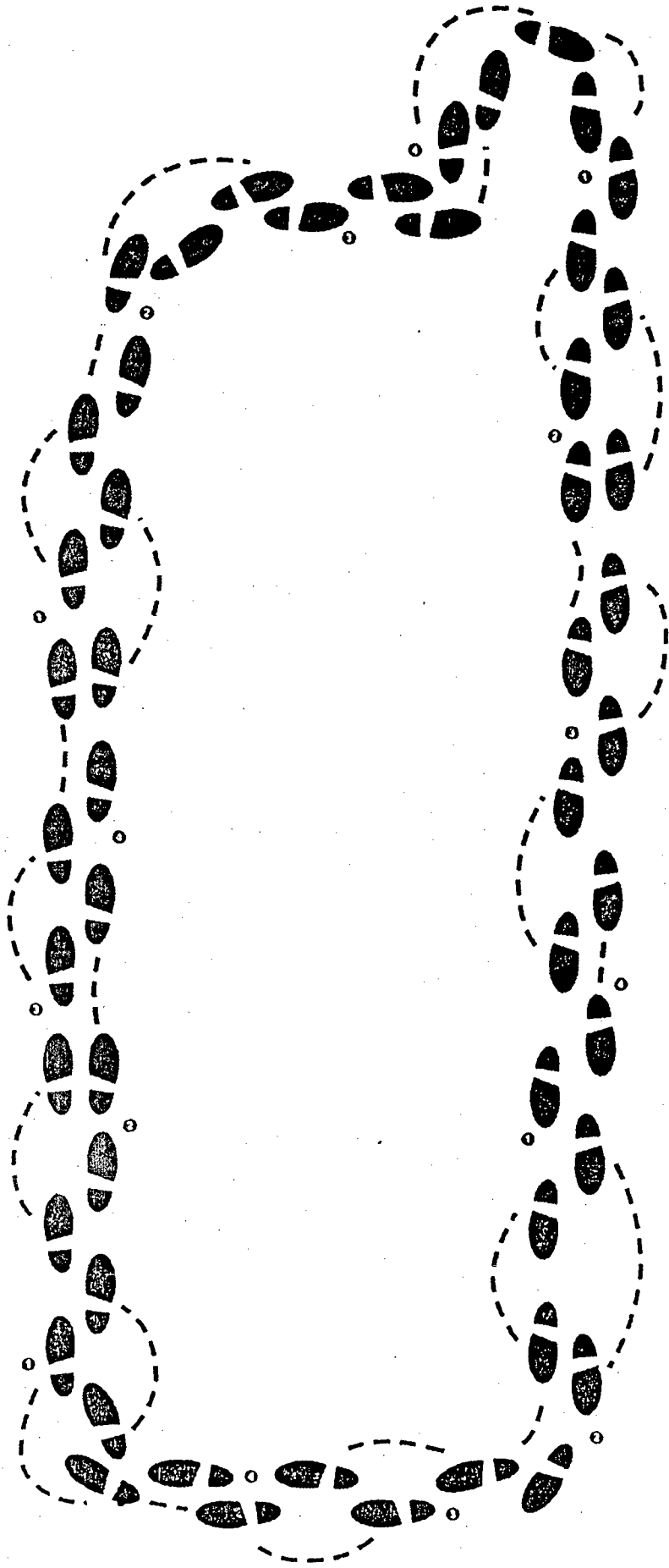
novas dúvidas e alternativas emergem e partindo dela pode-se criar novas possibilidades para o cuidado.

Neste capítulo preparei toda a produção do espetáculo de dança, procurei na interpretação das falas, no estudo biográfico, na concepção rogeriana e na dança, movimentos para que me ajudassem a compreender os significados desta vivência. Penso que a síntese de todos estes elementos foi simbiótica, permitindo visualizar em uma dimensão mais ampla o processo cuidativo do recém-nascido em UTI. A complementaridade e fusão destes elementos favoreceram esta proposta de trabalho, na perspectiva de um cuidar mais humano, sem desconsiderar ou perder as relações que se processam no seu contexto.

A seguir apresento o capítulo que chamo **de Passos, compassos e descompassos** que representa a narrativa desta vivência.

CAPÍTULO V:

PASSOS, COMPASSOS E DESCOMPASSOS



PASSOS, COMPASSOS E DESCOMPASSOS

Nesta etapa, descrevo os movimentos da dança na prática, ou seja, como foram sendo desenvolvidos os movimentos desta coreografia. Faço uma narrativa dos encontros, procurando relatar as nossas conversas, como foi o partilhar e compartilhar desta vivência, enfim como foi construída esta história. Considero que é impossível pensar que este estudo biográfico possa traduzir tudo o que se passou nas diferentes situações dos encontros desta vivência, pois os relatos são uma montagem, uma transcrição e talvez não representem a verdade em si, mesmo porque não foi utilizado o gravador em nossos encontros, pois a pessoa significativa deste estudo assim o preferiu. Portanto, na transcrição, algumas falas podem ter sido perdidas e abrigam minhas percepções de mundo, minhas crenças e valores o que pode comprometer a sua totalidade. Apesar disso, vou descrevê-los, procurando comprometer o mínimo possível a sua integralidade.

Foi uma longa trajetória até perceber que a riqueza de um espetáculo de dança, está nos diferentes movimentos e ritmos, ou seja, nos passos, compassos e descompassos da dança e dos seus movimentos. São as diferenças entre o planejado e o desenvolvido, a imprevisibilidade, a criatividade e o rearranjo, a espontaneidade, alguns dos aspectos que contribuem para a beleza do espetáculo. Similar à improvisação de um espetáculo de dança, o processo cuidadoso ofereceu um exemplo concreto da combinação de movimentos individuais e de grupo. Esta combinação permite que cada membro crie e improvise; cada qual oferece a sua contribuição e esta relação de troca faz um conjunto, que permite a criação de lindas coreografias.

Procuro explicar nesta etapa, como os diferentes movimentos, os passos, compassos e descompassos me fizeram reconfigurar/recriar/ a proposta inicial deste estudo.

No início do desenvolvimento das atividades, a minha ansiedade quase comprometeu todo o processo. Enquanto aluna do curso de mestrado, estava preocupada com os prazos e queria que o projeto se efetivasse rapidamente. A minha angústia em querer que mais de uma pessoa significativa participasse deste

estudo, foi um dos aspectos que podem ter dificultado esta fase inicial, o que pode ser percebido através do registro dos encontros. Eu ainda estava muito presa à minha ansiedade.

O começo foi realmente difícil, precisei repensar minha prática. Foi um exercício de paciência e muita reflexão. Esta vivência me ajudou na reavaliação de meus saberes, pois fez com que eu sentisse a necessidade de despir-me da supremacia dos princípios científicos, não desconsiderando-os, mas buscando outros caminhos que transcendessem a objetividade, ou seja, mergulhar no mundo da subjetividade. Na construção do processo cuidativo não existem princípios certos a serem aplicados, pois é imprevisível e repleto de nuances. Estas reflexões me permitiram uma reconfiguração de saberes e passei a compreender essa vivência e a aplicação do referencial teórico como um processo no qual o importante não é o produto final e sim o processo, permitindo assim que a trajetória fluísse naturalmente. A partir do momento que consegui ter esta percepção, pude exorcizar minha angústia e a ansiedade e o processo tornou-se muito prazeroso. Foi então que percebi como a intuição influencia todo este processo. A intuição pode ser entendida segundo Benner et al.(1996, p. 08), como “um julgamento sem racionalidade, como uma compreensão direta e responsabilidade sem os recursos calculados da racionalidade”.

Meadows (1997, p.25) refere que a intuição é uma centelha de sabedoria divina que ficou no homem e a inspiração é uma das faculdades intuitivas. Para esta autora, deve ser a capacidade de intuição, de telepatia, enfim, todo esse entendimento interno, conjugado com o poder de acumular experiências e estímulos recebidos em organização mental e técnica, que fez Pascal, filósofo francês do século XVII, definir o homem como “um deus caído que se lembra do céu”.

A intuição nasce da experiência, não é uma mágica, e sim, um conjunto de emoções socialmente construídas e internamente relacionadas. Na linguagem contemporânea, a intuição pode ser considerada como um tipo de conhecimento especial. A intuição tem sido reconhecida na literatura de enfermagem como um aspecto legítimo de julgamento clínico. Para Benner et al. (1996, p.09), a intuição constitui uma parte importante e significativa no cotidiano das enfermeiras. Muitas enfermeiras sabem como um determinado caso ou situação irá desenvolver-se ou

evoluir. Este saber emerge dos conhecimentos da situação em particular/especial e também pela relação de experiências anteriores.

Penso na intuição como um construto multidimensional que vai sendo construído com as vivências, ou seja, conhecendo a história de vida dos clientes, os significados da internação para o cliente e família, com o envolvimento; enfim, por meio da junção/relação destes saberes, o conhecimento intuitivo emerge, fundindo-se ao cuidado.

Neste estudo a intuição fez parte do processo cuidativo, em muitos momentos. Muitas vezes não sabia o que fazer ou dizer em determinada situação, e aí, simplesmente a idéia vinha e a conversa fluía, dando continuidade a este processo. Isto acontecia quando eu procurava relacionar o momento situacional com experiências e leituras anteriores. Fazendo estas relações fui compreendendo como tudo está conectado, interligado e a intuição para mim transcende o raciocínio linear, ou seja, pode ser entendida na sua pandimensionalidade.

Nos passos, compassos e descompassos, a vida de Isadora Duncan, bailarina da década de 30, está muito presente. Para Crisp e Thorpe (1982, p.51) Duncan é o retrato da própria encarnação da liberdade, seu estilo de dança revolucionou esta arte. Ela ajudou a proclamar a glória dos movimentos livres. Nesta época, muitos bailarinos sentiam-se insatisfeitos encaixados com os estreitos limites da dança clássica. Conhecer a história desta bailarina também ajudou-me a superar a estagnação, permitiu novos fluxos e possibilitou a continuidade do processo cuidativo desenvolvendo assim o meu próprio estilo de dança.

O processo cuidativo deste estudo foi um procedimento amoroso durante toda a sua trajetória. De acordo com Boff (1999, p. 34) "o cuidado é axial na relações humanas, é uma relação amorosa". A fim de tornar o processo cuidativo "amoroso" é importante tecer uma rede de relações. Para tecer essa rede é interessante perceber e compreender as pessoas significativas e o recém-nascido como seres humanos únicos, com suas infinitas possibilidades. Seus diferentes movimentos e ritmos são dimensões ou perspectivas que criaram as possibilidades para este processo cuidativo.

Procuo agora descrever os momentos mais marcantes na inclusão da pessoa significativa neste processo cuidativo, ou, os momentos que fizeram a

diferença para esta vivência, na minha percepção. Este espetáculo, ou seja, a narrativa dos movimentos da dança foi desenvolvida em seis coreografias: Alegria, alegria, Sentimentos, Ilê aviê, Dança guerreira, Cisne negro e Eu sinto a tua falta.

I – Alegria, alegria:

Escolhi **Alegria, alegria**, uma coreografia de Érika Silva, na modalidade de sapateado, como a primeira coreografia deste espetáculo porque seus movimentos apresentam os perfis de uma dança contemporânea em uma perspectiva, livre, leve e solta (Ruiz, 1998). Penso que esta coreografia pode representar muito bem o início deste processo cuidativo, no qual a esperança esteve presente em todos os movimentos. Assim como o sentimento de esperança **Alegria, alegria**, celebra a vida com sua poesia introspectiva e ensolarada.

A história começa a ser construída a partir do nascimento de **Paris** e do consentimento da pessoa significativa em participar deste estudo. A pessoa significativa, **Maria**, demonstrou enorme força e coragem, seu imenso amor, seu grande interesse na filha, isto sem falar do apoio do companheiro que esteve presente durante todo o processo, permitindo o seu desenvolvimento. E é claro **Paris**, este pequeno bebê de apenas 580gr, que estava em ventilação mecânica, condição comum a bebês prematuros, devido à incapacidade dos pulmões em absorver oxigênio e descarregar adequadamente dióxido de carbono. Além de respirar apenas com a ajuda do ventilador, **Paris** tinha o seu corpo praticamente todo coberto por fios, sensores, cateteres. Para a hidratação, um cateter umbilical, monitores para controlar seus batimentos cardíacos e respiração, uma venda nos olhos para a fototerapia. Minha primeira impressão ao ver esse bebê é que a sua vida estava por um fio, a expressão de seu rosto parecia de sofrimento e exaustão.

Maria, logo no primeiro encontro, após a entrevista, mostra-se muito receptiva; aprender a lavagem das mãos, vestir o avental, aguardar ser chamada para entrar para visitar a filha, parecem não incomodar **Maria**. Percebo que a ansiedade, o desejo de encontrar **Paris** é tão intenso que todos estes procedimentos anteriores à visita tornam-se menores/menos importantes ou que qualquer qualquer esforço vale para encontrar a filha. No dia 02/07/99 **Maria** lavou as mãos sem sabonete antes de começar a cuidar de seu bebê. Perguntei a ela por que não queria lavar as mãos com sabonete. Respondeu: “**A mão ficava toda inchada com**

o sabonete líquido". Perguntei como costumava lavar as mãos em casa e sugeri que experimentasse um sabonete neutro em barra. A partir de então, toda vez que entrava na Unidade fazia a lavagem das mãos com sabonete neutro.

Ao entrar na Unidade, foi logo perguntando: **"Eu queria tocar um pouco nela. Posso tocar?"** parecia estar um pouco insegura e com medo de tocar o bebê, mas em seguida supera esta dificuldade, passando a conversar com **Paris** e a tocá-la. Ainda neste encontro oferece o seu telefone. **" Amanhã eu não sei se venho de manhã ou de tarde, eu vou deixar o telefone da vizinha, se tu quiser combinar alguma coisa comigo, tá?"** Talvez sua iniciativa em me deixar o telefone representasse uma forma de manter uma ligação entre a Instituição, ela e eu no caso de uma piora de **Paris**.

Ao contrário da minha impressão inicial, **Paris** parece estar desenvolvendo-se muito bem, apesar de sua extrema prematuridade parece muito ativa, seus movimentos espontâneos eram visíveis, parecia estar percebendo tudo a sua volta e até respondendo aos estímulos da mãe e dos profissionais. Aquela primeira expressão de exaustão parecia ter desaparecido, dando lugar a uma expressão mais atenta e tranqüila. Talvez, todos, eu e toda a equipe, estivéssemos influenciados pela enorme esperança de **Maria**.

A esperança e a religiosidade estiveram presentes em todos os momentos e foram o fio condutor desta nossa história. Talvez a própria participação da pessoa significativa neste processo cuidativo do recém-nascido também tenha sido uma forma de manter sua esperança. A esperança pode ser evidenciada através dos comentários da pessoa significativa. **" Ela é forte, tá reagindo bem, daqui a pouco nós vamos prá casa (disse isso se dirigindo à filha)... Quando eu olho para Denise, me encho de esperança"**. (Denise, nome é fictício de outro bebê que está internado na Unidade e nasceu praticamente com a mesma idade gestacional de **Paris**). **Maria**, naquele mesmo encontro, continua falando de sua religiosidade, que é uma forma de expressão da esperança. **" Nós fomos na missa ontem e choramos um monte! Pedi pro padre oferecer a missa prá ela..."** No encontro seguinte (29/06/99), **Maria** refere: **" Acendi uma vela de 7 dias pro anjo da guarda dela. Ela ainda não pegou nenhuma infecção e não vai pegar, eu tenho certeza!"**

Morse e Dobeneck (1995, p 277), entendem o significado da esperança como “um construto multidimensional que proporciona conforto às situações de crise que a vida apresenta”. Compreendem a esperança como uma perspectiva espiritual, de aceitação e transcendência do eu. Continuam, mesmo em uma situação de crise, o medo de um resultado negativo pode servir como uma força motivacional para a ação individual, tornando a esperança um componente poderoso, um tonificante neste processo. O significado de esperança destes autores pode ser percebido, quando **Maria** fala: **“Não tem outro jeito, né? Tem que aguentá”**. Em toda a trajetória ela procurava um jeito de expressar a sua esperança; nas conversas com **Paris** ou comigo, freqüentemente comentava: **“Como ela tá linda... viu como ela cresceu?.. a pele dela tá tão grossa, era tão fininha... é tão esperta”...**

O sentimento de esperança tornou-se mais intenso, (26/07/99) quando **Paris** deixou de precisar (desmamou) do ventilador mecânico para respirar. Conseguiu manter a respiração praticamente à temperatura ambiente, só precisava usar a tenda de Oxigênio com Ar Comprimido, pois os níveis de Oxigênio reduziram sensivelmente (apenas 1l/min) e foi para incubadora. **Paris**, parecia estar aliviada, suas expressões faciais mostravam-se mais serenas, talvez porque estivesse sentindo-se mais confortável, já que havia se livrado de alguns tubos. Percebo que começa a esboçar um sorriso, embora os cientistas considerem este sorriso como um movimento involuntário, mas talvez signifique uma expressão de satisfação. **Maria** estava radiante, e falava: **“ Acho que daqui prá frente só vai... Beatriz, olha como ela se vira sozinha, como ela tá se mexendo!”**. Tamanha era a sua felicidade que prometeu: **“ Quero comprá um carnê da Casa Feliz e seu eu ganhá os 5 mil reais vou dá pra Maternidade”**.

Paris estava se mantendo muito bem sem o auxílio dos aparelhos para respirar, **Maria** no dia seguinte quando veio visitar a filha, reclamou: **“ Agora fica difícil a gente se comunicá... fica difícil fazê carinho nela por causa da tenda (Oxigenoterapia) ... acho que a gente antes podia mexê mais nela”**. Esta reação de **Maria** pode causar surpresa, parece que ela não está satisfeita com a melhora da bebê. Mas este é um comportamento normal dos familiares que têm seu bebê internado em UTI. Brazelton (1989, p.162-163) explica este sentimento como um sinal da ansiedade que os pais experimentam, à medida que tentam encarar as crescentes responsabilidades. Para este autor, não importa quanto aprendam sobre

o seu bebê, pois ainda assim estes sentimentos ocorrerão. A responsabilidade de cuidar do bebê revive todas as antigas ansiedades não-resolvidas e todo o sentimento de tristeza por terem gerado um bebê prematuro.

Alegria, alegria foi primeira coreografia deste espetáculo de dança, contagiando a todos com os seus ritmos e expressões originais e dinâmicas. Sublinha a esperança em todas as suas cores e tons, explorando a alegria. Despertou em mim um imenso desejo de dançar a vida em todos os seus momentos. Essa coreografia consegue fazer emergir a magia, por meio de seus movimentos e expressões simbólicas, que a vida pode se transformar em um movimento harmonioso, livre e alegre.

II – Sentimentos

Esta coreografia, contemporânea e criativa de Marlene Andrade (Arroy, 1998), interpreta no seu último ato o contexto da separação, que foi sendo interpretado desenvolvendo padrões e significados. **Paris**, com seu talento e seu brilho, conseguiu modificar a coreografia com sua técnica e atuação dramática; introduz uma forma graciosa aos movimentos mais difíceis desta dança, mostrando as dificuldades da separação humanizando o seu desenvolvimento. **Paris**, neste ato, transforma os movimentos desta coreografia em uma outra possibilidade para a interpretação das separações humanas e consegue dar um novo sentido à estes movimentos.

Continuando a narrativa, tudo estava caminhando para um final feliz, porém no dia 02/08/99 **Paris** piorou, estava apresentando muitas crises de apnéia e o resíduo gástrico persistia, a saturação de Oxigênio oscilava, estava muito apática, os médicos estavam pensando em reentubá-la.

Maria continuava esperançosa, o que pode-se observar nas seguintes falas: “ **Acho que ela não vai precisá** (referindo-se ao ventilador mecânico), **ela tá fazendo fisioterapia...** Continua demonstrando este sentimento conversando com a filha: “ **Tá linda! Só falta respirá direito e começá a comê, aí já pode sai daqui... vamos respirá, filha!**” Comentava comigo: “**Ela esquece de respirá**”.

Nesta trajetória, em nenhum momento escondi a gravidade da situação, a piora de **Paris** como uma possibilidade real, a idéia de trabalhar com a verdade

serviu de base para que as pessoas significativas pudessem ter confiança em nossa relação e para que fosse construída com sinceridade. Para manter a esperança, procurei valorizar os esforços pessoais de **Maria** e as evoluções de crescimento e desenvolvimento de **Paris**, mesmo que pequenas. Baseada nesta noção de realidade e com a valorização dos aspectos positivos na evolução do recém-nascido, procurei criar uma possibilidade para vibrar e alegrarem-se, mesmo nos pequenos ganhos. Esta foi uma forma que encontrei para manter a esperança deles e a minha.

Vale ressaltar que o objetivo deste estudo é descrever a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI e que permaneceu constante, servindo para guiá-lo; o que mudou durante a trajetória foram os significados destes objetivos que ampliaram a proposta inicial. Os caminhos para atingi-los foram flexíveis e proporcionaram um processo mais emocional do que propriamente educativo como inicialmente proposto. Este objetivo também serviu para buscar caminho e manter esperança na vida de **Paris**.

Nem sempre trabalhar com a esperança foi um processo fácil, pois este sentimento se confunde com os de tristeza, cansaço, medo, enfim de incerteza com o futuro da vida do bebê. Em muitos momentos pôde-se observar os sentimentos de culpa, preocupação, medo, tristeza, incerteza de **Maria** e **Frederico**. Pode-se perceber este conflito de sentimentos em alguns encontros **Maria** desabafa: (23/06/99), “**Dá medo, mas ela tem bastante chance, é tão espoleta. Chega uma hora que bate uma tristeza, uma depressão, mas a gente não pode chorar. Tu acha que ela tem risco?**”.... Assim confusos também eram os meus sentimentos de esperança. Oscilantes entre a esperança e a desesperança, embora percebesse uma força interior muito grande em **Paris**, em alguns momentos senti que ela não iria conseguir sobreviver; parece que o seu processo vital exigia muito esforço. Às vezes parecia que ela estava querendo dizer: “Chega, eu não agüento mais, o que vocês tanto querem de mim?” Eu entrava em conflito, também me questionava até que ponto têm-se o direito de interferir para mantê-la viva. Será que esse é o melhor caminho ou é essa a vontade de **Paris**? Apesar de não ter conseguido resposta a todas essas perguntas, o processo foi seguindo a sua trajetória, guiado muitas vezes pela intuição.

Pode-se perceber que apesar da esperança estar presente, muitos sentimentos, de fracasso, culpa, separação, confundem-se no processo emocional da pessoa significativa e do ser cuidador em relação a um bebê prematuro e internado em UTI.

Nesta perspectiva, estudos referidos por Klaus e Kennel (1993, p. 179), descobriram diferenças entre a mãe de um bebê nascido a termo e um prematuro. O nascimento de um bebê prematuro traz à família sentimentos de insegurança, necessitando assim de mais apoio emocional. Uma tentativa de amenizar este sentimento é permitir que tenham um contato mais íntimo com seus bebês. Mesmo assim é impossível impedir que eles experienciem as tensões decorrentes desta situação.

O sentimento de fracasso se torna ainda mais intenso, com a separação do bebê de parto prematuro. O significado do sentimento de fracasso, pode ser percebido neste processo. **Maria** percebe sua gravidez como incompleta, neste comentário : **“ Eu não curti minha gravidez, nem engordei, não deu tempo prá curti a barriga grande, não chequei a comprar nada”...** (29/06/99). Parece que para **Maria**, sua filha ainda não era uma pessoa real, independente, uma vez que ela não sentiu a plenitude da gravidez. O parto prematuro parece revelar problemas de auto-estima para a mãe. O fato de que algo não deu certo pode traduzir sentimentos de insucesso, de incapacidade, de fracasso.

Em outro encontro, **Maria** me pergunta: **“ A temperatura do berço é a mesma do útero?”** A comparação da temperatura do berço aquecido com a de seu útero, independente, parece significar que a filha ainda é parte de si. Klaus e Kennel (1993, p. 201) referem que o parto prematuro representa para a mãe uma amputação; pode ser concebido como a perda de uma parte do corpo, uma afronta à sua integridade corporal e o sentimento de vazio é inevitável. O nascimento prematuro reforça um sentimento de irrealidade em relação à criança que pode ser representado pela seguinte fala: **...“ Dia 08, agora ela vai fazê 6 meses...”** (29/06/99) E **Paris** estava no seu 7º dia de vida.

A expressão de sentimentos de culpa também estão presentes neste processo, ao questionar: **“Eu preciso perguntá pra médica por que nasceu prematuro”**. Conversei sobre o perfil assintomático da possível causa: infecção do

trato urinário. Ela continua: “ **Será que era por que eu trabalhava de mensalista e estudava à noite? e eu moro no morro, falavam que era muito esforço**”... De uma forma ou de outra **Maria** acaba se acusando por não ter conseguido levar a gravidez a termo. Em alguns momentos acusa-se por não ter proporcionado uma boa gestação para sua filha. Para Klaus e Kennel, (1993, p. 201) o nascimento prematuro representa uma punição por algum mal feito. Procurei dar oportunidade à pessoa significativa verbalizar sobre os seus sentimentos de culpa e ao mesmo tempo fazer com que ela refletisse que esse sentimento, nesta situação, é um sentimento de certo modo sem sentido. Tentei amenizar esta sua emoção. Parece que se culpa pelo sofrimento do bebê.

Apesar destes sentimentos, vejo que a influência tensional destes foi irrelevante no desenvolvimento desta vivência, pois **Maria** mostrou-se sempre muito esperançosa em todos os momentos.

Durante nossa convivência, procurei libertá-la um pouco da pressão de “fazer tudo certo”. Tentei mostrar que a essência de ser mãe ou pai, não está diretamente ligada sobre o que se faz pelo bebê, mas na troca de sentimentos que se pode estabelecer com ele. O tempo para que esta troca se estabeleça, varia muito de pessoa para pessoa, pois cada ser humano tem seu próprio ritmo. Para Klaus e Klaus (1989, p.105), o processo de tornar-se ligado ao próprio bebê ocorre em diferentes momentos para diferentes pessoas. Para alguns, ele se desenvolve durante a gravidez, para outros, acontece nos primeiros momentos após o nascimento; e para muitos outros, este processo de ligação não ocorre até que estejam em casa cuidando dos bebês pela primeira vez sozinhos. À medida que estão aprendendo sobre si mesmas e sobre o bebê, as pessoas significativas vão se libertando um pouco desta pressão de fazer tudo certo, a formação e o desenvolvimento do apego vai sendo facilitada. Para mim, o processo cuidativo não está simplesmente relacionado ao cuidado em si, ao fazer pelo bebê; também os conhecimentos e percepções de como lidar com a raiva, frustração e desejo de fuga. Aprender a reconhecer e a conviver com estes sentimentos, pode possibilitar às pessoas significativas a entender como conviver com a situação. Brazelton (1989, p. 14) interpreta que “se não existissem estes sentimentos negativos de desapontamento, frustração e fracasso, os sentimentos de sucesso não seriam tão compensadores”.

Nesta segunda coreografia **Maria**, como bailarina, fez emergir outras interpretações da sua personagem, mostrando algumas expressões ocultas, que só uma artista com o seu talento poderia expressar. Ela conseguiu introduzir movimentos ainda ocultos, revelando todo o seu potencial humano. A riqueza coreográfica de **Sentimentos**, com seus ritmos e movimentos diferentemente melódicos, demonstram um bailado verdadeiro, baseado nos contrastes. Fizeram aumentar em mim, além da minha curiosidade, o meu respeito pelos sentimentos humanos.

III – Ilê aviê:

A figura masculina se faz presente nesta coreografia de Ana Cristina Gonçalves. Seus movimentos representam uma celebração ao povo negro que, viajou da África para uma terra estranha, trouxe luz e alegria ao povo brasileiro (Ruiz, 1998). Escolhi esta coreografia para destacar/celebrar a performance de **Frederico**, que foi outra pessoa significativa muito importante para a trajetória de vida de **Paris**. No universo do nascimento, o companheiro, foi por muito tempo esquecido ou relegado a um segundo plano. Ilê Aviê é uma tentativa de trazer a figura masculina para o universo do nascimento, mostrando algumas dificuldades do homem de se relacionar neste contexto. **Frederico** interpreta seus movimentos com desenvoltura, invade e ocupa o seu espaço no processo cuidativo em UTI, trazendo luz e alegria a **Paris**.

Nesta vivência, o apoio e a participação de **Frederico** companheiro de **Maria**, e pai de **Paris**, foi fundamental para este processo. Logo no início, mostrou-se encantado com a sua filha, suas visitas foram freqüentes, praticamente diárias.

Estudos recentes demonstram que as mães cujos companheiros estão presentes, tendem a visitar o seu bebê prematuro mais freqüentemente. Assim, o pai pode promover a interação bebê – família.

Apesar de muito tímido, tinha vergonha de conversar com **Paris** na presença de outras pessoas, achou uma outra forma de interagir que chamou de “**conversa mental**”. Para Arbatman apud Kudo (1997, p. 225) a linguagem do pai com o bebê é uma forma de atrair e manter a atenção do filho. A linguagem do pai tem características próprias, geralmente o ritmo da conversa é mais lento, as frases são menores.

No início estranhava o silêncio de **Frederico**, chegava até a me incomodar, perguntava como ele estava se sentindo, o que estava esperando da filha e ele respondia sempre laconicamente. Mas com o passar dos dias fui percebendo que esse era o jeito dele e passei a respeitar o seu silêncio. Quando ele chegava na Unidade procurava não insistir mais para que conversasse comigo, me limitei a fazer um rápido comentário sobre **Paris** e responder as suas poucas perguntas, retirava-me logo em seguida para que ele pudesse ficar à vontade com a filha; acho que ele apreciava esta minha atitude.

Durante o tempo em que **Paris** esteve internada, observei que as visitas do pai lhe faziam muito bem e sempre que surgia a oportunidade, falava sobre isso com ele, que por sua vez parecia ficar satisfeito. Na presença de **Frederico** as expressões dela modificavam-se, tornando-se mais suaves, seus movimentos corporais parecem ser mais sinfônicos; a satisfação de **Paris** nos encontros com o pai pode ser representada pela sua tranqüilidade.

Para Lebovici (1987, p; 171) existem muitas maneiras de abordar a relação pai-bebê. A primeira é considerar a interação direta, que significa os contatos e as trocas entre os dois. Uma segunda abordagem é considerar a influência indireta que o pai exerce sobre o bebê através da relação conjugal, através do apoio que ele oferece à mãe e os diferentes aspectos da relação de par. Assim, nestas duas abordagens do autor pode-se observar um processo de trocas, caracterizado por ser mútuo e recíproco.

O autor refere que a interação pai-bebê tem um caráter mais "físico", mais estimulante que a interação mãe-bebê. Durante esta vivência pude observar que **Paris**, na presença de **Frederico** tinha uma reação mais suave. A relação entre os dois tinha um estilo diferente, sem dúvida. Parece que **Paris** na presença de **Maria** apresentava um ritmo mais excitante, uma "dança" mais sincopada/movimentada. Lebovici (1987, p. 172) ilustra esta questão, ao referir que cada pai tem um estilo diferente e singular e que não é nada duvidoso que certos pais tenham uma aproximação muito mais suave com seu bebê, da mesma forma que, provavelmente, certas mães tenham uma abordagem mais brusca que as outras.

Mesmo que **Frederico** não tenha participado diretamente no processo cuidativo de **Paris**, estava totalmente envolvido. Um exemplo disso é a sua preocupação com a alimentação do bebê, o que pode ser observado através desta fala de **Maria**: “**Ô, Beatriz, o meu marido mama em mim... Minha irmã falou que ele deve me amar muito, que não é todo homem que faz isso. Ele diz que é uma ajuda pro leite não secar.... Eu gosto, acho legal!**” (28/06/99) Esta atitude de **Frederico** é uma forma de manter a lactação, pois o estímulo do seio favorece a produção láctea e é recomendada para a promoção do aleitamento materno. Quando **Paris** precisou de sangue, **Frederico** não mediu esforços para arranjar doador para a reposição.

Frederico apoiou a companheira durante toda a trajetória, foi uma pessoa com quem **Maria** pode compartilhar seus medos, angústias e alegrias. Num encontro perguntei a ela, como ele estava; “**Eu ando descontando no meu marido**”. Como assim? - perguntei: “- **Às vezes eu brigo um pouco com ele, ele não se abre não chora**”. Procurei fazer com que ela entendesse que as pessoas sentem as emoções de maneira diferente, que cada um tem um jeito de demonstrar a sua tristeza ou alegria e que o fato de ele não chorar, não é um indicativo que ele não esteja sofrendo. Penso que **Frederico** procurou compensar a necessidade da companheira, conversando, rezando, procurando escutá-la e apoiá-la durante toda a trajetória. Em um de nossos encontros percebi que **Maria** estava muito angustiada com a situação de **Paris**. Tentando diminuir esta ansiedade e angústia, sugeri a leitura de um artigo (O Nascimento de uma Criança de Alto Risco: Significado e Vivência de Familiares – Gomes, 1996.) e para que ela fizesse uma colagem sobre a sua compreensão do texto. **Maria** então perguntou: “**Posso levá prá fazê com o meu marido?**” Entendo que esta atitude representa toda a compreensão do companheiro com a situação. Depois de alguns dias me entregaram a colagem que haviam produzido, comentando: “**Gostei do que tu desse prá gente lê. Tudo que tá escrito é real, é bem aquilo que a gente sente, é uma relação de amor e de medo. A gente fica com medo do que o médico vai dizê**”. Perguntei a ela se **Frederico** havia lido, ela respondeu que sim mas disse que haviam lido separados. Continuei perguntando o que ele havia achado do texto, **Maria** respondeu: “**Ele disse pra eu perguntá prá ti se aqueles bebês haviam se salvado**” Falei que o artigo não falava sobre o que tinha acontecido, e procurei explicar como havia sido

desenvolvido o estudo de Gomes, ou seja, que a autora estava procurando entender como os pais se sentiam com a situação de ter um recém-nascido internado em uma Unidade Neonatal.

Maria se sente apoiada por **Frederico**, é como se ela estivesse me dizendo "eu posso contar com ele!". O companheiro interage e apóia, ela sente que pode compartilhar sentimentos, pois ele está totalmente envolvido no processo.

Na minha compreensão esta dança exigiu virtuosidade não apenas de **Frederico** solista/protagonista, mas também de todo o elenco da dança. Considerando que muitas danças baseiam-se no passo comum de andar, **Illê-aviê** tem uma perspectiva diferente; sua coreografia fica muito mais centrada na figuração do corpo. A interpretação de **Frederico** me comoveu com o seu bailado legítimo e poético.

IV – Dança guerreira:

Esta coreografia de André L. da Silva Franco, possibilita uma reflexão sobre o envolvimento, as interações e as possibilidades das relações entre os seres humanos. Os movimentos são elaborados cenicamente sem perder as características do brincante de seus movimentos. Seus movimentos são de um requinte estético único (Arroy, 1998). Assim como o processo cuidativo, esta coreografia invade muitos espaços como a imaginação; seus movimentos têm um clima misterioso e lúdico, comum, inusitado e real. Através do envolvimento dos bailarinos as interações acontecem e se repetem conforme os artistas vão se relacionando entre si...

O processo cuidativo foi acontecendo ao longo desta trajetória, não de maneira isolada, como já expliquei na criação coreográfica do espetáculo. Procuo a partir de agora descrever a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo de **Paris**, destacando seus momentos mais marcantes, na minha compreensão. Neste contexto, o processo cuidativo proposto parece ser estimulador e incentivador. A pessoa significativa é a facilitadora do diálogo e interação com o bebê, permitindo, assim, uma ampliação da dimensão do cuidado.

A dificuldade inicial em interagir e manipular o corpo de **Paris** foi superada rapidamente. Durante toda a trajetória **Maria** mostrou-se muito interativa, conversando, tocando, cantando, acariciando sua filha.

A estimulação, na minha percepção, acaba sendo inerente ao ser humano, pois as pessoas têm necessidade de se tocarem e se acariciarem. O toque é um ato cultural e social, não exige conhecimento prévio, já que se desconhece carícias, afagos incorretos. Assim, a estimulação é um processo espontâneo, flui naturalmente, desde que se deseje interagir, demonstrar afeto.

Na construção desta coreografia, o momento mais emocionante do processo cuidativo de estimulação pode ser entendido através deste comentário: **“Sabia que eu peguei ela no colo, qué dizê na mão, quando tu não tava aqui?... é muita emoção”**. Compartilhei a alegria dela e fiquei muito feliz por **Maria** e **Paris**, mas também porque percebi que a equipe de enfermagem havia se sensibilizado com a minha proposta. Daria tudo para ter visto a expressão de **Paris** no colo da mãe. Porém, foi muito emocionante, maravilhoso, a enfermagem ter tido a iniciativa de deixar que **Maria** segurasse no seu colo um bebê entubado e sem a minha presença. Estava preocupada, pois no mês de julho, durante o processo, me afastei por 2 semanas para participar do Seminário Parcial da disciplina Prática Assistencial, em Florianópolis. Imaginava que teria que iniciar novamente todo o processo em função desta ruptura, foi realmente um presente saber que **Maria** havia segurado seu bebê. Percebi que havia uma interação recíproca entre **Paris**, pessoa significativa, equipe de enfermagem e eu. Fiquei feliz em perceber que os movimentos do grupo estavam sincronizados, conquistaram uma unidade de estilo, expressividade e sentido artístico. A inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI, estava transformando-se em uma dança com um lirismo e musicalidade de um grupo, começava a criar a sua própria linguagem de movimentos, com uma expressividade coletiva.

A equipe de enfermagem foi fantástica desde o momento em que apresentei esta proposta. Receberam muito bem. Acredito que houve empatia, tanto que recebi muitas sugestões: **“Aqui as mães ainda são muito separadas de seus bebês”**; **“A tendência é a permanência da mãe 24h com seu bebê, como na Pediatria”**; **“Parabéns”**, **“Seria bom implantar”**. Talvez a receptividade tenha sido

tão boa, porque o grupo de enfermagem é meu velho e querido conhecido. Considero muito boa a relação construída e trabalhada com carinho ao longo destes anos. Penso que o grupo conseguiu sensibilizar-se, e construir coletivamente alternativas para a humanização do cuidado.

Independente da proposta, acho que a equipe de saúde vem fazendo a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI, há muito tempo. O que pode ser evidenciado pela liberação do horário de visitas para os pais, no incentivo da equipe para que os pais toquem e conversem com seus bebês, na formação do Grupo de Apoio aos Pais, no alojamento que a maternidade oferece para que as mães fiquem para acompanhar seus filhos, na promoção do aleitamento materno, enfim nos tantos procedimentos já institucionalizados que promovem a interação entre o bebê internado e sua família.

Me sinto muito à vontade para falar do grupo de enfermagem, em especial, por serem minhas parceiras de trabalho neste cenário há mais de 10 anos. O que tenho percebido é que a relação com os familiares é bastante amistosa. Elas conseguem conversar com os pais sobre assuntos do cotidiano, se interessam pelos problemas deles, brincam. Na minha compreensão, as brincadeiras são muito interessantes e até facilitadoras para o processo cuidativo, pois constituem uma forma de descontrair, de tornar o cenário mais suave. As brincadeiras não representam para mim, de maneira nenhuma, uma forma de banalizar o sofrimento dos pais, e sim como uma forma de tornar a vivência menos dolorosa.

Neste processo pode-se observar que **Maria** aprova as brincadeiras que o grupo de enfermagem faz, tanto que acaba brincando junto. Certo dia ao chegar na Unidade, pediu: **“Vocês podem me dar a máscara da Tiazinha?”** por que ela estava com gripe.

Percebi que a cada dia que passava, todas iam apegando-se muito a **Paris**, mas também era difícil resistir aos seus encantos; esse recém-nascido tão interativo, acabou tornando-se a “mascotinha” da unidade.

Todas as vezes que **Maria** realizava algum cuidado com **Paris**, como trocar a fralda, verificar a temperatura, ... alguém da enfermagem estava presente. Frequentemente sugeriam dicas para **Maria**, procurando apoiá-la. Observei que a reação inicial da enfermagem foi a de “fazer” o cuidado por ela, algumas vezes tive

que interferir para que deixassem **Maria** cuidar do seu jeito; logo percebiam e deixavam que ela seguisse o seu ritmo. Penso que esta reação em fazer por **Maria** é muito comum, acaba sendo a “força do hábito”. Há anos a enfermagem trabalha para e não com o cliente, ainda mais no ambiente de UTI, no qual os clientes são totalmente dependentes. Envolver a família neste processo parece mais complicado.

Durante os dias em que estava desenvolvendo este estudo, tive uma alegre surpresa. Ao chegar na Unidade observei que havia uma outra mãe trocando a fralda de outro bebê que estava internado. Fiquei muito contente, conversei rapidamente com elas a respeito, que me disseram **“Algumas vezes deixam a mãe trocar a fralda dos bebês que estão mais estáveis”**.

A interação do grupo de enfermagem com **Maria** foi ótima. Muitas vezes é difícil para a enfermagem entender as queixas dos familiares sobre o atendimento ao bebê. Klaus e Kennel (1993, p. 223) ilustram esta questão falando da tendência das mães em perceber qualquer pequena mudança e deficiência no atendimento; fraldas molhadas e um pouquinho de leite derramado não passam despercebidos. Penso que vale ressaltar que **Paris**, durante todo o tempo que esteve internada, não apresentou nenhuma dermatite amoniacal ou lesão de pele (flebite) decorrente de fluidoterapia. Isso representa o cuidado da enfermagem com a pele tão delicada deste bebê.

Percebi no grupo de enfermagem uma sensibilidade, uma delicadeza, uma imensa afetividade em cuidar do bebê e da mãe. Isso sem falar no interesse que demonstraram no desenvolvimento desta proposta. Ao chegar na unidade frequentemente me contavam tudo que havia acontecido com **Paris**, como tinha passado o dia. Falavam se **Maria** tinha ou não vindo visitar a bebê e sobre o seu estado de espírito: **“Ela está bem animada”**, **“Ela tá com uma gripe”**, **“Ela vem visitar o bebê todos os dias”**. Todas estas observações foram muito importantes neste processo. Foi bom sentir que as pessoas estavam compartilhando e acreditando na proposta deste estudo.

Também os(as) neonatologistas mostraram-se muito interessados, procuravam participar da coreografia, buscando encontrar os passos desta dança. Sempre me perguntavam como estava indo o meu estudo, fazendo comentários sobre **Paris** e sua mãe, comunicando quando internava um recém-nascido que

poderia fazer parte do estudo. Enfim, percebi que compartilharam desta proposta. Aliás, acho que há muito tempo estão sensibilizados com a humanização do cuidado neonatal o que pode ser observado pelas rotinas institucionalizadas na maternidade. Penso que o suporte e apoio destes médicos(as) facilitou muito a trajetória deste processo cuidativo. É muito bom e mais fácil trabalhar com um grupo sintonizado com a prática do cuidado humanizado.

Depois de alguns dias de convivência, **Maria** pergunta: “ **Será que amanhã, podemos começá a trabalhá/cuidá dela?**” Este era o 4º encontro, e ela estava cuidando de **Paris**, desde o primeiro. **Paris** está mais esperta a cada dia, abre os olhos na presença da mãe e fica olhando-a como se quisesse conversar com ela, ou aproveitar os momentos que estavam juntas. **Maria** completa seu pensamento: “ **Não vejo a hora...acho que a gente podia começá pela troca de fralda, ela não se alimenta mesmo...**” Atendendo a sua solicitação, perguntei se já havia trocado fraldas antes, ela respondeu : “ **Sempre via a minha irmã trocando, a gente ergue as duas perninha juntas e coloca uma fralda limpa**”. Pedi a ela para escrever sobre o assunto e dois dias depois ela me entregou um papel no qual havia escrito como pensava ser a troca de fraldas. A partir do que havia escrito, procurei discutir este cuidado, embora ela me ajudasse a cortar as fraldas (precisavam ser divididas em 2, pois **Paris** era muito pequena) e preparar o material para a higiene do bebê todos os dias. Passaram-se ainda mais 3 encontros até que ela conseguisse trocá-la. Procurei não pressioná-la, respeitar o seu ritmo até que ela se sentisse preparada para fazê-lo. Quando fez sua primeira troca de fralda, limpou **Paris** delicadamente, enquanto cuidava conversava todo o tempo com o bebê e comigo: “**É da frente prá trais, né?**” Comentou pedindo a minha afirmação. Ao terminar resplandecia de alegria, “ **Foi legal!!! Gostei, viu como ela se acalmou?**” Nos encontros seguintes preparava o material da higiene e trocava a fralda de **Paris** tranquilamente, sempre conversando: “**Tá bom, filha?... ela não tá com uma carinha de satisfeita?.. a mamãe tá aprendendo**”. Enquanto cuidava sempre observava atentamente a pele da bebê, certo dia perguntou: “ **O que é isso aqui?**” (apontando para as descamações da pele de **Paris**) Aproveitei para falar sobre a sensibilidade da pele do bebê, em especial do prematuro. Em função desta sensibilidade de pele, o banho de **Paris** era realizado pela manhã, apenas com água destilada, afim de evitar agressões. **Maria** sempre vinha visitá-la à tarde. Solicitei à

enfermagem para transferir o horário do banho para o período da tarde, a fim de que ela pudesse participar ou observar. Talvez devido a uma certa inflexibilidade de rotinas, isto não foi possível, assim não pudemos cuidar do banho de **Paris**. Considerando que o primeiro cuidado materno consiste em uma continuação das ligações da via intrauterina, um momento importante para desenvolver este contato é durante o banho no qual a criança revive os momentos que lhe são familiares, visto que permaneceu nove meses em contato com o líquido amniótico, podendo ser acariciada, tomar conhecimento de todo o seu corpo e sentir que pertence a alguém (Ferreira et al., 1998, p.112). Teria sido muito importante para **Paris** se tivesse sido banhada por **Maria**. Porém, nem tudo acontece como se planeja. Apesar disso, **Maria** trocava **Paris** de decúbito com muita desenvoltura, aliás este cuidado foi iniciativa dela “**Ela já tá tanto tempo na mesma posição, não é bom trocá?**”. Foi **Maria** que percebeu que o bebê precisava mudar de posição para se sentir mais confortável. À medida que passou a interagir com o bebê, conversar, tocar, mudar de decúbito, passaram a ser cuidados que fluíram naturalmente.

No dia 29/06/99, observei nas anotações do prontuário que **Paris** estava com pouca diurese, estava com a pele levemente ressecada, mas estava ativa. Antes de entrar na Unidade precisou aguardar um pouco, pois havia nascido um bebê, que estava fazendo um Raio X. Ela entrou assustada na Unidade, foi logo me perguntando: “**O que é esse aparelho?**” Até então, eu nunca havia me dado conta de como é assustador um aparelho portátil de RaioX. Dei uma olhada para o aparelho e percebi que, com o seu tamanho gigantesco e as suas formas espaciais, parece realmente um monstro destes filmes de ficção científica. Falei a ela que se tratava de um aparelho de Raio X, expliquei a sua utilização e que era para outro bebê. **Maria** falou: “**Nossa me assusteii!!!**”

Naquele mesmo dia, o residente veio conversar com **Maria** na Unidade. Explicou como estava o rim do recém-nascido, com uma linguagem um tanto técnica. Percebi que **Maria** não havia entendido, tive vontade de interferir simplificando a explicação, mas me calei porque ela não havia solicitado maiores explicações. Achei que seria melhor conter o meu impulso. Ao sair da Unidade, perguntei a **Maria** como estava se sentindo, ela respondeu que tinha sido triste e começou a chorar. Procurei fazer com que ela desabafasse, conversando que a insegurança o medo fazem parte deste processo de internação. Ela desabafou:

“Acho que é o medo, medo do que o médico falou... não entendi nada do que ele falou, tu pode me explicar?” Falei a **Maria**: Posso te explicar sim, mas quando a gente não entende alguma coisa é bom perguntar, para tirar as dúvidas. Procurei explicar o que o residente havia falado em outras palavras, que a diminuição do volume urinário não é tão rara em prematuros, e que apenas alguns casos são mais graves, que significam mau funcionamento do rim (insuficiência renal). Que também poderia ser uma infecção do trato urinário, o que seria mais simples. Mas que o importante é que os médicos já haviam solicitado todos os exames (parcial de urina, densidade urinária, creatinina sérica) de **Paris**. Ela já estava sendo medicada (através da fluidoterapia), e como o residente falou que os primeiros exames tiveram resultados muito bons, descartava-se a possibilidade de insuficiência renal.

Penso que esta nossa conversa foi muito produtiva, pois **Maria** passa a ficar mais atenta, perguntando a todos o que não conseguia entender.

Benner e Cheslla (1996, p.298) refere que os pacientes geralmente procuram ajuda da enfermagem para o entendimento ou compreensão das suas perguntas aos médicos. Para esta autora, isto acontece porque as enfermeiras são socialmente e culturalmente mais próximas do que os médicos. Percebo que esta aproximação ou interação com a enfermagem é muito comum no cotidiano. Penso que além dos aspectos referidos por Benner, esta aproximação é mais intensa com a enfermagem porque é ela que passa mais tempo ao lado, cuidando do paciente. Também porque a maioria das trabalhadoras de enfermagem são do sexo feminino e grande parte deste universo experienciaram o papel de ser mãe.

Outro cuidado desenvolvido nesta vivência foi a alimentação de **Paris**. Desde o primeiro dia de internação, **Maria** ordenhou o seu leite, mantendo a lactação, como já mencionei anteriormente. **Frederico** também participou deste cuidado. Penso que ela estava muito sensibilizada com a amamentação. Frequentemente dizia: “**Eu tenho bastante leite... eu já tirei 3 litros... meu leite tá ótimo**” Mesmo que esse processo cuidativo não tenha sido desenvolvido integralmente, pois o bebê permaneceu um longo período sem se alimentar, aliás ficou em dieta zero praticamente durante toda a sua internação, **Maria** ia diariamente ao Banco de Leite para ordenhar ou deixar o seu leite. Mas para mim, o momento mais emocionante de todo este processo cuidativo foi quando **Paris** recebeu o leite

pela primeira vez via sonda orogástrica. No dia 01/07/99, observei que havia sido prescrita alimentação. Quando falei a **Maria**, um pouco assustada perguntou: “ **E agora, o que a gente fais?**” Ofereci a ela o material para a ordenha e ela ali mesmo ordenhou 1ml de leite, “ **Chega?**” Preferiu que eu desse o leite, já que era a primeira alimentação. **Maria** estava ao meu lado e de **Paris**, rindo falou: “**Ela tá sugando, (percebendo o movimento de sucção da boca) tá sentindo o gosto do leite**”. **Maria**, eu e, provavelmente **Paris**, estávamos muito contentes. Era um momento muito esperado por todos, pois representa uma melhora do recém-nascido. Finalmente poderia iniciar o desenvolvimento de seu paladar, sentindo o gosto do leite. Foi realmente um momento muito emocionante, **Maria** radiante comentou: “**Ela tá quase chegando ao peso que ela nasceu**”. Pena que não pôde ter continuidade, pois **Paris** não aceitou bem a alimentação, apresentando resíduo gástrico persistente e assim, após alguns, dias foi novamente suspensa a sua dieta. **Maria** ficou desapontada com este fato, aproveitei a ocasião para conversar sobre o resíduo gástrico, que ela refere como sendo o “**liquidozinho que sai**”

Passaram-se alguns dias e no dia 06/07/99, **Paris** teve uma leve piora em seu quadro clínico. Iniciou antibioticoterapia, porque no seu exame de líquido acusava uma possibilidade de ter desenvolvido meningite bacteriana; estava apresentando acidose metabólica persistente e anemia. **Maria** parece ter ficado muito desanimada e naquele dia não quis cuidar da sua recém-nascida. Na tentativa de ajudá-la, sugeri que participasse do Grupo de Pais, para que outras pessoas dividissem com ela seus sentimentos, expectativas, emoções, enfim a experiência em ter um bebê na UTI. Ela aceitou a sugestão e eu fui para acompanhá-la. Permaneceu por muito tempo quieta. Procurei fazer com que as outras mães que já passaram por sentimentos semelhantes, falassem da sua vivência em ter um bebê internado em UTI. Gostaria que dividissem as sensações oscilantes de melhora e piora, as dúvidas, medos para que servissem de apoio e esperança a **Maria**. Os profissionais que participavam do Grupo intercederam a seu favor, oferecendo todo um aparato de explicações científicas a respeito do processo de internação. Neste momento, fiquei muito vulnerável, como se eu estivesse trabalhando sozinha nesta proposta, e senti a proposta como delirante, utópica. Este aspecto foi interessante, pois ao mesmo tempo que me deu a sensação de estar sozinha, permitiu que **Maria** tivesse uma visão diferente do processo, visto que a relação comigo era diferente,

ou seja, a história que estávamos construindo não dimensionava unicamente a doença. Em seguida, surgiu a temática da participação da mãe nos cuidados do bebê, foi então que **Maria** começou timidamente a falar da sua experiência de cuidar de sua filha na UTI. O seu discurso foi se tornando mais caloroso com o interesse e perguntas das outras participantes. Refletindo sobre este encontro, pude observar seu entusiasmo ao falar do processo cuidativo e perceber uma mudança de expressão e sua alegria. A minha vulnerabilidade inicial (a sensação de estar sozinha) foi embora dando lugar a alegria. Através de seus depoimentos tão emocionados, verdadeiros e consistentes, foi realmente um momento de muita satisfação para mim, pude perceber que a proposta deste estudo faz muito sentido.

O processo cuidativo é dinâmico não acontece isoladamente, como já comentei. Assim, além dos cuidados propostos, a pessoa significativa durante esta vivência também aprendeu outros cuidados, interessou-se em verificar a temperatura de **Paris**, antes mesmo de ter trocado a fralda da filha. Talvez porque sempre tocasse no bebê, logo nos primeiros encontros perguntou: “**Posso ver a temperatura?**” Foi assim que iniciou este cuidado. **Maria** pediu que eu verificasse a temperatura para que ela pudesse observar. Fui falando da antissepsia, do tempo necessário para verificar a temperatura. Encontrou uma certa dificuldade na leitura, mas foi facilmente superada. Nos encontros que se seguiram, **Maria** já pegava o termômetro, fazia a desinfecção, baixava a coluna de mercúrio, colocava na axila do bebê, fica segurando delicadamente, controlando sozinha o tempo, fazendo a leitura e apenas pedia para eu conferir: “**Tá certo?**” Passou a fazer este cuidado com muita desenvoltura, procurando sempre manter o bebê aquecido.

Durante este processo, **Maria** potencializou seu senso de observação. É impressionante como consegue perceber pequenas alterações em **Paris**, tais como: “**O pézinho dela tá todo machucadinho**”. Realmente estava em função dos testes com glicofitas para observar glicemia... “**Ela emagreceu...**” ou “**Ela aumentô o peso...**” Todas as vezes que fez esta observação acertou. A recém-nascida tinha ou não ganho peso naquele dia “**ela tá tão parada...**”, mais uma vez estava certa, pois **Paris** alguns dias apresentava-se apática. “**Tá tão branca hoje...**” os exames laboratoriais evidenciam uma anemia, inclusive necessitou receber sangue. “**Eu tô achando ela meio fria...**” naquele momento o bebê estava hipotérmico. Como se pode perceber, todas as observações de **Maria** foram sempre muito consistentes.

Aliado ao processo de observação, está o de compreensão do prontuário do bebê. Ao longo da trajetória, ao chegar na Unidade pegava o prontuário de **Paris** e perguntava: **“Ela vomitou hoje?... Ela não tá mais se alimentando?... Diminuíram o oxigênio?... E a urina dela tá boa?... Teve febre?... Ela fez cocô hoje?...E o exame de ontem o que deu?”** Estas observações entre outras, significam que **Maria** passa a entender um pouco mais sobre o processo de internação da filha. Além disso, ela mesma registrava no prontuário os cuidados que realizava, até o controle (soma) da diurese nas 24h aprendeu a fazer.

Paris, no dia 02/08/99 infelizmente, piora novamente e todas as atenções se voltam para o seu estado respiratório. **Maria** ainda se mostra esperançosa: **“Não inventa, acorda e respira minha filha! Tá se exibindo?”** Embora o medo em perder a filha também estivesse presente: **“ Sabe que eu sonhei que ela tinha ido pro respirador? Fiquei a manhã toda pensando que iam me chamar”**. É impressionante, parece que **Maria** estava pressentindo o que estava por vir.

Em muitos momentos a intuição fez parte do processo, mas este para mim foi o mais significativo, me surpreendeu. Naquele mesmo dia, **Maria**, me pergunta: **“Tu acha errado eu pedi prá ela ir?”** Eu não sabia e nem tinha idéia do que dizer a ela, nunca ninguém tinha sido tão despreendido assim. Neste momento acho que a minha intuição emergiu. Pensei: ela está pronta para entregar a sua filha, deixar que seu corpo humano deixe de existir. Disse a ela: **“ Não, Maria não acho errado tu pedires para ela ir, acho muito grandioso e bondoso da tua parte, é um pensamento muito elevado. Continuei perguntando: O que tu achastes de Paris hoje? Como tu estás te sentindo? Compreendi que Paris estava se despedindo da Maria e que a mãe havia conseguido deixá-la partir. Pensei que de certa forma, eu havia participado ou facilitado esta despedida.**

No dia seguinte, **Frederico** e ela vieram visitar **Paris**, não fizeram muitas perguntas, talvez por não querer aceitar a piora do bebê. A situação se agrava, as crises de apnéias são constantes, a saturação de oxigênio fica muito oscilante. **Paris** está muito apática e pálida, seus braços e pernas já não tinham a tonicidade de antes (hipotônicos). Parecia estar ausente ou ter desistido de viver. Percebo que os

movimentos estavam pedindo outra coreografia, já não dava quase para escutar a música que **Paris** cantava.

Nesta coreografia os sentimentos de dor e alegria, mesclaram-se. Em muitos momentos repetiram-se movimentos improvisados sem uma ordem fixa, porém com grande nitidez rítmica. A **Dança da guerreira** pode ser interpretada pela sutileza da improvisação e na rapidez de seus movimentos. Essa coreografia reflete uma tensão definida em cada músculo das bailarinas, um tempo particular para cada gesto, expressa em seus movimentos força, medo e delicadeza. Procurei perceber em cada bailarina o que cada uma tinha de melhor e explorar todo o seu potencial artístico em termos de expressão, técnica e sentimento. Queria que elas se sentissem importantes e em muitos movimentos procurei transformá-las, cada uma com o seu ritmo, em protagonistas desta coreografia.

No entanto, apesar de toda essa surpreendente improvisação coreográfica, percebi que era hora de modificar os passos, compassos e descompassos desta dança. Escolho então outra coreografia para este espetáculo, um clássico da mais antiga das artes.

V- Cisne negro

Esta coreografia narra o momento em que o belo cisne encontra a morte. Exige dos intérpretes uma técnica excepcional aliada a uma sensibilidade que personifica a grande força do amor, com movimentos líricos de imensa beleza. Penso que o Cisne Negro, pode representar muito bem este ato da despedida de **Paris**.

Um dia antes da morte de **Paris** aconteceu algo muito interessante. Durante a visita dos pais a filha parece ficar mais ativa e corada, a saturação de Oxigênio que estava até então oscilando e diminuindo permanece em 98%, até o esforço respiratório fica menos intenso. Parece que **Paris** sente a presença dos pais, escuta suas vozes, sente o seu toque e melhora, é incrível!!!!

No dia 04/08/99, **Paris**, este valente bebê, não resiste e vai a óbito. A causa da morte é septicemia. Infelizmente, não consegui encontrar **Frederico** e **Maria**, pois ao receberem a notícia foram imediatamente providenciar o funeral. Eu gostaria muito de estar presente para poder ajudá-los ou facilitar algumas

providências naquele momento tão difícil. Encontrei a equipe da Unidade inconformada, todos muito tristes, uma enfermeira havia chorado e me confidenciou: **“A gente investe tanto numa criança e às vezes acaba assim, dá uma sensação de impotência”**. O meu sentimento era diferente, de compaixão talvez. Fiquei com uma sensação de vazio, uma tristeza ao imaginar a saudade dos pais. Cheguei a pensar que se eu estivesse presente a situação poderia ter sido diferente. Lógico que este foi um pensamento momentâneo. Fiquei surpresa com a minha pretensão. Ora, como se alguém pudesse ter poder sobre a vida das pessoas, que absurdo! Tantos sentimentos passaram pela minha cabeça, mas decidi ir ver o corpo de **Paris**, esta maravilhosa criaturinha que nos deu o prazer de sua companhia durante os seus 43 dias de vida. Ao lado do corpo deixei um bilhete de condolências para **Maria e Frederico** me colocando à disposição deles.

A aura mágica dessa coreografia deu um novo brilho a esta vivência. O **Cisne negro** representou um desafio a todas as bailarinas, não só no aspecto técnico, mas também na interpretação complexa de seus movimentos. Retrata a busca do ser humano em compreender a emoção de dançar a vida.

VI –Eu sinto a tua falta

Dois dias após, fui visitá-los em sua casa (06/08/99). Chamei esta coreografia de **Eu sinto a tua falta**, de Telmo Gomes e, representa finalização do convívio e o ato final deste espetáculo. Penso que esta coreografia consegue transformar a dança em expressão artística, transmite uma espontaneidade que enriquece e aquece a alma, mesmo nos momentos difíceis da nossa existência. **Eu sinto a tua falta** é uma coreografia curta porém sofisticada e criativa, uma mistura movimentos, linguagens e livre de barreiras (Ruiz, 1999).

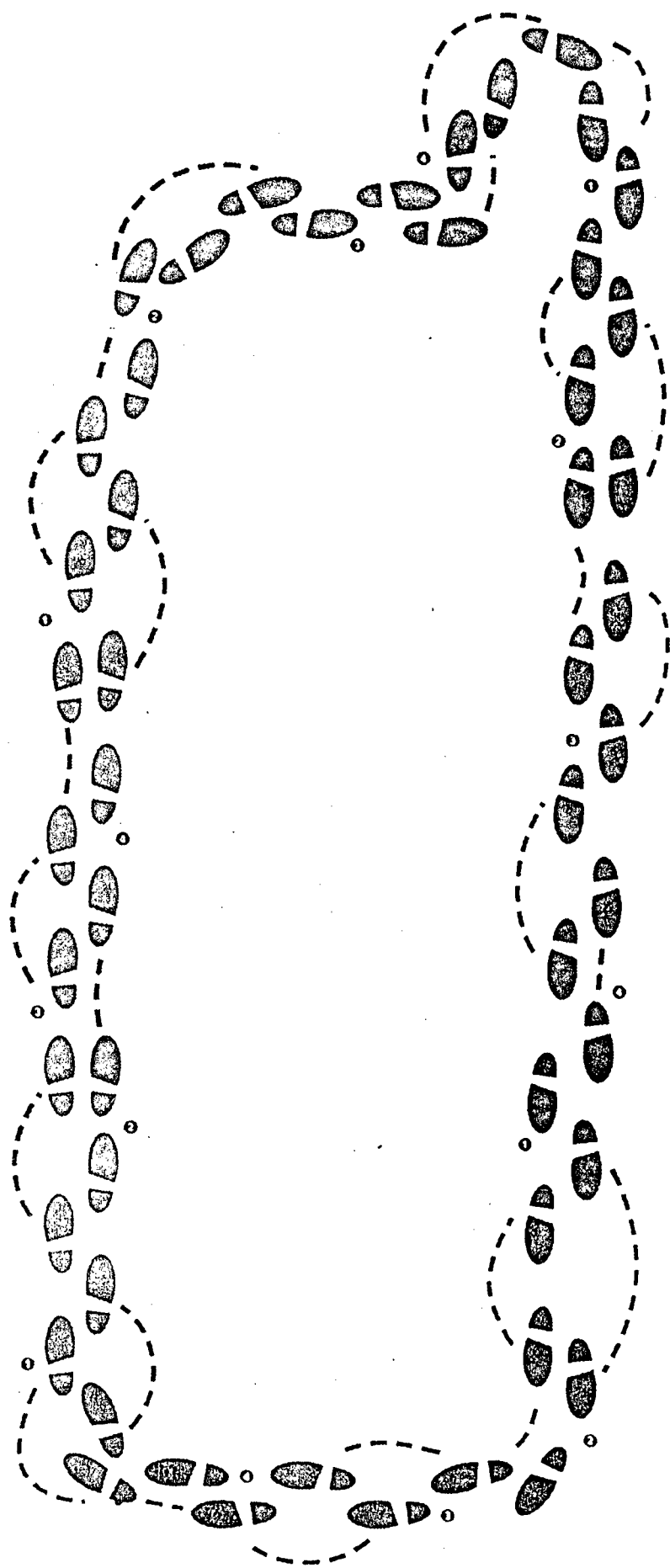
Encontrei **Marla e Frederico** desolados, muito tristes e inconformados. **Maria** ainda consegue colocar a sua tristeza para fora, pois fala de seus sentimentos de tristeza. Já **Frederico** não consegue falar da filha. Enquanto conversávamos ele permanece o tempo todo calado e em seguida se retira da cozinha, deixando **Maria** e eu sozinhas. Não irei relatar aqui todo o conteúdo da conversa, pelo respeito e consideração ao momento que estavam vivendo e até porque não a registrei. Para esta finalização de convívio me limitei a escutá-la, procurando em alguns momentos confortá-la. Falei de como **Paris** deve ter se sentido feliz por ser tão amada,

aproveitei a oportunidade para agradecer a sua participação neste estudo. **Maria** também agradeceu a minha “ajuda” e falou que foi muito bom para ela ter podido participar. E foi assim a finalização deste convívio, o ato final deste espetáculo de dança.

Neste último ato a dança pode ser sentida como uma “poesia silenciosa”, que vai além do real e ressalta a “realidade poética do ser humano” (Garaudy, 1980, p. 181). Esta coreografia me ajudou a compreender a dança e o processo cuidativo, como um ato humano harmonioso que está sempre nascendo, sempre se criando e se recriando.

CAPÍTULO VI:

A ARTE ÓTICA DAS EXPRESSÕES DA DANÇA



ARTE ÓTICA DAS EXPRESSÕES DA DANÇA

A dança traduz um sentimento de integração das pessoas em um grupo; o ritmo, a iluminação, a musicalidade faz parte dela. A música pode dar leveza e graça aos movimentos. A combinação de músicas, movimentos, efeitos visuais, expressões é que possibilitam o encantamento da coreografia de um espetáculo de dança. Essa combinação expressa, na minha compreensão, também o potencial do cuidado, um sentimento que reflete a interação entre as pessoas, um ritmo que interpreta as emoções das pessoas que o produzem e o assistem.

Nesta trajetória, muitas das iluminações/ ou efeitos visuais dos movimentos destas danças aconteceram pela concepção rogeriana, seu movimento e integralidade caracterizaram o seu ritmo mágico. Penso que este referencial teórico delineou os caminhos e esteve presente em muitos momentos desta vivência, como já mencionei.

Procuro, neste capítulo, fazer algumas aproximações do processo desenvolvido com o referencial teórico. Analisando os movimentos desta vivência na concepção rogeriana consigo perceber as suas vulnerabilidades, transitando entre a simultaneidade do apego e da entrega, do desânimo e da motivação; foi preciso muitas vezes reconfigurar o planejado do executado para que se pudesse entender a sua trajetória imprevisível, com seus diferentes significados.

Os seres humanos deste estudo são: a música foi representada por **Paris**, os protagonistas desta vivência a pessoa significativa interpretada em especial por **Maria**, tendo como coadjuvante **Frederico**, o ser humano enfermeira: eu e a equipe de enfermagem.

O recém-nascido deste estudo, **Paris**, apresentou imaturidade fisiológica, em função da relação desarmoniosa com o ambiente uterino: nasceu prematuramente, e passou a manifestar deficiências em seus processos vitais de desenvolvimento. Na sua evolução, pôde-se encontrar algumas causas que representam a desarmonia entre o ser humano-prematuro e o ambiente. Entre elas

estão, o uso de um ventilador mecânico para garantir a respiração do bebê, uso de cateter para infusão endovenosa, a venda nos olhos para a fototerapia, os tantos fios e cabos para monitorá-lo, isso sem falar da separação da mãe e do pai, os estímulos dolorosos, o fato de ser cuidado por desconhecidos, o ambiente tecnológico da UTI.

Na concepção rogeriana, os campos de energia de **Paris** parecem sofrer constantes disritmias, em função dos processos desarmônicos entre os campos humano e ambiental em que está vivendo. Assim, as desarmonias que prejudicam o seu desenvolvimento e integridade podem se manifestar através das alterações biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais entre outras que significam mais que a soma de suas partes, e representam um todo indivisível.

Paris, nesta trajetória, mostrou-se muito interativa, suas reações não correspondiam às de um bebê com a sua idade gestacional. Parecia estar sempre atenta, olhando, interagindo com as pessoas ao seu redor, desenvolvendo a sua capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção. Este processo mútuo e contínuo de troca para Rogers (1970) acontece em um campo energético, através das trocas de matéria e energia. O modo que **Frederico** encontrou para se comunicar com a filha, que chamou de “conversa mental” representa muito bem a troca de energia.

A pessoa significativa deste estudo, **Maria**, apesar de ter toda a sua vida modificada, seus ritmos biológicos perturbados, a ansiedade e o medo tomando seu ser, cansada fisicamente das idas e vindas para encontrar-se com a filha, foi parceira ativa em todo o processo de internação de **Paris**. Não posso deixar de admirar o seu potencial de troca de energia com a filha, comigo e com as relações contextuais deste processo.

À medida que os dias passavam parece que a sintonia entre **Paris** e **Maria** ficava mais evidente, é como se elas estivessem dançando em sincronia. **Maria** quando tocava a filha, esta parecia responder com a leveza de seus movimentos, mexendo as mãos ou levantando as pernas. Algumas vezes comentava comigo: “**Engraçado eu falo com ela e ela ri... Olha, ela não tá com uma carinha de satisfeita?...Acho que ela tá gostando bastante de estar sendo cuidada por mim... Acho que ela não quer que eu vou embora, ela fica**

apertando o meu dedo...” E todas estas interações entre **Maria** e **Paris** parecem que aconteciam mesmo. Na concepção rogeriana, a interação humana é relacionada diretamente com o ambiente, dentro de um processo contínuo de matéria e energia, que é para a autora, a base teórica da enfermagem, expressa seus princípios orientadores (Leopardi, 1999, p.208)

Maria, durante este processo, foi se expondo, procurando expressar seus medos e angústias para que pudesse compreender o processo de nascimento e internação da filha na sua totalidade. Ela foi ampliando as suas possibilidades de cuidar da filha, em um ambiente a princípio estranho para ela. A pessoa significativa, deste processo, precisou lidar com um turbilhão de emoções, até que se sentisse segura para cuidar de sua filha. À medida que a pessoa significativa foi interagindo com o bebê, passou a cuidar dele com desenvoltura. O que no início parecia impossível para a pessoa significativa, foram 7 encontros até fazer a higiene do bebê, passou a ser um procedimento espontâneo. Não foram poucas as vezes que ela entrou na Unidade como se fosse a sua casa e foi naturalmente preparando o material para cuidar de seu bebê, como se sempre o tivesse feito. Cabral (1998, p.141) reforça esta questão referindo que “ao desempenhar o cuidado, vai gradativamente incorporando um conjunto de saberes, até então desconhecidos, torna-os próprios (apropria-se) para o seu uso e internaliza as experiências que deriva da apropriação”. E assim tudo foi fluindo em todas as interações que se processaram neste contexto, embora cada momento assumisse novas dimensões de significado, o que significa que o processo representa a natureza dinâmica da vida.

A partir do momento que o processo vital de **Paris** foi tornando-se menos harmonioso **Maria** parece acompanhar o seu curso, preparando-se para se despedir e entregar a filha, deixando que a vida leve sua filha embora. Penso que, de uma certa forma, ajudou a partida de **Paris**, liberando-a da pressão de ter que lutar para dançar a vida e para ficar com os pais. Despediu-se da filha, permitindo o seu descanso ou **Maria** compreendeu que a morte não se constitui um fim si mesma, mas uma possibilidade do ser humano existir no processo infinito de sua evolução, enquanto ser consciente (Silva, 1990, p. 85).

Antes de mais nada preciso falar sobre o prazer que foi dançar... É uma sensação incrível sentir os movimentos das parceiras. Foi como se um guiasse o outro com a linguagem, o toque, o calor, a direção e a velocidade. Deste exercício coletivo nasceu uma dança inusitada que conseguiu ir da quietude a movimentos mais amplos. Criar em parceria, em um relacionamento de troca, permite ampliar o universo das idéias e das possibilidades. Dançar em conjunto, representa a criação de novos conhecimentos e possibilidades.

O ser humano enfermeira, eu, procurei me colocar no lugar de **Maria** e **Frederico**, para tentar compreender a situação que estavam vivenciando e assim, ajudá-los a viver esta experiência. Ao longo desta trajetória tentei que compreendessem o que estava acontecendo com **Paris**; como seus pulmões estavam se comportando, o que os exames laboratoriais demonstravam, como o seu estômago se comportava. Apesar de sentir que estas informações técnicas não significavam muito para os pais, acho que de alguma forma os ajudou a compreender a situação como um todo.

Durante esta trajetória, algumas vezes me senti vulnerável, não conseguia saber se estava fazendo o certo. Foi um longo caminho até entender que o processo tinha se tornado muito emocional e que eu tinha deixado de ter a posse do cuidado, pois no processo cuidativo eu fui parceira. Para reconhecer **Maria** como parceira, tive que partilhar e compartilhar sentimentos, conhecimentos e habilidades; respeitar os seus ritmos para que ela pudesse cuidar de sua filha. Na relação enfermeira e cliente, Rogers considera também o ambiente no qual o enfermeiro está inserido. Para esta teórica, a enfermeira deve promover a interação harmônica entre os campos humano e ambiental. O referencial teórico de Rogers, me proporcionou aprender uma outra linguagem para o cuidado, na qual aceitar as diferenças entre as pessoas, ou os diferentes modos como as pessoas sentem e percebem o processo vital é fundamental. Parece simples, mas é preciso despir-se da arrogância da posse do cuidado e da supremacia científica, sem desprezá-lo. Enfim, é preciso redimensionar muitos saberes.

Neste processo cuidativo, foi necessário transitar entre a objetividade e subjetividade, ver o não visto, improvisar, criar, porque o cuidado é dinâmico e ligado

a uma rede de relações contextuais, o que Rogers denomina de princípio da simultaneidade.

Cuidar do ser humano unitário, considerando as relações que se processam no contexto nem sempre foi tão simples. Embora tenha procurado entender a integralidade do ser humano, em muitos momentos não consegui vislumbrá-lo na sua totalidade. O que emergiu foi a dicotomia entre o corpo e a mente, o ser humano e a sociedade, o processo vital e o processo histórico. Por mais duro que seja, preciso admitir esta incoerência, pois em muitos momentos, não consegui perceber o ser humano como um todo unificado, integrado no universo indivisível. Esta incoerência ficou evidenciada com a piora de **Paris**. O meu pensamento predominante, ainda era o biologicista. Mesmo tentando incessantemente, ainda assim foi difícil me libertar do cuidado tradicional explicativo e prescritivo. Mesmo porque todo o modelo vigente está voltado para a cientificidade e em especial no ambiente de UTI, no qual a tecnologia é fator predominante .

Procurei, neste estudo tornar menos obscuro e mais participativa a vivência da pessoa significativa com a internação da filha. Durante toda a trajetória procurei manter a esperança dos pais, tentei fazer com que eles dançassem a vida com a filha. Em outras palavras, procurei redirecionar os significados do processo vital de **Paris, Maria e Frederico** no que se refere aos seus aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, sociais, culturais como campos de energia, em seu todo indivisível e na dinâmica da diversidade de relações ambientais . Eis que, a morte se apresenta levando **Paris**. O ritmo da dança teve que ser modificado rapidamente, e procurei ajudá-los a dançar a morte com a coreografia **Cisne Negro**. Neste momento a concepção rogeriana sobre a morte me ajudou muito. Para esta teórica, a enfermeira deve se ocupar tanto do viver como do morrer, já que considera a morte como uma passagem. À medida que foi piorando o estado de saúde de **Paris**, fui percebendo que os ritmos do seu campo tornaram-se muito desarmônicos ou incompatíveis com o seu processo vital. Procurei consciente ou inconscientemente ajudar **Paris, Maria e Frederico** a aceitarem o inevitável, facilitando o processo de transição, na medida do possível em harmonia. Durante todo o período que **Paris** esteve internada de uma certa forma procurei prepará-los para desenvolver o apego e ao mesmo tempo o desapego, ou seja a transição, uma

vez que procurei sempre trabalhar com a verdade, não escondendo deles a gravidade da situação.

Reanalizando os cinco pressupostos básicos da teoria de Rogers:¹, com este estudo. E entendo que a complexidade do ser humano fica evidente. Neste estudo **Paris** era diferente dos outros recém-nascidos, **Maria e Frederico** também tinham características e ritmos próprios. Por exemplo, **Maria** era mais expansiva, enquanto que **Frederico** era menos; mas cada um, a seu modo, foi incluindo-se ao processo cuidativo.

A graça e o encantamento destes dois embalados pelos ritmos mágicos de **Paris**, transformaram-nos em bailarinos bem dotados e especiais. Os três possuíam as suas próprias capacidades de energia vital, tinham suas crenças, valores e verdades específicas que foram crescendo ou ampliando-se ao longo deste processo, o que reflete a totalidade inovadora dos seres humanos. Os pais precisaram aprender com a situação de hospitalização da filha, assim como **Paris** foi aprendendo a se desenvolver com o seu desarmônico processo de vida. Ao longo do continuum espaço-tempo foram conhecendo e descobrindo formas de conviver e aprender através das infinitas interações com o ambiente. Seus padrões de organização eram diversos, novos e emergentes e que de forma alguma podem ser descontextualizados das relações que se processam no ambiente. A partir desta vivência, de ter um filho internado em UTI, jamais serão as mesmas pessoas; os sentimentos e o sofrimento que experienciaram, permitem que se modifiquem, ou se tornem pessoas diferentes.

A inclusão no processo cuidativo e seus diferentes significados vivenciados pelas pessoas significativas, pelo recém-nascido, por mim e por toda equipe de enfermagem, caracterizam a capacidade de abstração, imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção. No meu entendimento foi o que fundamentou este estudo, ou seja, deu ritmo ao cuidado.

¹ 1° O ser humano é um todo unificado.

2° O ser humano e o meio trocam matéria e energia continuamente entre si.

3° O processo vital do ser humano é irreversível e unidirecional ao longo do eixo espaço-tempo.

4° O padrão identifica o ser humano e reflete a sua totalidade inovadora.

5° O ser humano caracteriza-se por sua capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção.

O recém-nascido, como um todo, mantém uma relação dinâmica com o seu ambiente, trocando matéria e energia. O processo vital do recém-nascido em UTI pôde ser entendido através dos princípios da homeodinâmica de Rogers (1990) que se organizam em 3 princípios básicos: integralidade, ressonância e helicidade.

O princípio da **integralidade**, neste estudo é representado por tudo que envolve com o recém-nascido. Penso que o envolvimento e o processo mútuo e contínuo de troca de energia aconteceu. O mais importante é que este processo mútuo de troca e envolvimento aconteceu em sentido de mão dupla: tudo e todos interagiram, ou seja, houve reciprocidade e sincronia mútua e contínua.

As transformações, as modificações da proposta inicial foram acontecendo ao longo do processo, que foi se tornando maissentimental. Todos os dias o "planejado" (a inclusão da pessoa significativa no cuidado do bebê) precisava ser reavaliado, considerando o estado/situação de **Paris**, de **Maria**, as minhas disposições, o movimento da UTI, enfim, uma infinita gama de probabilidades e possibilidades. Rogers apud Leopardi (1999, p.104), considera a existência de uma mutualidade nas transformações em um dado ponto no espaço-tempo, em crescente complexidade, evoluindo de múltiplas relações prévias. Ocorre uma revisão prévia do modelo imediatamente anterior, tanto do ser humano, como do ambiente. Nada do que aconteceu em um dia foi igual no outro, porque os acontecimentos dos dias anteriores, influenciavam o modo de perceber e sentir a situação. O processo cuidativo, como já mencionei foi um ir e vir constante. Embora os comportamentos não fossem iguais, foram similares porque serviram de direção para a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI. Para que possa haver integralidade, os campos em que ocorrem as inter-relações, se encontram como campos totais e abertos. (Leopardi, 1999, p.104)

O princípio da integralidade possibilitou uma abordagem conceitual para a compreensão de muitos dos significados neste processo de inclusão e do processo vital de **Paris**. Ajudou a compreender as angústias, medos, alegrias, os sentimentos de **Maria e Frederico**. Ajudou a respeitar os seus ritmos e a compreender **Paris**, como um ser humano social. Este princípio ajudou a dimensionar ou redimensionar muito o meu cuidado aos recém-nascidos internados em UTI.

O referencial teórico ajudou a guiar esta vivência, foi muito importante para que eu pudesse compreender e enfrentar as mudanças no processo vital de **Paris** e de **Maria**. Mas a experiência demonstrou os limites do conhecimento formal. Os livros não nos ensinam tudo. Precisei buscar uma combinação entre o subjetivo e o objetivo, ciência e arte, espontaneidade e introspecção, criatividade e sensibilidade para finalmente compreender o seu significado maior: o processo mútuo e contínuo de trocas e o envolvimento com os campos humano e ambiental do bebê, que não há nenhuma mágica. Basta procurar envolver-se. Assim, esta vivência foi um procedimento amoroso. O partilhar e com-partilhar esteve presente durante toda essa trajetória. O princípio da ressonância, neste estudo, pode ser entendido como a proposta de mudança no cuidado ao recém-nascido em UTI. Em outras palavras: como foi para **Paris**, **Maria**, **Frederico**, para mim e para a equipe a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo. Penso que tenha sido ressonante, o que pode ser evidenciado pela participação de **Maria**, o interesse da equipe na proposta, pelo meu prazer em desenvolvê-lo, pelo envolvimento e trocas que proporcionou, pelos seus significados e as diferentes formas que foi sendo desenvolvido. Enfim, a sua própria evolução evidencia sua ressonância.

Este princípio, pode ser representando pela dança da prática, com seus diferentes movimentos, ritmos, passos, compassos e descompassos. As contínuas mudanças do cuidado, sublinham os diferentes ritmos do ser humano. Assim, evidencia-se que os campos se propagam como ondas, que podem ser harmônicas ou dissonantes, em diferentes amplitudes, velocidades e intensidades. As relações entre os passos, compassos e descompassos permitiram perceber os diferentes ritmos e significados do processo, possibilitando muitas vezes a repadronização para a harmonia entre os campos.

O processo cuidativo nesta vivência pode ser contextualizado por meio de um conjunto de sentimentos que ora facilitaram ora dificultaram o processo, que representam a troca de matéria e energia entre os campos humano e ambiental.

Assim como a concepção rogeriana, partilho da crença na ampliação das possibilidades do ser humano, na sua percepção de realidade, com suas facetas e contradições, propondo um novo modo de "fazer" enfermagem. Também a construção desta história não ficou restrita aos processos cuidativos, foi tornando-se

mais sentimental, até porque nada acontece isoladamente e o processo é dinâmico. Esta experiência foi diferente de tudo que já vivi, de uma riqueza de aprendizado incrível, além de ser uma experiência muito prazerosa.

O terceiro e último princípio é o da helicidade. Este princípio implica em uma ritmicidade do processo vital. **Paris** no seus tantos cuidados, parece ficar esperando o cuidado da mãe como uma forma de acalantar o seu cotidiano desarmonico. **Maria** em meio a um turbilhão de emoções, tenta compreender a situação, lidar com esta desarmonia e de uma certa forma procura diminuir o sofrimento da filha. Eu, envolvida neste processo, procurei interagir com as duas e com o pai, a fim de facilitar a inclusão de **Maria** no processo cuidativo de **Paris**, possibilitando assim a ritmicidade neste processo cuidativo. Este processo é unidirecional, no entanto, manifesta uma ritmicidade não repetitiva. Cada momento é único e apresenta seus significados específicos. A ritmicidade do processo cuidativo pode possibilitar previsões probabilísticas, baseadas em conhecimentos anteriores e situações similares às vivenciadas, permitindo a compreensão do processo e na medida do possível, prevenir desarmonias entre os campos humano e ambiental. A helicidade representa a inclusão de **Maria** nos cuidados de **Paris**. Este princípio permite compreender os momentos semelhantes do cuidado, de como **Maria** se utiliza de seus conhecimentos e experiências anteriores para cuidar da filha. Ou serve para entender por que em determinados momentos ela não se sentiu em condições de cuidar da filha. Em contrapartida, a inclusão de **Maria** no processo cuidativo, possibilitou muitos saltos, tanto que em muitas ocasiões ela parecia estar em casa cuidando da filha, tamanha era a sua desenvoltura no ambiente da UTI.

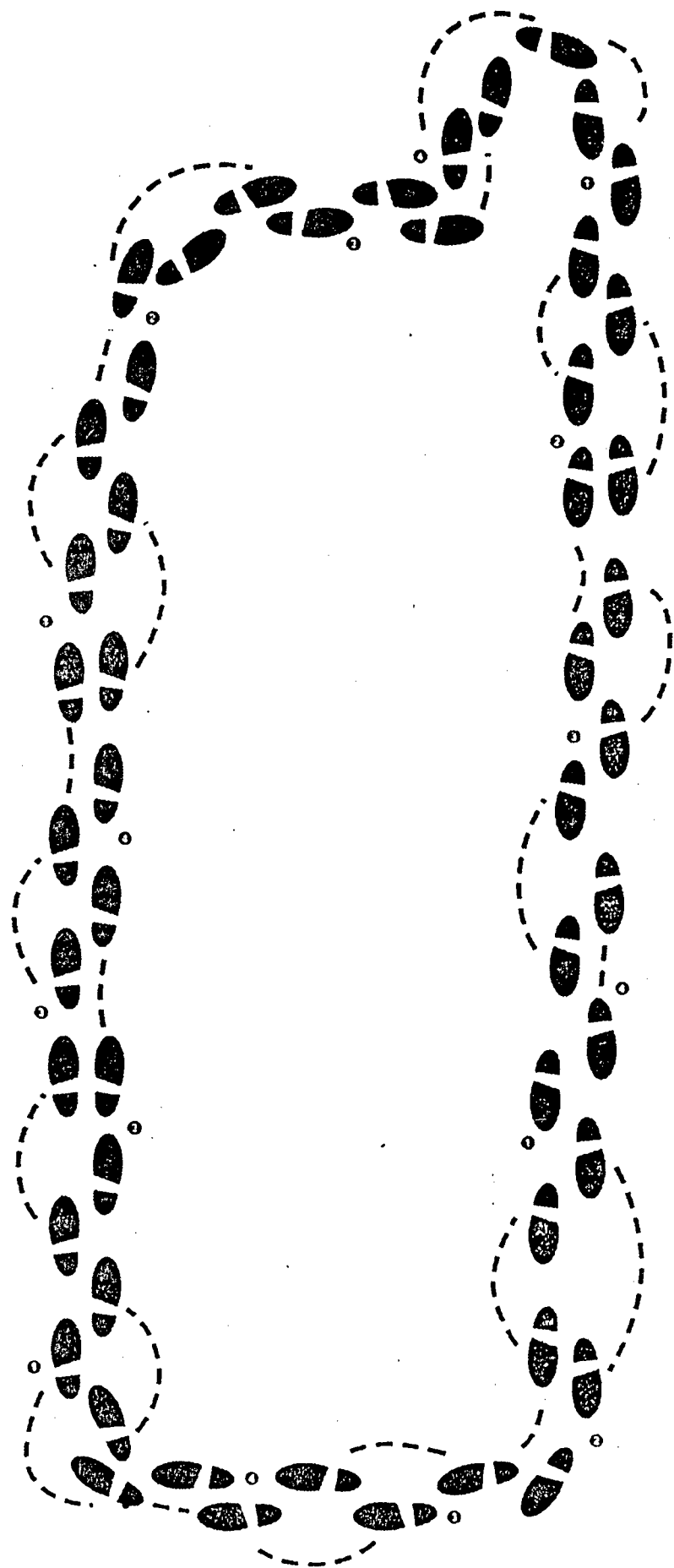
Durante todo o processo de criação e produção deste espetáculo de dança, procurei instruir os bailarinos a usarem os movimentos conforme os ritmos da música, muitas vezes os movimentos foram mais amplos e enérgicos, os saltos eram maiores e os gestos mais expressivos. Outras vezes predominavam os movimentos suaves com ritmos lentos. Para que conseguissem essa performance sugeri figurinos que lhes permitissem total liberdade de movimentos, a fim de combinar todos os tipos de dança. Tentei, durante esta trajetória, inspirar os bailarinos e me inspirar, a desenvolver os potenciais. Penso que, se conseguiu uma bela composição, apontando novas direções para o cuidado e todas as artes associadas a ele, estendendo assim, seus movimentos a outras esferas.

Os conceitos, pressupostos e princípios da concepção rogeriana, se confundem e se fundem, formando uma rede de relações, na qual não dá para visualizar, ou ter a noção exata do seu início, meio e fim. Da mesma forma, as trajetórias do cuidado, são diferentes e dinâmicas, caracterizadas pelo movimento.

Procurei neste convívio fazer com que os cuidados diários de **Paris**, fizessem parte do cotidiano de **Maria** de modo que, o cuidado servisse como uma oportunidade de envolvimento e trocas. O contexto do recém-nascido internado em UTI e os significados da internação para a família, serviu de apoio para a ação-envolvimento-troca. À medida que **Maria** permitia-se mostrar seus sentimentos (alegria, tristeza, esperança, angústia) facilitou o processo. Neste convívio, aprendi a escutar ainda mais com o coração o que facilitou a interação entre a pessoa significativa o recém-nascido e eu. Estas conversas sobre o que estava sentindo, ou seja os sentimentos que fazem parte do contexto do cotidiano, permitiram modificar os caminhos do cuidados e buscar condições para reorganização dos padrões e repadronização dos campos. Entendo que estas interações representam os princípios da homeodinâmica, proporcionando diretrizes para predizer a natureza e direção do ser humano, na medida que são efetivadas as respostas aos desequilíbrios ambientais e humanos do recém-nascido. Promovendo a relação harmônica entre os campos, repadronizando-os a fim de fortalecer a integralidade do recém-nascido. Este convívio com todas as suas nuances, pode ter tornado a vivência do recém-nascido, pessoa significativa e seu companheiro menos dolorosa, mais compreensiva e participativa. Essa vivência permitiu que eu compreendesse melhor os meus limites, potencialidades e vulnerabilidades e também os de **Paris**, **Maria** e **Frederico**. Penso que essa compreensão tenha facilitado o processo cuidativo, nos aproximado ainda mais e tornado o convívio intenso.

CAPÍTULO VII:

REAÇÕES E ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O ESPETÁCULO
DE DANÇA



REAÇÕES E ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE O ESPETÁCULO DE DANÇA

O processo cuidativo apresenta uma trajetória que não está fixada apenas no produto final físico, a cura ou reabilitação do ser humano. Na minha compreensão deve completar o circuito completo da realização como em um espetáculo de dança, ou seja, o seu processo de produção, desenvolvimento e o contexto da recepção. A preparação de um espetáculo de dança, assim como do processo cuidativo, refere-se à criação, produção e apresentação do espetáculo. Estas etapas procurei descrever até aqui. Entretanto, para se ter a noção da sua integralidade, considero importante observar o que ocorre com os espectadores, sua aprovação ou desagrado, o que chamo de processo de receptividade do espetáculo. É esta abordagem que procuro fazer agora.

Início esta abordagem com as minhas percepções sobre esta dança. A inclusão de **Maria** no contexto do cuidar de **Paris**, representou para mim um espetáculo com uma plasticidade de encher os olhos. Com a parceria com **Paris**, **Maria**, **Frederico** e toda a equipe vivi a realidade dos bastidores, no qual o suor, o esforço dos exaustivos e intermináveis ensaios fizeram a composição deste espetáculo. Procurar incessantemente conhecer as múltiplas possibilidades, não é fácil, mas me fez entender que o processo cuidativo e dança juntos formam uma unidade. Ao longo desta trajetória compreendi, que a dança, assim como a inclusão da pessoa significativa nos processos cuidativos do recém-nascido em UTI, se faz na própria rua, cada um de seu jeito, escutando músicas, inventando passos, movimentos, ritmos, expressões em um interminável ensaio coreográfico, que reflete o comportamento humano.

Penso que a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI, amplia a dimensão do cuidado, porque abre para o divergente, gerando novos olhares, percepções e conhecimento. Esta é uma proposta possível e constitui uma tentativa para um cuidar mais humano, através da interação entre recém-nascido-família-equipe. Para mim, esta proposta é uma

possibilidade real de humanização pois considera as relações que se processam neste contexto.

Como criadora deste espetáculo, me senti desamparada e insegura porque a proposta estava ali, mas não dependia apenas de mim. A probabilidade de se tornar um bom espetáculo, seu sucesso ou insucesso, dependeria da capacidade do elenco em interpretar e desenvolver esta dança. Para minha surpresa o elenco estava muito bem estruturado, foram artistas em toda a sua dimensão.

Penso que consegui desenvolver um bom espetáculo. Muitos ajustes e reajustes precisaram ser realizados, mas as improvisações, as mudanças são naturais e fazem parte do processo. O que considero importante é que o processo mútuo e contínuo de trocas entre o elenco aconteceu de maneira espontânea, como se todos se unissem em um grande abraço.

Para os protagonistas deste espetáculo, acredito que a receptividade tenha sido boa. **Maria**, uma das protagonistas deste espetáculo, interpretou a sua dança como uma grande bailarina, suas escolhas durante o processo sempre foram com arte e sabedoria.

Paris, a música de deu significado e foi a essência dos movimentos dessa dança, **Maria e Frederico**, os protagonistas, na minha opinião, gostaram desta dança. Penso, então, que a inclusão no processo cuidadoso tenha sido ressonante.

A recepção de agrado das pessoas significativas neste estudo, representa o envolvimento entre a pessoa significativa, eu e a equipe de enfermagem. E pode ser demonstrado com este exemplo: 3 meses após a finalização deste estudo retornei a MDV, onde desenvolvi o estágio. Coincidência ou não, encontrei **Maria**. Quando ela me viu,, pareceu ficar muito contente e foi logo perguntando: “ **Voltasse? Eu vim visitá uma amiga, pena se eu soubesse que tu tava aqui tinha pedido prá i lá conversá um pouco com ela, ela tá tão desanimada, acho que tu podia animá um pouco ela, o nenê dela tá querendo nasce antes do tempo...**” Falei que estava surpresa e contente em revê-la, e perguntei como ela estava, ela respondeu: “**Tô com pressa, meu marido tá me esperando lá fora um tempão. É Beatriz, tô levando... já voltei a trabalhá, mas Paris vive na minha lembrança. A gente não esquece nunca, ainda choro**

muito. Pena que eu tenho que i, queria conversá mais contigo, tu já voltô pra Joinville?” Respondi que não e ela: “Aparece lá em casa, vem visitá a gente, as nossa conversa são tão boas, tô com saudade”. Logo depois nos despedimos. Quando ela foi embora fiquei pensando como tinha sido bom reencontrá-la e que apesar da história não ter tido um final feliz com a morte de Paris, percebi que havíamos construído uma prática diferente e que há possibilidades de um cuidar baseado em um modelo mais humanista. Senti que a relação entre Paris, Maria, Frederico e eu era de companheirismo e reciprocidade na qual o envolvimento é que fez a diferença neste estudo e foi a responsável pelo seu movimento esteticamente construído. Esta descoberta para mim, foi a apoteose deste espetáculo.

Para Crisp e Thorpe (1982, p.93) a sensibilidade do artista que dança precisa ser harmônica com o físico do grupo. Consideram que o objetivo da parceria é desenvolver ao máximo a expressividade de cada bailarino enquanto grupo. Também no processo cuidativo seu o êxito ou fracasso depende do olhar, do envolvimento, da interação e do respeito com o ser humano cuidado. Tanto na dança, como no cuidado, se o processo não está harmônico, pode haver perda do equilíbrio e arruinar toda a dança.

Para a equipe, considero que este espetáculo tenha tido muito significado já que apoiaram a proposta e acompanharam o processo em toda a sua trajetória. Mais uma vez a recepção do espetáculo foi de agrado, apresentando ressonância. Recentemente o grupo dos neonatologistas me convidou para integrar a equipe do Programa Mãe Canguru, que será implantando na MDV. Este, também conhecido como contato-pele-a-pele, permite que o bebê estável permaneça com a mãe, ou outra pessoa afetivamente ligada a ele durante todo o dia. Para mim, este convite representa todo o reconhecimento de um trabalho anterior e a possibilidade de continuidade da proposta deste processo cuidativo.

A proposta foi um processo educativo. Talvez muito mais para mim do que para as pessoas significativas. Durante este processo fui me conhecendo melhor fui descobrindo outras possibilidades de cuidar, deixando fluir a imaginação, a criatividade, a sensibilidade que estavam guardadas em algum canto do meu ser, não sei onde, nem por que. Fui aprendendo a minha linguagem do cuidar e

compreendendo as diferenças entre as pessoas, e aceitando os diferentes modos como sentem e percebem o cuidado. Neste sentido, penso que o referencial teórico ajudou-me a compreender muitas nuances inaparentes do cuidado.

Na rede de relações na qual se processa o cuidado, consegui visualizar melhor esta teia, apesar dos muitos nós que ainda precisam ser desatados. Não é tão simples dividir com as pessoas significativas o cuidado ao recém-nascido em UTI e que a equipe de saúde entenda a importância da presença dos pais na Unidade. Apesar dos nós, a inclusão da pessoa significativa no processo cuidativo, pode permitir uma maior compreensão dos significados do cuidado ao recém-nascido em UTI. A proposta mostrou-me novas possibilidades para repensar este cuidado, de forma a resgatar as relações que se processam no contexto do recém-nascido, bem como compreendê-lo como um ser social, como um ser único.

Coloquei minhas pernas literalmente em movimento com coreografias andarilhas, buscando um expressionismo para estas danças. Penso que as narrativas, o estudo biográfico, a concepção rogeriana e a dança foram essenciais para buscar esse expressionismo e procurar conhecer as múltiplas e diversas visões de realidade com suas infinitas possibilidades de repensar o cuidado em situações cotidianas. A relação entre estes elementos foi simbiótica e harmônica, eles se complementam e acabaram formando uma unidade. Assim, o movimento do cuidado pode ser compreendido como a expressão de todas as artes que compõem a dança, também na narrativa, no estudo biográfico e no referencial de Rogers.

A metáfora do processo cuidativo com os movimentos da dança também pode ser entendida na concepção rogeriana. Essa teórica descreve a prática de enfermagem como uma relação sinfônica entre a pessoa e o ambiente(1970). Para ela, a metáfora da sinfonia elucida a imagem de uma criação estética composta de ritmos, frequências e intensidades que maximizam o bem estar.

Parece impossível registrar o movimento da dança ou do cuidado, muitos deles são tão amplos e complexos que não conseguem ser explicados. Um simples gesto de dar a mão a um amigo, requer muitas palavras, que podem ser insuficientes para a sua representação. Imaginem como é difícil registrar através da linguagem escrita, de forma completa o que representou este espetáculo de inclusão

da pessoa significativa no processo cuidativo do recém-nascido em UTI. Ainda assim, procurei dar uma noção desta arte.

Gostaria que a platéia recebesse e percebesse esse espetáculo como participante ativo de sua construção. O espectador representa a interlocução, a co-criação do trabalho artístico que é dinâmico, está em contínuo processo de mudança. Para Marques (1999, p.110) o alvo da arte da dança é a participação coletiva; propõe que não existam mais barreiras entre aquele que produz e aquele que aprecia, entre o que apresenta e o que interpreta. Nesse processo, o espectador passa a ser foco da construção artística, pois a arte está acima de tudo no espectador, naquele que percebe, interpreta e critica. Nesta perspectiva, espero ter criado uma relação de vigorosa empatia e emoções verdadeiras entre o palco e a platéia.

Considero oportuno não esquecer que este espetáculo não está finalizado, pois a dança, como um ato harmonioso, está sempre nascendo, sempre se criando e recriando. Não existe uma forma ideal para produzir esta arte, o ponto de partida e o de chegada são as relações que se processam no contexto, no qual a dança e o processo cuidativo nascem, vivem existem e morrem. Peixoto (1981, p.63) refere que "o novo vai certamente surgir nas entranhas do velho, mas não pode ser antecipadamente previsto ou descrito, como um modelo a ser atingido". Para encontrar o seu caminho, a dança e o processo cuidativo precisam a cada momento criar outros passos e outras conexões. A proposta desta dissertação de mestrado foi a maneira que encontrei para sentir o nascimento e a evolução dos bailarinos, e usei a emoção como ponto de partida. No início fui tateando quase às cegas. Ao longo deste convívio busquei encontrar aquele sentimento de humanismo que me fez sentir mãe, irmã, amiga, parceira de **Paris, Maria e Frederico**. Procurei encontrar ligação com as personagens para ficar mais fácil compreendê-los e tornar este convívio mais significativo e prazeroso.

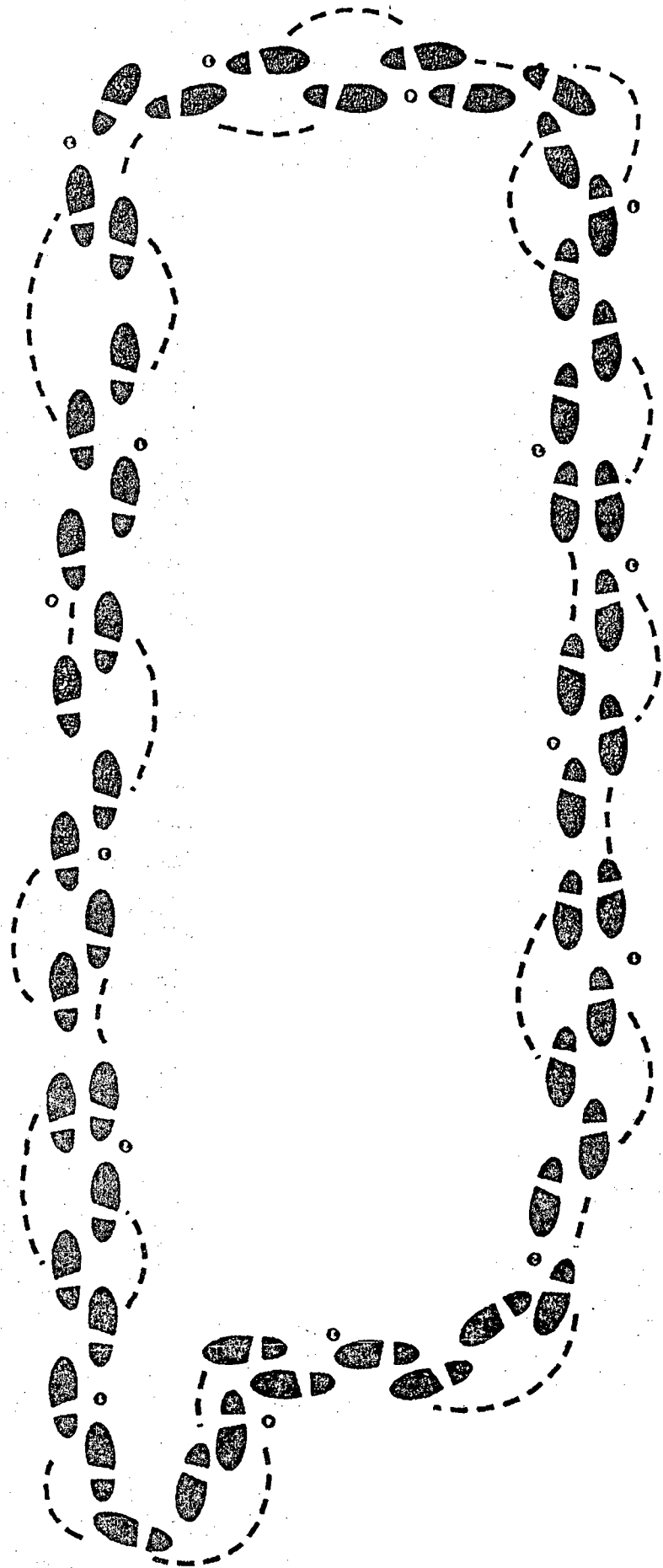
Penso que a metáfora com a dança tem me ajudado a descobrir a arte da enfermagem. Conhecer um pouco sobre as outras artes é muito interessante, amplia as dimensões das relações humanas. Além do que à medida que se tecem as relações com a arte, pode-se criar e encontrar outras possibilidades para a arte de cuidar.

Gostaria de citar um verso de Banes traduzido por Marques(1999, p. 23) que na minha percepção, consegue contemplar parte deste espetáculo de dança.

“ Se o balé vestiu o pé em sapatilhas de cetim, ocultando a superfície do corpo e sua força de trabalho atrás de uma cobertura que representa a feminilidade macia e graciosa e, se a dança moderna bravamente despiu o pé para simbolicamente assegurar o seu contato com a terra a musa da dança pós-moderna usa tênis, não simbolizando nada, provendo a rapidez e a leveza das sapatilhas de ponta, mas também o conforto, mantendo uma distância fria e humana da terra enquanto garante que os pés fiquem firmes no chão”.

Ao descrever **Os passos, compassos e descompassos** tantas lembranças povoam a minha mente, não consigo lembrar dessa vivência sem me emocionar. Esse convívio me mostrou outras possibilidades de cuidar que envolvem sensibilidade, sentimentos, afetividade, intuição, consideração e respeito. Um cuidar realmente envolvente, que permite uma grande liberdade de movimentos e expressões entre os seres cuidadores e os seres cuidados, que a cada momento podem mudar seus personagens, ou seja, podem passar de seres cuidadores a seres cuidados, ou vice-versa. Posso compreender melhor agora que apesar dos diferentes passos, compassos e descompassos os movimentos e expressões do cuidado podem tornar-se mais harmônicos se forem embalados no sentir e se deixar sentir, no envolver e se deixar envolver.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARBAITMAN, E. Terapia ocupacional como agente facilitador na interação criança/família. In: KUDO, et.al. In: **Fisioterapia, fonoaudiologia, e terapia ocupacional em pediatria**. 2. ed. São Paulo : Sarvier, 1997. p.223-231.
2. ARROY, J. Esta onda vem de Goiás. *A Notícia*. Joinville, 30 de jul., 1999. Suplemento especial, p.5.
3. ATKINSON, L. D. ; MURRAY, M. A . **Fundamentos da enfermagem : introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989.
4. BALEY, J. E. ; GOLDFARB, J. Infecções neonatais. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1995. p.241-255.
5. BARNARD, L. Relações parentais ao nascimento de um bebê prematuro. In: KLAUS, M. ; KENNEL, J. **Pais/bebê : a formação do apego**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
6. BELLI, M. A . de J. Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI neonatal : experiências sentimentos e expectativas manifestadas por mães. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 29, n. 2, p.193-210, ago.95.
7. BENNER, P. ; TANNER, C. A . ; CHESLA, C. A. **Expertise in nursing practice**. New York : Springer, 1996.
8. BOEHS, A. E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família**. Florianópolis, 1990. 190 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
9. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano**. Petrópolis: Vozes, 1999.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília, 1994.
11. BRAZELTON, B. T. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1988.

12. CABRAL, I. **A aliança dos saberes no cuidado e estimulação da criança bebê** : concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico da enfermagem. Rio de Janeiro : Anna Nery : UFRJ, 1998.
13. CARBON I, J. T. A Rogerian theoretical tapestry. **Nursing Science Quaterly**, v. 4, n. 3, p. 130-136, 1991.
14. CONSELHO FEDERAL ENFERMAGEM. **Lei do exercício profissional**. Brasília, 1973. (resoluções, 20 de julho de 1999).
15. CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research desing**: Choosing among five traditions. Thousand Oaks (California: Sage Publications, 1998.
16. CRISP, C., THORPE. **El fascinante mundo del ballet**. Barcelona: Parramón ed, 1982.
17. FERREIRA, E.A . ; VARGAS, I. A. ; ROCHA, S. M.M. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe-filho : bases para assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p.111-116, out.1998.
17. FONTOURA, A . A . et al. **Uma história de amor pela vida** : álbum comemorativo aos 50 anos da Maternidade Darcy Vargas. Joinville, SC : Maternidade Darcy Vargas, 1997.
18. GARAUDY, R. **Dançar a vida**. 5. ed. Rio de Janeiro: INACEN, 1980.
19. GEORGE, J. B. (col). **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
20. GOMELLA, T. L. **Neonatologia** : manejo básico, procedimentos, plantão, doenças e drogas. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.
21. GOMES, M. M. F. O nascimento de uma criança de alto risco : significado e vivência dos familiares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, p.48-56. 1996. Número especial.
22. HARRIGAN, P. Humanização do atendimento neonatal. In: SANTORO, M. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro : Revinter, 1994.
23. JORNADA, I. J. Características do recém-nascido prematuro. In: MIURA, E. ; PROCIANOY, R.S. **Neonatologia** : princípios e prática. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997. p. 118-119.
24. KAKEHASHI, T.Y. A situação atual da enfermagem neonatológica e suas tendências para o futuro. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.9, p.17-21, 1996. Número especial.

25. KIMURA, A. F. O nascimento : os familiares como participantes no processo de cuidar do recém-nascido. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, p.45-46, 1996. Número especial.
26. KLAUS, M. H. ; KENNEL, John H. Assistência aos pais. In: KLAUSS, Marshall H.; FANAROFF, A. **Alto risco em neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1995. p.139-155 .
27. _____ ; KENNEL, J. H. **Pais/bebê** : a formação do apego. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
28. _____ ; KLAUS, P. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1989.
29. LEOVICI, S. **O bebê, a mãe e o psicanalista**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1987.
30. LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem** : instrumentos para a prática. Florianópolis : Papa-Livro, 1999.
31. LUZ, T.P. ; NEVES, L.A .T. ; REIS, A . F.F. Fatores de risco para baixo peso ao nascer. **Femina**, v. 26, n. 5, p. 369, jul.1998.
32. MAGALDI, S. **Iniciação ao teatro**. 5.ed. São Paulo: Ática, 1994.
33. MARINEER, T. Modelos y teorias en enfermeria. 3. ed. Madrid : Harcourt-Brace, 1997.
34. MARQUES, I. A . **Ensino e dança hoje**: textos e contextos. São Paulo: Cortez, 1999.
35. MEADOWS, E. **Roteiro para TV, cinema e vídeo**: em 10 etapas arte e técnica. Rio de Janeiro: Quartet Ed.&Comunicações, 1997.
36. MEYERHOF, P.G. O neonato de risco - proposta de intervenção no ambiente e desenvolvimento. In: KUDO, et.al. **Fisioterapia, fonoaudiologia, e terapia ocupacional em pediatria**. 2.ed. São Paulo : Sarvier, 1997. p.204-221.
37. MINAYO, M. C. de Souza. **O desafio do conhecimento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Hucitec : ABRASCO, 1996.
38. _____. **Pesquisa social** : teoria método e criatividade. 9.ed. São Paulo : Vozes, 1994.
39. MIURA, E., PROCIANOY, R. S.**Neonatologia**: princípios e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

40. MORSE, J.M. ; DOBERNECK, B. Delineating the concept of hope. **Image - Journal of Nursing Scholarship**, v. 27, n. 4, 1995.
41. NABI. **Bebê** : escolha o seu nome. São Paulo : Escala, 1994.
42. NIETZCHE, R. G. **Nascer em família** : uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. Florianópolis,1991. 269 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
43. OSSOMA, P. **A educação pela dança**. São Paulo: Summus, 1988.
44. PAGANINI, M. C. **Humanização da prática pelo cuidado**: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. Curitiba, 1998.115 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – Expansão Polo I UFPR.
45. PEIXOTO, F. **O que é o teatro?** 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.
46. QUISTON, C. M. ; WEBB, A. A. **Foudantion of nursing theory** : contribution of 12 key theorists. London : Sage Plublications, 1995. p.5-35.
47. ROGERS, M. E. Nursing science and the space age. **Nursing Science Quaterly**, v. 5, n. 1, p. 27-34, 1991.
43. _____. Nursing : science ou irreducible, human beings. In: Barret, A . M. **Visions of Rogers science based nursing**. New York : National League of Nursing, 1990. p.5-11.
44. _____. **Nursing theories** : the base for professional nursing practice. New Jersey : Prentice-Hall, 1980. p.172-176. (Tradução livre por Eloita P. Neves).
45. _____. **And introductin to the theoretical basis of nursing**. Philadelphia: F.A . Davis, 1970.
46. RUIZ, P. Noite popular , de solos livres e dança teatro. **A Notícia**. Joinville, 31 de jul., 1998. Suplemento, p. 3.
47. _____. Espetáculo interativo. **A Notícia**. Joinville, 30 de jul., 1999. Suplemento, p. 5.
48. SCHIMID, W. Foucault, Michel: da ética como estética da exist6ncia. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.4, p. 93-102, jul./dez. 1995.

45. SCOCHI, C. G. S. ; COSTA, I. A. R. ; YAMANAKA, N.M.A . Evolução histórica da assistência ao RN : um panorama geral. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, p.91-101, 1996. Número especial.
49. _____, et al. A organização do trabalho na assistência ao recém-nascido em berçários da regional de Ribeirão Preto-SP, Brasil-1992. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p.27-36, jan.1997.
50. SEGRE, C. A. . ; ARMELLINI, P.A. . RN. 2. ed. São Paulo : Sarvier, 1985.
51. SILVA, A. L. **Experenciando o cuidar do cliente portador de síndrome da imunodeficiência adquirida com base no sistema conceitual de Rogers**. Florianópolis, 1990. 327 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
52. SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6.ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1992.

ANEXO 1 - CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

A enfermeira Beatriz Schumacher, aluna do curso de Pós-graduação do Mestrado em Assistência de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, solicita a sua participação neste projeto da prática assistencial, que tem como objetivo: descrever a proposta de participação de uma pessoa significativa (mãe, pais, irmão, avó, tia...) nos cuidados do RN em UTI.

Concordo em participar desde que o exposto abaixo, seja observado: será mantido o anonimato quanto a identidade dos participantes. As informações serão de caráter confidencial, usadas exclusivamente para a pesquisa. Os participantes estarão cientes de como se desenvolverá o estudo e desenvolverão os cuidados que desejarem, terão liberdade para questionar e deixar de participar em qualquer momento.

Concordo em participar do projeto por espontânea vontade e qualquer mudança no que foi referido acima, só acontecerá mediante aceitação dos participantes da pesquisa.

Joinville, / / .

Assinatura do participante:
