

**REJANE MARIA AGNE DE CARVALHO**

***DESPERTANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA  
PARA A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO-PRESENÇA AO RECÉM-  
NASCIDO DE ALTO RISCO, ATRAVÉS DE UM PROCESSO DE  
EDUCAR PARA O CUIDADO***

**PASSO FUNDO  
AGOSTO 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UPF**

***DESPERTANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA  
PARA A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO-PRESENÇA AO RECÉM-  
NASCIDO DE ALTO RISCO, ATRAVÉS DE UM PROCESSO DE  
EDUCAR PARA O CUIDADO***

**REJANE MARIA AGNE DE CARVALHO**

**Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
como requisito para obtenção do título de  
Mestre em Assistência de Enfermagem**

**Dr.<sup>a</sup> ZULEICA MARIA PATRÍCIO (Orientadora)**

**PASSO FUNDO  
AGOSTO 2000**

---

C331i Carvalho, Rejane Maria Agne de  
A importância do cuidado-presença ao recém-nascido  
de alto risco: contribuição para a equipe de enfermagem e  
a família / Rejane Maria Agne de Carvalho. - 2000.  
149 p.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina  
- Universidade de Passo Fundo/RS, para obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem, área de assistência de enfermagem.

1. Enfermagem pediátrica 2. Recém-nascido  
3. Cuidados de enfermagem 4. Cuidado do paciente I. Título

CDU: 616-083-053.2

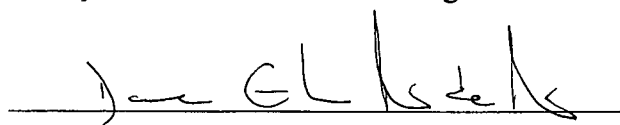
**DESPERTANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA  
PARA A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO-PRESENÇA AO RECÉM-  
NASCIDO DE ALTO RISCO, ATRAVÉS DE UM PROCESSO DE  
EDUCAR PARA O CUIDADO**

**REJANE MARIA AGNE DE CARVALHO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

E aprovada na sua versão final em 25 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

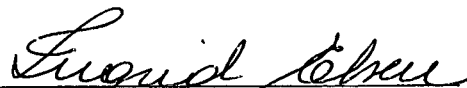


Dr.<sup>a</sup> Denise Pires (Coordenadora do Programa)

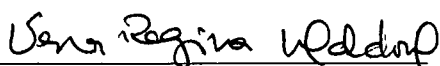
**BANCA EXAMINADORA:**



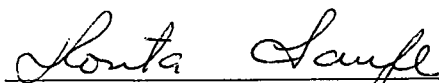
Dr.<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício (Presidente)



Dr.<sup>a</sup> Ingrid Elsen (Membro)



Dr.<sup>a</sup> Vera Regina Waldow (Membro)



Dr.<sup>a</sup> Rosita Saupe (Membro Suplente)



**Olhe cada caminho com cuidado e atenção  
Tente-o tantas vezes julgar necessárias...  
Então, faça a si mesmo  
e apenas a si mesmo uma pergunta:  
Possui este caminho um coração?  
Em caso afirmativo o caminho é bom.  
Caso contrário, este caminho não possui  
importância alguma.**

**Don Juan**

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma obrigação, mas fundamentalmente é um grande prazer.

Muitas vezes, as palavras não conseguem delinear todo o manancial de sentimentos que queremos expressar, mas, mesmo assim é uma das maneiras que podemos utilizar para demonstrar nossos sentimentos.

Desta forma, quero registrar o meu agradecimento a todos aqueles que me apoiaram e estiveram comigo nesta trajetória.

Agradeço:

À meu marido, companheiro e amigo, pelo amor, pela compreensão, dedicação e apoio em todos os momentos de nossa vida.

A meus filhos, Camila e Gustavo, com quem tenho aprendido cada vez mais, a cuidar e amar, e que me proporcionam continuamente, conhecer e experimentar as diversas faces do viver infantil.

À minha família e à minha sogra, pelo estímulo e por terem sempre acreditado na minha capacidade.

Aos colegas e amigos (as) do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, pelo companheirismo e amizade e apoio.

Às minhas colegas e "amigas" do mestrado, do grupo de orientandas da Dr.<sup>a</sup> Zuleica, pelas ajudas, escutas, falas, risos, choros...

À Dr.<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício, minha orientadora, pela sua amizade, disponibilidade e pelas suas orientações precisas nos momentos de incerteza e indefinições na condução deste estudo. Com razão e emoção bem combinadas, mostrou-se sempre presente, facilitando minha caminhada.

À Dr.<sup>a</sup> Rosita Saupe, coordenadora do Curso de Mestrado Interinstitucional - UFSC/UPF, pela sua competência, dedicação, estímulo e sensibilidade.

À Dr.<sup>a</sup> Ingrid Elsen, à Dr.<sup>a</sup> Regina Célia Miotto e à doutoranda Evangelina K. Santos, pelas valiosas contribuições quando da etapa de qualificação do projeto de dissertação.

Ao Hospital São Vicente de Paulo pela oportunidade de realização desse estudo.

À equipe de enfermagem do turno da tarde da CTI Pediátrica, que com sua participação tornou possível esse estudo.

Aos pais e familiares dos recém-nascidos da CTI Pediátrica, que nos dão diariamente, lições de amor e perseverança e que compartilharam comigo e a equipe de enfermagem participante do trabalho, suas experiências.

Aos recém-nascidos de alto risco da CTI Pediátrica. Vocês são a razão de todo meu trabalho e estímulo, juntamente com a equipe de enfermagem, na busca de um verdadeiro cuidado na Enfermagem.

À Universidade de Passo Fundo pela oportunidade proporcionada e por ter acreditado e investido no esforço dos docentes.

À Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por partilhar esforços e possibilidades.

À CAPES e à FAPERGS pelo apoio e incentivo na capacitação dos docentes.

Á Deus fonte inesgotável de presença e amor.

**Odilon, Camila, Gustavo**

**Na linha de chegada de um amor,  
não há vencedores, não há vencidos...  
Há sim, seres. Seres muito sidos.  
Seres mais vivos,  
mais crescidos, acrescidos...**

**Gerson Guerra**

In memoriam

A meu pai, Arnaldo,  
que continua presente e  
iluminando nossos  
caminhos.

**A vida é muito pois é única  
e pouca pois é curta.**

## RESUMO

Trata-se este trabalho da dissertação de mestrado que tem como título: **Despertando a equipe de enfermagem e a família para a importância do Cuidado- Presença do recém-nascido de alto risco, através de um Processo de Educar para o cuidado**. Todo o recém-nascido necessita de alguém que se faça presente e que cuide dele, do mesmo modo que, não há formação de apego sem que as pessoas envolvidas se façam presentes. A **presença** é uma experiência interhumana que faz parte do ato de cuidar. Tendo em vista estes pressupostos foi desenvolvido este estudo no período de julho de 1999 a junho de 2000, junto à equipe de enfermagem, familiares e recém-nascidos internados em uma CTI Pediátrica, de um hospital geral, de grande porte, da cidade de Passo Fundo-RS. O trabalho foi desenvolvido com o objetivo de ampliar o estudo acerca da **qualidade da presença** da equipe de enfermagem e da família dos recém-nascidos de alto risco, na tentativa de buscar alternativas e respostas que venham consolidar um **Cuidado- Presença** a este bebê que necessita ficar internado numa CTI. Para tanto, foi utilizado técnicas de pesquisa qualitativa, desde o levantamento dos dados à análise, tendo sido realizado encontros individuais com equipe de enfermagem e pais de recém-nascidos e encontros grupais com a equipe. A análise reflexiva deste estudo mostrou que através de um Processo de Educar para o Cuidado, é possível promover uma forma de **Presença Comprometida** que leve a uma **Presença-Cuidado**, envolvendo a equipe de enfermagem e familiares dos recém-nascidos de alto risco internado na CTI. A promoção de um **Cuidado- Presença** favorece o estabelecimento de uma relação entre a equipe de enfermagem, os familiares e seus recém-nascidos, que fortalece o vínculo afetivo dos familiares com esse bebê e influencia favoravelmente o processo de saúde-doença do recém-nascido de alto risco internado em CTI Pediátrica.

## **ABSTRACT**

This work is about the master's degree dissertation that has as title: Stimulating the nursing team and the family for the importance of the Presence-Care of the new born baby of high risk, through a Process of Educating for the Care. All new born baby needs somebody presents and takes care of him as well as there is not formation of attachment without the involved people are present. The presence is an experience inter human that is part of the act of taking care. According to these presuppositions this study was developed in the period of July from 1999 to June of 2000, close to nursing team, relatives and new born babies interned in a Pediatric CTI of a general hospital of great structure in Passo Fundo city-RS. The work was developed with the objective of enlarging the study concerning the quality of the presence of the nursing team and the new born babies' family of high risk, in the attempt of looking for alternatives and answers that come to consolidate a Presence-Care to this baby who needs to be interned in a CTI. It was used techniques of qualitative research, from the survey of the data to the analysis, it was accomplished individual meetings with nursing team and the new born babies' parents and with the nursing team. The reflexive analysis of this study showed that through a Process of Educating for the Care, it is possible to promote a form of Committed Presence which takes to a Presence-Care, involving the nursing team and the new born baby's family of high risk interned in CTI. The promotion of a Care-Presence favors the establishment of a relationship among the nursing team, the relatives and the new born baby, that strengthens the relatives' affective entail with that baby and influences favorably the process of health favorably-disease of the new born baby of high risk interned in Pediatric CTI.



## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I</b> .....	01
INTRODUZINDO O TEMA.....	02
<b>CAPÍTULO II</b> .....	13
A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO DE UMA CTI PEDIÁTRICA.....	14
<b>CAPÍTULO III</b> .....	26
DEFININDO O MARCO CONCEITUAL.....	27
3.1 Apresentando os pressupostos.....	29
3.2 Apresentando os conceitos.....	31
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	45
A METODOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE EDUCAR PARA O CUIDADO COM ENFOQUE NA PRESENÇA.....	46
4.1 Apresentando o local do estudo.....	54
4.2 Iniciando o processo de conhecer a realidade.....	57
4.3 Apresentando os participantes do estudo.....	60
<b>CAPÍTULO V</b> .....	66
O PROCESSO DE EDUCAR PARA O CUIDADO DO RECÉM-NASCI DO DE ALTO RISCO: a presença da equipe de enfermagem e de familiares como elemento importante de promoção de saúde.....	67
5.1 Cenas e cenários do estudo.....	67
5.2 Desvelando os encontros individuais com os pais dos recém- nascidos e equipe de enfermagem.....	75
5.2.1 Encontros individuais com os pais dos recém-nascidos de alto risco... ..	76
5.2.2 Encontros individuais com a equipe de enfermagem.....	80
5.2.3 Encontros de grupo com a equipe de enfermagem.....	84
5.2.3.1 Primeiro Encontro.....	88
5.2.3.2 Segundo Encontro.....	91
5.2.3.3 Terceiro Encontro.....	95
5.2.3.4 Quarto Encontro.....	98

5.2.3.5 Quinto Encontro.....	104
5.3 Representação gráfica do marco teórico com enfoque na presença da equipe de enfermagem e família no cuidado do recém-nascido de alto risco.....	111
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>117</b>
<b>A QUALIDADE DA PRESENÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E FAMILIARES NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: da Presença Comprometida à Presença-Cuidado.....</b>	<b>118</b>
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>132</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>133</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>149</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Localização geográfica do município de Passo Fundo - RS.....	54
<b>Figura 2</b> - Aspectos físicos da CTI Pediátrica - HSVP.....	68
<b>Figura 3</b> - Interações no ambiente de trabalho da CTI Pediátrica - HSVP.....	71
<b>Figura 4</b> - A Presença da equipe de enfermagem e da família no cuidado do recém-nascido de alto risco internado em CTI Pediátrica.....	112

## CAPÍTULO I

### INTRODUZINDO O TEMA

*O aparecimento de um novo ser é um grande mistério impenetrável (...) Existem apenas duas pessoas e eis que aparece um novo ser, um novo espírito, completo, acabado como nunca o pôde fazer mão humana - um novo pensamento, um novo amor. Chega a ser terrível... Não há nada maior no mundo.*

F.M. Dostoiévski (1875)

Neste capítulo inicial, apresento as justificativas para a escolha do tema do estudo. Num primeiro momento, exponho minhas vivências na prática profissional, assistencial e docente, no decorrer de um percurso, relativamente longo, em termos cronológicos. Num segundo momento, aponto o referencial que me motivou a realizar o trabalho com recém-nascidos de alto risco internados em CTI, seus familiares e equipe de enfermagem. A seguir, explicito os objetivos traçados e que pretendi alcançar com este estudo, e discrimino, em um momento final, o conteúdo dos capítulos subsequentes.

O que me levou a abordar a **importância da presença no cuidado do recém-nascido de alto risco internado em Centro de Terapia Intensiva (CTI Pediátrica)**, como tema dessa dissertação, foi a prática vivida como enfermeira assistencial na CTI Pediátrica de um hospital geral, em um período de cinco anos e minhas vivências durante a permanência em campo de estágio, nesta mesma unidade, primeiramente, como docente das disciplinas de Enfermagem Pediátrica I e II e, após 1996, com a reformulação curricular, da disciplina de Assistência de Enfermagem na Saúde Infanto Juvenil, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (UPF).

A Universidade de Passo Fundo caracteriza-se como uma universidade comunitária e regional e obteve seu reconhecimento em 1968. Para atender à demanda das diferentes comunidades da sua região de abrangência, estão em funcionamento 39 cursos de graduação e 29 de pós-graduação, voltados à capacitação de docentes e à especialização de profissionais. Na área de mestrado, são oferecidos cursos de pós-graduação *stricto sensu e lato sensu*.

Com sua área de abrangência cobrindo mais de um milhão de habitantes, a Universidade de Passo Fundo oferece uma reconhecida contribuição para o desenvolvimento da região.

O Curso de Graduação em Enfermagem desta universidade iniciou suas atividades em 1977. A predominância das atividades tem sido historicamente o ensino de graduação e a extensão. Outras vivências tem sido implementadas como a Especialização em Saúde Comunitária, Saúde Pública, Metodologia do Ensino Superior, Administração dos Serviços de Enfermagem e Enfermagem Aplicada à Saúde da Mulher e Curso de Aperfeiçoamento em Sexualidade Humana. Com o mestrado há a intenção de ampliar o ensino da pós-graduação, uma vez que a grande maioria dos docentes terão titulação adequada.

O interesse pelo desenvolvimento desse estudo sobreveio das necessidades sentidas e vivenciadas no cotidiano de trabalho e porque creio que a equipe de enfermagem tem um potencial muito rico, disponibilidade e empenho para ampliar seus conhecimentos, no sentido de buscar cada vez mais, a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Sou da primeira turma de alunos do Curso de Enfermagem da UPF e minha graduação ocorreu em 1982, nesta mesma universidade, ano em que ingressei no hospital São Vicente de Paulo, exercendo atividades na CTI, com adultos.

Paralelo ao início da vida profissional, realizei um curso de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Comunitária, na Universidade de Passo Fundo, cuja abordagem era direcionada à assistência ao adulto e à saúde materno-infantil.

No ano de 1986, surgiu oportunidade de concurso na UPF, para as disciplinas de Enfermagem Pediátrica I e II. Por estímulo e insistência de colegas da graduação, que já tinham ingressado nesta universidade, me inscrevi e fui aprovada. Com este fato, solicitei minha transferência da CTI de adultos para a CTI Pediátrica, a qual tinha sido inaugurada há poucos dias. Iniciei assim, minha trajetória como enfermeira chefe desta unidade e com o cuidado às crianças.

Desenvolvi, concomitantemente, atividades paralelas de assistência e de docência até 1990, quando substitui as funções assistenciais no hospital por atividades de enfermagem escolar, na 7ª Delegacia de Educação, na cidade de Passo Fundo, por um período de cinco anos.

Após esta trajetória fiz outra opção na minha vida profissional, ficando vinculada somente à universidade, pois além de ser responsável pelas disciplinas referentes à saúde infantil, coordenei o Curso de Graduação em Enfermagem por quatro anos.

No decurso deste período de atividades administrativas paralelas à docência, surgiu a possibilidade de realização do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem, conveniado com a Universidade Federal de Santa Catarina. Este projeto foi uma construção do grupo de professores enfermeiros do Curso de Enfermagem, já que há muito tempo era desejo deste grupo, desencadear um processo que capacitasse o corpo docente, no intuito de melhorar o ensino de graduação e implementar a pós-graduação.

O desejo se concretizou e com o mestrado, uma das minhas pretensões era efetivar um trabalho voltado para os recém-nascidos de alto risco da CTI Pediátrica, envolvendo seus familiares e equipe de enfermagem.

Desde o início das minhas atividades na CTI Pediátrica e atuando como docente nesta área, já percebia a importância da família, principalmente a mãe, permanecer junto ao recém-nascido internado.

O direito ao acompanhamento do filho durante a hospitalização é assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, regido pela Lei Federal 8.069/1990. Neste documento, o Título II, Capítulo 1, Artigo 12, dispõe sobre os estabelecimentos de atendimento à saúde, os quais devem *proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.*

A abordagem de envolvimento da mãe e outros familiares, no cuidado ao filho já era muito difundida, estimulada e discutida em jornadas, congressos e em literaturas especializadas na área.

Mas, essa prática de envolvimento com a família do recém-nascido não era muito utilizada na CTI e ainda continua muito incipiente. Os horários das visitas são pré-fixados e o acúmulo de tarefas, o reduzido espaço físico e outras intercorrências, justificam a não presença da mãe, de forma contínua e prestando cuidados.

Esporadicamente, no período em que o recém-nascido sai da faixa de risco, ou seja, se encontra sem oxigenioterapia, sem antibioticoterapia e em boas condições de vitalidade, a mãe tem maior acesso na CTI para amamentá-lo e iniciar a prática de alguns cuidados. Eventualmente, quando tem crianças maiores que choram e solicitam a presença da mãe ou responsável, dependendo das condições, eles podem permanecer por algum tempo junto à criança.

O cuidado ao recém-nascido e o relacionamento deste com os pais é algo que sempre me inquietou, pois percebia que o nascimento de um filho antes do tempo previsto ou que tivesse alguma complicação após o nascimento, era uma experiência penosa e difícil para os pais e outros familiares.

As reações dos pais à nova situação são variáveis. Há aqueles que compreendem as condições do filho e aceitam as práticas da unidade, cuidam do recém-nascido, visitam-no regulamente, tocam no seu bebê, participam das reuniões com a equipe. Porém, existem pais que manifestam reações adversas a estas, caracterizando atitudes de distanciamento, de negação, má comunicação com a equipe, não visitam seus filhos e

quando o fazem, não tocam no bebê, não se fazem presentes nos momentos em que esta presença é oportunizada.

Além do contato diário com os recém-nascidos e suas famílias, a participação no Serviço de Consultoria em Saúde Mental à familiares de pacientes da CTI Pediátrica, no período de 1992 e a partir de 1997, no Grupo de Apoio Multidisciplinar, nesta mesma unidade, ajudou-me a vivenciar as reações dos pais à hospitalização, entre elas sua atitude quando visitavam seu bebê. Do mesmo modo, contribuiu para perceber como a equipe de saúde, em particular a equipe de enfermagem, reage em relação à presença dos pais no serviço.

Diante destes fatos, deparei-me, muitas vezes, irritada e angustiada, com os pais, que não visitavam o seu filho o suficiente, ou quando visitavam, sua presença não era satisfatória, no sentido de interação com o recém-nascido e, também, com a equipe, pois a mesma não propiciava e estimulava suficientemente, a presença dos pais na CTI.

Sabe-se através de autores como Klaus e Kennel (1993), que é importante uma abertura mais flexível deste tipo de unidade, para os pais e outros familiares, pois o apego dos pais com o bebê, o contato íntimo entre eles, exerce importantes efeitos no futuro crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Esse apego, segundo esses autores, não significa somente uma afeição recíproca entre o adulto e um bebê, mas é estabelecido frente à situações de preocupação, afeição, ligação, que fazem com que o adulto torne-se comprometido com a criança sob seus cuidados.

Desse modo, abre-se também a possibilidade de trabalhar-se na prevenção da violência doméstica, a qual, segundo Moraes (1999), possui diversas formas de manifestação, sendo uma delas, a negligência nos cuidados de saúde de crianças e adolescentes. Esta forma de negligência, conforme consta nos relatos desta autora está entre as denúncias mais frequentes, contabilizadas nos relatórios da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, da Assembléia Legislativa do estado do Rio Grande do Sul.

Os pais negligentes são adultos que não se ocupam de seus filhos e que apresentam dificuldades nas funções parentais. Estas dificuldades podem ser resultantes das dinâmicas biológica, cultural e contextual.



Morais (1995), coloca que, no caso da dinâmica biológica, trata-se de uma perturbação no *apego, união, vínculo*, biológico entre o adulto e a criança, especialmente da mãe com o filho.

No segundo caso, a cultural, a questão problematizadora, situa-se na transmissão dos comportamentos e modos de cuidar os filhos, que são passados de uma geração a outra. O terceiro tipo de negligência, a contextual, é provocada pela ausência ou insuficiência de recursos do meio onde a família está inserida.

Acredito que a enfermagem pode mobilizar-se na implementação de ações preventivas, contra a negligência das famílias, bem como de ações curativas e educativas, junto àquelas em situações de negligência ou outras situações de risco.

Algumas dessas situações são referenciadas por Klaus e Kennel (1993), nas quais os pais experimentam sentimentos como culpa, medo, ansiedade, ira, perda de controle, preocupação acerca da sobrevivência da criança, sendo que, estes sentimentos dificultam a relação deles com o recém-nascido.

Em muitas situações, nota-se que a equipe de saúde não percebe e desvaloriza a vulnerabilidade emocional dos pais, exigindo deles atitudes de afeto, amor, cuidado, sem levar em conta o que eles sentem, pensam e vivem junto ao recém-nascido.

Quando os pais não correspondem ao que a equipe preconiza como uma boa relação com o bebê e com ela mesma, esta mantém relacionamentos bruscos, frios, impessoais, com distanciamentos emocionais, que, acredito, podem provocar a não presença dos pais no setor.

Na minha vivência, observo que, o envolvimento efetivo dos pais com a equipe, não ocorre nem no momento das visitas. Arelada às normas da instituição, a enfermagem interpreta de maneira obscura algumas regras e condutas, referentes às informações que podem ser fornecidas aos pais e de qual é o seu papel diante dos familiares e do próprio recém-nascido.

Conforme referem Klaus e Kennel (1993), entende-se que em muitas situações é difícil mostrar entusiasmo com a visita dos familiares, quando as pressões se apresentam de forma intensa e o trabalho se acumula. Mas, deve-se valorizar este momento

pois, um dos melhores indicadores da evolução dos pais, em relação ao apego com o bebê é seu padrão de visitas.

Os horários de visitas são momentos, nos quais, o envolvimento dos pais e familiares com a equipe de enfermagem, poderia ser intensificado, no sentido de promover o apego deles com o recém-nascido. Ainda, é a oportunidade da enfermagem prestar as informações, não necessariamente sobre o quadro clínico mas sobre o funcionamento do setor, equipamentos e sobretudo, demonstrar interesse pela **presença** e pelos cuidados que podem ser prestados pelos familiares junto ao recém-nascido.

Esses momentos de visitas devem ser valorizados pela equipe, pois eles servem de indicadores para avaliar a capacidade dos pais de manter uma relação de apego como o bebê. Neste período, pode-se acompanhar a duração do tempo que os pais visitam o bebê e como eles agem, como dirigem sua atenção, que comentários fazem durante a visita e que habilidades, mostram ter, que propicie um cuidado satisfatório a seu filho.

Outro aspecto importante em relação às visitas e que influencia na maneira como eles se fazem presentes, é o tempo cronometrado imposto pelo setor, que limita a liberdade de contato e de expressão dos familiares e do recém-nascido. Nesta situação, deve-se considerar as particularidades de cada pessoa, pois cada indivíduo tem seu próprio tempo para estabelecer contatos. Barbosa (1995, p.98) refere que o tempo cronológico é vivido de modo diferente por cada um (enfermagem e cliente). Os clientes, e aí inclui-se a família, (...) *vivem seu tempo em relação ao aborrecimento, à dor, à separação, à espera (...)*. Neste sentido, continua Barbosa,

*(...) nem sempre o tempo vivido pelo cliente está em sincronia, simultaneamente com o nosso, pois ao ter esta percepção criamos possibilidades para ampliar a liberdade de expressão, favorecendo conhecer melhor os clientes e conseqüentemente como vivenciam sua experiência.*

Green referenciado por Klaus e Kennel (1993, p.180), aborda o empenho das famílias e comenta sobre a questão dos minutos e horas vivenciados, no acompanhamento do recém-nascido de risco.

*(...) para os pais, o tempo parece voar e, contudo, permanece imobilizados. Geograficamente deslocados, seu trabalho e vida perturbados, seus ritmos biológicos desordenados, atônitos, ansiosos e terrível-*

*mente cansados, os pais, no delírio da crise, são simplesmente incapazes de compreender o que está acontecendo.*

Com isto, o tempo dispensado para o horário de estarem com o filho pode ser desperdiçado se não houver alguém que oriente sobre a conduta junto ao bebê. É fundamental lembrar que os pais precisam juntamente com os familiares, inclui-se aí os outros filhos, conhecer este mundo no qual passam, sem estarem preparados, a fazer parte. Eles podem compartilhar suas preocupações, tristezas, alegrias, decorrentes do estado de saúde do recém-nascido.

Klaus e Kennel (1993), recomendam a participação dos irmãos do bebê na CTI neonatal. Segundo experiências relatadas por Morsch, Carvalho e Lopes (1997), nenhuma criança que visitou a CTI neonatal, apresentou qualquer alteração no seu comportamento que preocupasse os pais. Salientam que diante de vários estudos, não foi observado nenhuma relação entre infecções e visitas.

Faz parte das atividades do enfermeiro, juntamente com sua equipe, auxiliar a família na adaptação à CTI. É no horário de visitas que a equipe de saúde tem a oportunidade de proporcionar informações à família e segundo Beck (1995), *valorizar as pistas que ela tem a cerca da vida do seu familiar antes da internação*. No caso dos recém-nascidos, estas informações são válidas para auxiliar a conhecer os hábitos, costumes e valores da família e investigar como o bebê foi desejado, concebido e como ocorreram as interações do mesmo, com a mãe, pai e outras pessoas do ambiente, mesmo antes de nascer.

Conforme Barbosa (1995), na assistência em CTI, temos que ter em mente que a assistência plena se fará não apenas dentro do contexto da unidade, mas além dos *limites físicos do hospital*. Frente a isso, pode-se conceber uma assistência mais ampla, buscando alcançar a proximidade com o todo do cliente. O recém-nascido, considerando sua singularidade, não é um ser isolado e o recebimento de visitas significa o início das suas relações com o mundo fora do hospital.

A enfermagem deve ter consciência disso e observar que a padronização de condutas é importante, levando-se em conta que, geralmente o número de recém-nascidos internados ultrapassa a capacidade de internação do setor. Mas deve-se ter o cuidado

para não torná-las inflexíveis, o que poderá causar o afastamento dos pais e familiares do bebê, causando prejuízo ao desenvolvimento do apego.

O enfermeiro, como geralmente é quem administra essas unidades deve considerar os momentos de visitas prioritários, para torná-los mais eficazes. As instituições hospitalares estabelecem normas administrativas, nas quais são consideradas exclusivamente fatores institucionais e raramente as necessidades dos pacientes e seus familiares. Desta forma, as rotinas existentes, quanto às visitas de familiares, consideram os interesses administrativos, não tendo, como objeto básico minimizar o problemas da separação da família. Patrício (1996, p.60), refere que:

*(...) administrar serviços de saúde de qualquer natureza é um Processo de Cuidar Indireto; que Cuidado Indireto envolve atividade de Educação e de Planejamento, Organização; Coordenação, Acompanhamento/Avaliação; que todas essas atividades envolvem interações humanas de diferentes culturas/valores, sentimentos (...)*

Os cuidados dispensados ao bebê pelos pais e responsáveis constituem momentos estimuladores, com grande riqueza de experiências. A importância das tarefas cotidianas não podem ficar subjugadas pela rotinização das instituições e no difícil dia-a-dia das famílias e da equipe de enfermagem. Tais atos não podem se tornar mecanizados e a intervenção preventiva dos profissionais torna-se necessária, para o estabelecimento de um contato profissional mas ao mesmo tempo fraternal com os familiares.

No estabelecimento de condições apropriadas para que pais e familiares permaneçam com seus filhos, sempre que possível, além dos horários estabelecidos para visitas, haverá o estímulo para que eles se façam presentes e participantes nos cuidados do filho.

Essa **presença**, para significar cuidado, implica estar junto de corpo mas, necessariamente, precisa ser uma presença afetiva. Esse tipo de presença pode ser demonstrada pelos pais e familiares, quando estes torcem e lutam pela vida saudável do filho, estimulam e se relacionam com o recém-nascido.

Segundo Cresti e Lapi (1997), quando a equipe dá atenção às emoções da família, especialmente à mãe, ajustando-se a elas com sensibilidade, estas conseguem um estado de calma e receptividade, que lhes permite acolher o seu bebê. A mãe então, encontra-se cercada pela **presença** da equipe, que pode realizar seus cuidados de forma

cuidadosa, mas discreta e não invasiva, sem fornecer prescrições unívocas e muito dirigidas. A enfermeira e a equipe de enfermagem, que têm consciência da importância da **presença**, podem favorecer a ativação desses circuitos relacionais positivos.

Em se tratando de assistência neonatal é preciso ter-se em mente, que nosso cliente não é apenas o recém-nascido, mas também sua mãe e toda sua família. Por isso, o foco do cuidado deve ser centrado também na família e não ficar limitado ao bebê.

Nesse sentido, abrem-se possibilidades para que, tanto os profissionais de enfermagem quanto os clientes, possam conviver, com carinho, respeito e amor, cuidando e sendo cuidados.

A partir desse entendimento, ao encaminhar-me para o Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, senti que poderia ser a oportunidade de reforçar meus pressupostos e encontrar algumas respostas às minhas indagações. Não estava claro, no início, que trajetória eu poderia percorrer na busca dessas respostas.

Com a disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem<sup>1</sup>, administrada em parceria com disciplinas que desenvolvem conteúdos relacionados a aspectos éticos e educacionais, a possibilidade de realizar esse trabalho efetivou-se, meu tema de interesse começou a tomar forma e abriu-se caminhos para aprofundar questionamentos e reflexões referentes a **presença da equipe de enfermagem e da família no cuidado ao seu recém-nascido de alto risco internado em CTI**.

Entendendo que essa Prática Assistencial atende perfeitamente às expectativas de realizar um estudo de cunho qualitativo, no qual o enfermeiro pode cuidar e levantar dados concomitantemente, utilizei-me desta experiência, que foi muito significativa, enquanto mestrande e profissional, para desenvolver esta dissertação.

Ao aplicar uma metodologia com rigor de pesquisa, houve a possibilidade de obter como resultado, a produção de conhecimento básico e aplicado, acerca do tema e do método de cuidar proposto.

---

<sup>1</sup> A disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem tem como objetivo geral, elaborar, aplicar e avaliar um marco conceitual na prática, através da utilização de um Processo de Enfermagem, fundamentado em uma teoria de enfermagem e/ou em outras áreas do saber.

Esta prática foi realizada no período de julho a outubro de 1999, na CTI Pediátrica de um hospital geral, universitário, de grande porte, do estado do Rio Grande do Sul. Esta disciplina teve como objetivos: **elaborar, aplicar e avaliar um marco conceitual fundamentado em um Processo de Educar para o Cuidado com enfoque na presença da equipe de enfermagem e da família, no cuidado do recém-nascido de alto risco internado em CTI.**

A partir da avaliação desta prática, se consolidou a proposta desse tema tendo em vista o referencial teórico utilizado. Essa experiência vivenciada tornou possível e consubstanciou os objetivos desta dissertação, na qual, a partir da re-leitura dessa prática, procuro desenvolver o estudo.

Tendo em vista que, a recuperação do recém-nascido e a promoção do seu crescimento e desenvolvimento, pode emergir de uma relação de parceria entre a equipe de enfermagem, seus pais e outros familiares, esta dissertação pretende **ampliar o estudo acerca da qualidade da presença dessa equipe e dos familiares, na tentativa de buscar alternativas e respostas que venham consolidar uma Presença-Cuidado a este recém-nascido de alto risco que necessita ficar internado em CTI.**

O termo qualidade tem sido estudado por vários autores contemporâneos. Patrício (1999) define qualidade, como sendo atributos, características ou propriedade de determinado fenômeno ou objeto, que o qualificam para determinado fato. **Qualidade da Presença**, enquanto processo e produto, diz respeito aos atributos que qualificam essa presença, e ao sentido que esta tem, quando positiva e/ou favorável, para o cuidado do recém-nascido de alto risco. Diz respeito, a como a presença se apresenta, como os indivíduos a sentem e os atributos necessários para que ela se torne uma **Presença-Cuidado**.

O ponto de convergência deste estudo centrou-se no trabalho realizado com a equipe de enfermagem para que esta possa ser a mediadora deste processo e promover uma presença de qualidade, que possibilite ao recém-nascido uma internação com menos sofrimento e desgaste físico e mental.

Frente a essa realidade, acredito que possam ser feitos alguns ajustes no que tange à assistência, especialmente de enfermagem, para podermos melhorar a situação de pais e bebês de risco, internados na CTI.

O que se deseja alcançar, com esse estudo, é um **Cuidado-Presença**, que vá além da execução de técnicas e que favoreça o estabelecimento de uma relação autêntica entre a equipe de enfermagem, os recém-nascidos e seus pais/familiares, que envolva encontros, relacionamentos, presenças.

Acredito que, este estudo venha contribuir com a produção de conhecimentos sobre o tema, ampliando recursos e tecnologias de cuidados de enfermagem ao recém-nascido de alto risco, com apoio da família e da equipe de enfermagem.

O presente estudo desdobra-se em um conjunto de sete capítulos. No capítulo seguinte, faço uma revisão da bibliografia com dados de alguns autores da área, que permitiram aprofundar o conhecimento e a reflexão e que favoreceram uma maior compreensão da importância da **presença** no cuidado ao recém-nascido.

No capítulo III, referente ao marco conceitual proposto, apresento os pressupostos e os conceitos. Esses foram elaborados e baseados em alguns autores da literatura da área e nas minhas crenças e valores, levando-se em conta, minha trajetória de vida pessoal e profissional.

No capítulo IV, descrevo a metodologia na qual, exponho o caminho percorrido no desenvolvimento do Processo de Educar para o Cuidado, realizado com equipe de enfermagem de uma CTI Pediátrica e familiares com seus recém-nascidos.

No capítulo subsequente, descrevo e discuto com a literatura, algumas categorias que identifiquei na aplicação do Processo de Educar para o Cuidado, no qual apresento os encontros individuais realizados com a equipe de enfermagem e com os pais dos recém-nascidos, assim como os encontros com o grupo da enfermagem.

Após, no capítulo VI, faço uma avaliação da aplicação do marco conceitual, em especial do Processo do Educar para o Cuidado e reflexões acerca da **qualidade da presença** da equipe de enfermagem e familiares no cuidado com o recém-nascido de alto risco, mostrando aspectos referentes à **Presença Comprometida** que possibilita a promoção de uma **Presença-Cuidado**.

Após esses capítulos, apresento algumas reflexões finais, as referências bibliográficas e os anexos, os quais servirão para ilustrar parte desse estudo.

## CAPÍTULO II

### A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO DE UMA CTI PEDIÁTRICA

*Um jardim só começa com um sonho de amor, "fazendo com", numa troca de experiências mútuas, e para semeá-lo, precisamos, num orgasmo de amor espalhar as nossas sementes.*

*Maria Emília de Oliveira (1998)*

Apresento, nesse capítulo, uma breve revisão da bibliografia, contendo dados de alguns autores da área, que permitiram aprofundar o conhecimento e a reflexão e que favoreceram uma maior compreensão da importância da presença no cuidado ao recém-nascido de alto risco, que se encontra internado numa CTI.



O nascimento de uma criança é uma experiência emocional e fisiológica intensa e exaustiva para a mãe e o recém-nascido, marcada pela separação que acaba envolvendo toda a unidade familiar. Mesmo quando esse processo progride normalmente, é necessário que o neonato suporte modificações extremas de ambiente para garantir sua sobrevivência.

Essa adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina é um processo complexo e alguns passam por situações críticas associadas à insuficiente adaptação ou a qualquer intercorrência que venha prejudicar seu estado de saúde.

Após a gestação, o próprio parto causa o impacto da separação, pois o filho deixa o ambiente uterino para se adaptar ao extra uterino e iniciar uma vida como um ser distinto. Esta situação, na maioria das mulheres, é compensada pelas gratificações com o convívio diário com o recém-nascido.

Porém, em algumas ocasiões, quando os bebês apresentam alguma intercorrência, a mãe e a família vão sofrer com a separação pois, geralmente, é necessário que os mesmos permaneçam numa CTI, caracterizada como sendo um ambiente hostil, pois representa simbolicamente as frustrações que causam uma situação de enfermidade física.

Segundo Lamy, Gomes e Carvalho (1997), na percepção dos pais sobre o filho internado existem reflexos de informações presentes no senso comum, as quais dependem da origem social e cultural de cada um e que muitas vezes se acumulam desde a infância. No senso comum, o recém-nascido é visto como alguém saudável, não sujeito à doenças, embora durante a gravidez, surjam fantasias e medos em torno de problemas que possam acontecer com o recém-nascido. Constata-se que a internação de um filho ao nascer é sempre um fato novo e inesperado.

Whaley e Wong (1985), salientam que a medida que se aprende sobre a complexidade do neonato, para podermos influenciar e moldar seu ambiente e sua interação com sua mãe, seu pai, familiares ou pessoas significativas, fica claro que é necessário, que se compreenda os fatores envolvidos nos estágios de comportamentos desta ligação, se identifique o que pode favorecer ou prejudicar este processo e como se pode orientar os pais, para desenvolverem uma relação mais sólida com o filho.

As reações dos pais frente ao recém-nascido enfermo, são as mais imprevisíveis possíveis. Em concordância com Lamy, Gomes e Carvalho (1997), salienta-se que é importante que o profissional de saúde possa estar desprovido de idéias pré-concebidas, o que facilitará o contato com a família.

Os pais podem apresentar manifestações de distanciamento, de não envolvimento, de não presença, o que pode trazer dificuldade na assistência ao recém-nascido, já que a recuperação do bebê não depende unicamente dos cuidados médicos e de enfermagem, mas dos cuidados e do carinho que possa vir a receber dos pais.

Com o avanço tecnológico, cada vez mais, novas tecnologias são incorporadas no cuidado ao recém-nascido. Essa incorporação pode, em algumas situações, transformar o bebê em objeto e seus pais, em meros observadores. O surgimento das CTIs trouxe um universo mais amplo à assistência aos recém-nascidos, permitindo a sobrevivência de bebês que teriam poucas chances há poucos anos atrás. Crianças prematuras, de baixo peso e com outros riscos de vida, conseguem hoje sobreviver e na maioria das vezes, terem um futuro sem seqüelas ou com um mínimo delas.

O ambiente da CTI, tão familiar para os profissionais da saúde, é percebido pelos pais como assustador e eles têm dificuldade de reconhecer o bebê como seu. Ferraz e Chaves (1996) corroboram a afirmação anterior e explicitam que, essa dificuldade no reconhecimento relaciona-se a que, durante a gravidez, os pais sonham com um bebê imaginário primitivo, o qual é saudável, perfeito e lindo. Há um contraste muito grande entre a criança imaginária e àquela que eles visualizam, mesmo quando é um bebê sem comprometimentos. Sendo ele prematuro, a lembrança dos pais é de um bebê inacabado.

Geralmente, conforme relatam os autores citados, devido à partos emergenciais, a mãe não tem contato ou esse contato é frágil e rápido e a mesma não tem oportunidade de pegá-lo no colo e senti-lo como seu bebê. Quando tem condições de visitá-lo na CTI, geralmente ele encontra-se em incubadora ou berço aquecido, com tantos aparelhos que é difícil a identificação como sendo seu filho.

Após o parto, os pais devem olhar e assimilar seu bebê real e reconciliar a fantasia daquele que imaginam com àquela que conceberam. Muitos dos distúrbios de ma-

ternagem, incluindo maus tratos, acontecem porque os pais não identificaram seu bebê real, achando-o feio, desajeitado e sem graça.

Neste ambiente de CTI fica difícil para os pais ouvir que é importante para o seu bebê que eles se façam presentes junto a ele. Prugh referenciado por Klaus e Kennel (1993) refere que esta situação gera conflitos, ansiedades e agrava a sensação de culpa, sentimentos comuns nessas situações. A consideração destes sentimentos é importante, pois os pais se encontram apreensivos com a sobrevivência do bebê durante a hospitalização. Eles podem temer que alguma coisa que eles fizeram ou deixaram de fazer possa ter prejudicado o bebê. Também sentem-se incompetentes, diante da equipe, ressentindo-se com a necessidade da intervenção de uma mãe substituta, gerando ciúme e levando a sentimentos de perseguição e hostilidade.

Esse é um problema preocupante na CTI, porque a enfermagem tem conhecimentos e habilidades altamente técnicos, que são misteriosos para a mãe, que recebe pouca informação do que está acontecendo, contribuindo para que esses pais não se façam presentes, acompanhando todo o processo de recuperação do filho.

Muitos estudos têm sido realizados sobre o estresse que os pais e familiares de recém-nascidos e crianças maiores passam quando necessitam conviver com o ambiente e situações comuns de uma Unidade de Tratamento Intensivo.

Kavanaugh (1995), Seideman et al. (1997), Griffin, Wishba e Ksvanaugh (1998), Nelson e Edgil (1998) referem em seus trabalhos que o ambiente de alta tecnologia inibe a atividade parental. Os pais experimentam a interrupção de suas atividades normais e das responsabilidades parentais. O estresse aumenta quando os pais percebem que a informação sobre a situação de saúde do filho é incompleta, conflitativa ou de difícil compreensão.

Esses estudos, de um modo geral, confirmam todos os sentimentos de angústia, ansiedade, culpa, preocupação, entre outros, que afetam os pais. Ressalta-se, ainda, que nos estudos de Seideman et al. (1997), é relatado que o maior estressor é os pais saberem que suas crianças sofrem dor.

Prugh referenciado por Klaus e Kennel (1993), descreveu o termo *alheamento nos sentimentos*, que as mães podem apresentar durante o início de sua relação com o bebê, intensificando-se todas as vezes que for negado o contato íntimo com seu recém-

nascido, tendo em consequência disso, dificuldade de experimentar os sentimentos ternos e maternos.

Autores como Klaus e Kennel (1993), Winnicott (1996), entre outros, apontam para a importância das primeiras experiências e vivências do recém-nascido com sua mãe. Segundo Neto (1995), esta interação inicia no útero, desde o início da gestação, quando ocorrem as primeiras impressões como ser vivo, com as sensações de tato, pressões e movimentos.

Essas primeiras experiências de vida são o flutuar no líquido amniótico, o balançar de acordo com as ondulações do corpo da mãe e o ouvir os batimentos cardíacos do coração materno. Após o nascimento, as sensorialidades que se manifestam através do tato, olfato, paladar e audição, asseguram a continuidade dessa relação.

O recém-nascido precisa de muito cuidado, de muito contato e intimidade, necessita de uma **presença de boa qualidade** para compensá-lo pelos confortos uterinos perdidos.

Para Bowlby (1989) é fundamental um relacionamento afetivo do bebê com a mãe ou uma pessoa substituta, no qual ambos encontrem prazer e satisfação. Ambos precisam se sentir profundamente identificados um com o outro, sendo que a mãe precisa sentir que sua personalidade se expande para o filho, interferindo na personalidade do bebê e na sua própria. Essa relação é fundamental para a saúde mental de ambos e principalmente do bebê, nos primeiros anos de vida.

Brêtas e Silva (1998), referem que o amor materno, como qualquer outro sentimento humano, está sujeito à influências históricas e culturais. Este amor não é exclusivo das mulheres, sendo que os pais também amam seus filhos. Há uma equiparação dos papéis maternos e paternos, principalmente no que diz respeito aos cuidados com a criança, envolvidos na maternagem da família.

Conforme esses autores, uma função atribuída à família, principalmente à mãe, é a atividade de cuidar denominado maternagem, na qual os cuidados da mãe ou de outros adultos, são prestados para suprir as necessidades de seus bebês.

A mãe é o componente natural deste processo, ainda no útero e continua após o nascimento, com a fase denominada *simbiose*, na qual a mãe ou o adulto responsável,

satisfaz as necessidades básicas, alivia desconfortos e contribui para a organização mental do recém-nascido. Como a separação física pode causar frustrações, tanto para o bebê quanto para a mãe, o cuidador faz a tradução do mundo, fornece a proteção física, aconchego e afeto.

Ao se referirem sobre a maternagem, Brêtas e Silva orientam que, esta deve ser estimulada à nível de intervenções junto à família, para que esta possa usufruir, profunda e qualitativamente, dos momentos de que dispõe para estar com o bebê. É necessário que todos os profissionais de saúde, que assistem a criança e a família, conheçam e entendam o processo de maternagem como fundamental para esses relacionamentos familiares.

Estes autores (1998, p.43 ) consideram que:

*A família constitui-se em cenário básico e determinante de socialização primária, entendida como a experiência de interação pais-filhos dentro da qual se estruturam os marcos valorativos e éticos, se formam as estruturas afetivas fundamentais, se estabelecem padrões normativos, os hábitos, as hierarquias, se inicia o desenvolvimento intelectual e motor, e se prepara o novo membro para sua inserção futura na sociedade maior.*

Winnicott (1982) e Spitz (1988) afirmam que é na experiência vivida na maternagem que se dá a primeira relação de um ser humano e esta será determinante na personalidade dessa pessoa.

Conforme referem Klaus e Kennell (1993), o propósito e intenção das pessoas envolvidas com os recém-nascidos é fazer com que os seres humanos se tornem humanos e, esse processo deve começar precocemente, nos primeiros dias de vida.

O contato íntimo dos pais com o bebê, o apego dos mesmos, exerce profundos efeitos no futuro crescimento e desenvolvimento do filho. Esse apego não pode ser visto somente como manifestação simples, rápida e adesiva, mas como o início de um processo psicológico humano complexo.

Esses autores referem que o apego não significa somente afeição recíproca entre o adulto e um bebê, mas corresponde à situações de preocupação, afeição, ligação, que fazem com que o adulto torne-se comprometido com a criança sob seus cuidados. É um relacionamento ímpar entre as pessoas, sendo um processo de características dura-

douras. A formação de um vínculo é interpretado no sentido de amar, apaixonar-se e, a manutenção deste vínculo é vivido como fonte de segurança e alegria.

Segundo Whaley e Wong (1985), as palavras vínculo e ligação são consideradas como fenômenos separados, em que vínculo é o desenvolvimento de laços emocionais da mãe para a criança e ligação representa esses laços da criança para com a mãe.

Cunha (1991, p. 88) refere que vínculo é

*A perspectiva da mãe e do pai em relação ao bebê. É a disponibilidade de interativamente "apreendê-lo", aceitá-lo como indivíduo autônomo e único e protegê-lo, suprindo assim, suas necessidades básicas de sobrevivência e desenvolvimento, através de uma experiência de amor completa.*

Esta mesma autora (1991, p. 89), ao referir-se sobre o apego, define-o como,

*A perspectiva do bebê em relação ao modo como mãe e pai o aceitam.(...) Um apego adequado pressupõe, em termos práticos, a satisfação de suas necessidades básicas, como alimentação, proteção térmica, higiene e estruturação da personalidade.*

Em muitos casos, porém, essas denominações, vínculo, ligação, apego, são usadas indiferentemente para designar esse processos relacionais.

Nos seus estudos, Klaus e Kennel (1993) constataram que esse vínculo é tão crucial para o desenvolvimento do bebê e o apego é tão grande, que pode mobilizar os pais a fazerem grandes sacrifícios, necessários ao cuidado com o bebê. Mas ele é estabelecido com o aprendizado de cada membro participante do processo, com o tempo de convivência, com as regras, embora os primeiros sentimentos de amor pelo filho não aconteçam sempre no primeiro contato. É um processo contínuo de adaptação às necessidades do outro, vividos enquanto um se faz presente ao outro. Quando tornamos possível que os pais fiquem junto aos seus filhos, estabelecemos um ambiente propício e benéfico para o início do processo de apego.

Belli (1995) enfatiza três estágios pelos quais os pais passam no processo de desenvolvimento do apego, relatados por Schraeder. Primeiramente, o envolvimento dos pais com o recém-nascido é cauteloso, os pais tocam o recém-nascido com as pontas dos dedos. Após, começam a expressar sentimentos de prazer, comprando roupas e

brinquedos e numa última etapa, começam a visitar regularmente, sentido-se mais capacitados em cuidar do filho, se for possibilitado esta oportunidade.

Brazelton (1988) aponta cinco etapas pelas quais os pais passam, antes que eles passem a ver o recém-nascido como seu. Inicialmente, eles procuram manter-se informados através do boletim médico e após observam e se encorajam com o comportamento reflexo e automático do bebê, quando este é manipulado pela equipe de saúde, mas não tentam provocar essas manifestações espontaneamente. Neste processo, observam que o recém-nascido está se transformando, mas ainda não ousam estimulá-lo. Numa etapa posterior, os pais já tentam produzir respostas e sentem-se responsáveis por estas respostas, quando acabam por pegar no colo, segurar e alimentar o filho.

A estrutura hospitalar e principalmente as CTIs que atendem recém-nascidos de alto risco, devem ter uma abordagem mais atenta à dimensão emocional e mental dessas relações. Nessas unidades, são hospitalizados prematuros, recém-nascidos de baixo peso ou que apresentam problemas ao nascer, necessitando uma hospitalização muitas vezes prolongada, submetendo-se à intervenções técnico-terapêuticas agressivas e que favorecem e podem promover a separação física da mãe e filho. Embora, em muitas locais de cuidados ao recém-nascido, se proporcione algum contato, a presença nem sempre é estimulada e acompanhada para se avaliar a **qualidade desta presença**.

As estruturas hospitalares, conforme relatam Cresti e Lapi (1997), por meio de características de seu funcionamento, podem inserir-se como um terceiro elemento numa comunicação em tríade. Desta maneira, têm a possibilidade de influir, de forma direta ou indireta, na qualidade da relação que está se estabelecendo entre a mãe/filho/família, favorecendo ou entervando o desenvolvimento das capacidades de interação<sup>2</sup> de cada um dos parceiros.

---

<sup>2</sup> Interação: É o nome genérico usado para todo um conjunto de processos de comunicação que toma lugar entre os seres humanos. A interação ocorre em qualquer situação da vida cotidiana e permite, tanto aos seres humanos quanto aos grupos, dividir experiências, significados e refletirem sobre saúde-doença. É parte integrante do processo de viver, porque ela permite compartilhar. (Monticelli, 1997)

Salientam Paterson e Zderad (1979, p.23),

*Para ofrecerle una presencia genuina a otros, tiene que existir dentro de la persona la convicción de que dicha presencia es valiosa y produce un cambio en la situación. Si para la enfermera esto es valioso, lo ofrecerá en su situación del cuidado de otros.*

Cresti e Lapi (1997) enfatizam que o hospital representa uma estrutura que cuida, apoia e responde às necessidades de dependência, tanto da mãe como dos bebês e suas famílias, ajudando a mulher a organizar uma relação com seu filho. Esses autores, utilizam o termo *envelope que contem e protege*, a dupla mãe/bebê, quando abordam essa função desenvolvida pelo hospital, o qual oferece a essa dupla um apoio físico e psicológico que pode ser comparado àquele que a mãe, por sua vez, dá ao recém-nascido, para permitir que viva e se desenvolva.

Segundo estes autores, essa terminologia - de *envelope* - refere-se a uma multiplicidade de acepções, no sentido de oferecer às mães e seus bebês, as condições favoráveis para a identificação primária com um *objeto suporte*, pelo qual a dupla sente-se sustentada.

A equipe de saúde empenhada em oferecer um suporte tangível à diáde mãe/filho, não atua querendo substituí-la completamente, mas dando-lhe a possibilidade de expressar suas próprias capacidades. Nesta situação, a mãe com seu recém-nascido são cercados pela **presença** discreta e não intrusiva da equipe.

A promoção da **presença** deve ocorrer continuamente e uma oportunidade para isto é quando os pais e familiares visitam o filho. Conforme refere Morsch (1997, p.486), a visita ao recém-nascido não pode ser uma visita social, *ela envolve uma preocupação terapêutica e psicoprofilática. (...) Não é por acaso que um bebê humano é muito pequeno para sobreviver sozinho. Ele precisa de alguém, que se faça presente, que cuide dele de forma afetiva, carinhosa e que se preocupe com ele. É isto que determina o processo de interação afetiva e seu desenvolvimento como indivíduo.*

Winnicott (1996) diz que o recém-nascido tem necessidade vital que alguém facilite os estágios iniciais dos processos de desenvolvimento psicológico ou psicossomático. Ele refere que deve haver um *ambiente de facilitação*, que deve ser humano e pessoal. Este ambiente, se possuir características boas, proporcionará condições para que o



recém-nascido possa alcançar resultados favoráveis em relação ao seu desenvolvimento físico e mental.

Inclui-se nessas características, conforme aponta Winnicott (1996), a *integração*, que implica em harmonia no relacionamento mãe/filho, pois ocorre uma identificação da mãe com o recém-nascido e vice-versa. O oposto da integração - a *desintegração* - é uma das ansiedades mais inconcebíveis e que é evitada através de cuidados que são prestados por um adulto.

Winnicott (1996. p.30), ainda complementa essa integração, como sendo uma identificação com o bebê, como *um ir ao encontro das necessidades dele e de segurá-lo*. Segundo este autor, o ato de segurar é o protótipo de todo o cuidado com o bebê. Comenta que (...) *um bebê a quem seguram bem é diferente de outro, cuja experiência de ser segurado não foi de forma positiva (...) o qual pode ficar com 'algum grau de primitiva agonia'*.

Práticas que favoreçam o relacionamento caloroso entre mãe e filho, precisam ser valorizadas e estimuladas, pois facilitam o desenvolvimento da relação entre eles. Estas práticas podem, segundo Oliveira (1998, p.18), ser sistematizadas ou não. Conforme esta autora,

*Humanizar não consiste somente na providência de sistemáticas ambientais de trabalho, consideradas convencionalmente como práticas humanizadoras, mas implica sim, em sensibilidade de pessoas para o envolvimento, e então, flexibilidade e singularidade para olhar as situações de enfermagem quando se trata de mães e recém-nascidos.*

O Projeto Canguru também denominado Cuidado Canguru é um programa para bebês de baixo peso e um exemplo dessas práticas sistematizadas. Foi adotado inicialmente em Bogotá, no Hospital San Juan de Dios e consiste em manter o bebê em contato pele a pele com a mãe, em posição vertical na região torácica entre os seios, ao invés de mantê-lo em incubadora ou berços.

Conta com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e incentiva as mães a permanecerem no hospital e a cuidarem dos seus filhos prematuros e/ou de baixo peso em suas próprias casas, quando em condições de alta hospitalar.

Vários centros médicos incorporaram este método, as vezes modificado, no atendimento ao recém-nascido prematuro ou enfermo.

Em estudos realizados por autores como Anderson e Hurst citados por Tamez e Silva (1999), foram documentados muitos benefícios do contato pele a pele como: maior apego materno ao recém-nascido, mais rápido ganho ponderal, alta hospitalar antecipada e um aumento da produção do leite materno.

O início do procedimento varia de acordo com a idade gestacional, peso, tipo de doença, condições gerais do recém-nascido e com a disponibilidade e desejo da mãe em realizá-lo. É necessário para o sucesso deste método, que a equipe de saúde esteja bem informada sobre os benefícios, desenvolvendo protocolos, critérios e rotinas específicas para que este método seja individualizado.

Um dos objetivos da prática de Cuidado Canguru é a elevação dos índices de aleitamento materno. As vantagens do leite humano têm sido objetos de estudos nos últimos anos. As propriedades nutricionais, físicas, fisiológicas, microbiológicas e imunológicas do leite materno são muito importantes para os bebês de risco internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo, que comprovadamente têm maiores riscos de comprometimento em seu processo de saúde-doença, durante a internação e após a alta.

Vários autores que estudam o relacionamento mãe-filho, não utilizam com ênfase o termo **presença**, quando se referem à maternagem, vínculo, apego. Mas, essa **presença** é evidenciada implicitamente quando esse assunto é abordado. Não há formação de apego sem que as pessoas envolvidas façam-se presentes.

A **presença** é fundamental, não sendo eficaz somente a presença física, mas aquela que envolve mental e emocionalmente, sentimentos de *estar junto, de torcer por, lutar por e lutar com*.

Ao recebermos um recém-nascido para nossos cuidados, é prioritário lembrarmos que ele não existe sem sua mãe e que esta traz consigo o companheiro e seus familiares, de quem necessita e espera apoio, atenção e a possibilidade de partilhar todas as suas experiências no momento. O bebê tem sua história, que é aquela do seu grupo familiar, com sua dinâmica familiar e seus integrantes, com seus papéis e funções.

É importante que a equipe de saúde se preocupe e mantenha atenção com o atendimento das necessidades da família, para preservar, na criança, sua capacidade de desenvolvimento de vínculos familiares, que lhe garantam a evolução satisfatória como ser humano.

Esse bebê deve enfrentar sua situação de doença da maneira menos invasiva e destrutiva possível e se relacionar e retornar ao grupo familiar de forma tranqüila, prazerosa e com o mínimo de seqüelas. Ele precisa sobreviver, mas da forma a mais saudável possível. Para tanto, deve-se estimular e preservar um relacionamento afetivo, que pressupõe a **presença de boa qualidade** da família e da equipe de saúde, sendo estas, as maiores facilitadoras desse processo.

Em relação à dimensão relacional e afetiva do cuidado, Petitat (1998, p.11) refere que ela implica em certos valores e sentimentos, como:

*(...) a atenção ao outro (com o qual a gente se preocupa, se inquieta), o engajamento (o fato de se sentir comprometido, interessado), o respeito (que consiste em levar o paciente em consideração, em respeitá-lo) e, enfim, a afeição (ternura, doçura, maternagem).*

Segundo Silva (1998, p. 208), a relação é uma dimensão do cuidado que é influenciada pela forma de expressividade e pelo saber fazer, e que é caracterizada por uma *relação de ajuda*. Neste sentido, a autora complementa que *a qualidade do cuidado está diretamente relacionada a um contato mais próximo e à qualidade da relação, os quais, por sua vez, poderão influenciar a recuperação do ser que é cuidado*.

Essa relação de ajuda é expressa no envolvimento, no qual se dá a interação, sendo que, esta pode variar de superficial até a uma forma mais profunda. Segundo, ainda, essa autora, o que parece distinguir esses extremos da interação é a *criação de vínculos, uma ligação de intimidade, com reciprocidade (...)*.

Esta intimidade se dá pela proximidade do cuidador com o ser que é cuidado. Entretanto, essa proximidade nem sempre reflete a formação de vínculos, pois pode-se estar próximo, mas não envolvido.

Ainda, Silva (1998, p.220) refere que determinadas formas de expressividade são importantes para manter uma boa qualidade no cuidado e essa expressividade está ligada às formas de *demonstrar afeto, de estar presente por inteiro, de valorizar o ou-*

tro. A demonstração de afeto é identificada como uma forma de expressar o cuidado e que envolve demonstração de amor, carinho e amizade.

Segundo esta autora, essas formas de expressividade são vistas pelos envolvidos no cuidado, como *uma presença dinâmica do ser que transforma e ajuda o outro a transcender a sua condição de penúria, de dor e sofrimento*, e podem assumir os mais diferentes formas de expressão, como um simples gesto, um toque, um estar atento, um olhar e um sorriso carinhosos.

O estar presente é outra forma de expressividade, ligada à demonstração de afeto, e que não se dá de forma desinteressada e ao acaso, mas requer certa intenção, certo interesse e uma disponibilidade ao outro.

Segundo Gilje (1992), o estar presente significa uma forma essencial de cuidado, sem a qual ocorre o comprometimento da própria essência da enfermagem.

A relação de cuidado ao recém-nascido emerge como sendo uma relação de parceria, na qual as responsabilidades precisam ser compartilhadas, pelos pais/familiares e equipe de saúde, especialmente a equipe de enfermagem, na promoção de sua recuperação e do seu crescimento e desenvolvimento

## CAPÍTULO III

### DEFININDO O MARCO CONCEITUAL

*Se o homem aceitasse sempre o mundo como ele é, e se, por outro lado, aceitasse sempre a si mesmo em seu estado atual, não sentiria a necessidade de transformar o mundo ou de transformar-se. O homem age conhecendo, do mesmo modo que se conhece agindo.*

*Vazquez*

Neste capítulo apresento dados sobre o marco conceitual proposto, enfatizando os pressupostos e os conceitos, elaborados e baseados em alguns autores da literatura da área e em minhas crenças e valores. Exponho ainda, alguns aspectos referentes ao Processo de Educar para o Cuidado, utilizado com equipe de enfermagem da CTI, através de uma prática assistencial de enfermagem.

A construção de uma estrutura conceitual, apropriada à abordagem de enfermagem desenvolvida neste estudo, foi elaborada com fundamentos teóricos baseados na revisão de literatura, bem como nas minhas crenças, especialmente no que se refere à importância da **presença da equipe de enfermagem, dos pais e outros familiares no cuidado do recém-nascido de alto risco de uma CTI Pediátrica.**

Estas crenças são um desvelamento do meu modo de pensar e de sentir, sustentadas por autores que tive contato através de bibliografias, durante esta trajetória, diante da experiência de conviver com a equipe de enfermagem e familiares, o cuidado do recém-nascido internado em CTI. Desta proposta emergiram conceitos, que foram aperfeiçoados durante o Processo de Educar para o Cuidado desenvolvido neste estudo.

Para um melhor entendimento do que é um marco conceitual achei pertinente rever alguns conceitos e definições.

Os marcos conceituais se constituem em elementos prioritários e de referências fundamentais tanto para a prática da assistência da enfermagem, quanto para a aquisição de novos conhecimentos, no sentido de consolidar seu saber.

A orientação dos professores responsáveis pelo planejamento das disciplinas do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, assim como todos aqueles que ministraram aulas, para que fosse aplicado uma teoria ou um marco conceitual que se adequassem a um problema em estudo, associada ao conhecimento adquirido através de leituras ou seminários, permitiram uma conscientização sobre a importância das teorias ou de conceitos, na nossa prática profissional.

Vários autores apresentam suas definições e considerações, entre eles citamos: Fawcet (1984), Neves e Gonçalves (1984), Trentini e Dias (s.d.), Patrício (1990), Penna (1994).

Fawcet, referenciada por Souza (1984, p.10) diz que *modelo ou marco conceitual, refere-se à idéias globais sobre indivíduos, grupos, situações e eventos que possam interessar uma disciplina.* Fawcet, refere que esses modelos podem nascer a partir de observações e de *insights* intuitivos ou de deduções criativas e que eles existiram desde que o homem começou a pensar sobre si mesmo e sobre todos os acontecimentos que o cercam.

Conforme Trentini e Dias (s.d., p.9), o marco conceitual é entendido como sendo *um conjunto de conceitos definidos e interrelacionados formando uma estrutura abstrata e tendo como característica principal, a coerência intra e entre suas partes formando uma totalidade*. Trentini e Paim (1999, p.53) corroboram essa definição, referindo que *o marco é conceitual quando os conceitos se articulam com outros conceitos, que não são componentes de uma teoria ou são apenas parte dos conceitos da teoria*.

Jacobs referenciada por Trentini (s.d.) define conceitos como abstrações ou imagens mentais de objetos, propriedades ou eventos que simbolizam a realidade. Segundo ela, um conceito pode ter diferentes significados pois, duas ou mais pessoas podem ter uma percepção diferente do mesmo conceito.

O marco conceitual é considerado por Neves e Gonçalves (1984, p. 210) como:

*a ligação entre teoria e pesquisa, a partir do corpo de conhecimentos existentes, em determinada área problema, e dá seleção de conceitos ou proposições de uma teoria para testagem na prática através da pesquisa, ou da exploração de conceitos visando a formulação de proposições.*

Podemos considerar o que Penna (1994, p.81) refere sobre conceito: *o conceito está sempre em desenvolvimento, caracterizado pelas condições suficientes e necessárias que o compõe, dentro de um contexto específico em estreita relação com ele*.

Patrício (1990) refere que uma estrutura conceitual reflete a combinação de crenças, valores, experiências, objetivos, conhecimentos e práticas, que se tem sobre determinado fenômeno, que guiam as decisões daqueles que a estão utilizando para que suas intenções sejam alcançadas.

A utilização de marcos conceituais, segundo Leopardi (1998, p.13) possibilita aos profissionais da enfermagem ampliar os conhecimentos e refletir sobre a profissão. Como o conhecimento é um instrumento para o trabalho, é preciso considerá-lo, para que, conforme esta autora,

*A prática não se torne uma mera prescrição, condicionada a modelos que não respondam as questões que formulamos sobre o que fazer, como e porque fazer, quando nos deparamos com situações que demandem ações de enfermagem.*

### 3.1 Apresentando os pressupostos

Os pressupostos que direcionaram a prática foram:

- O ser humano, representado pelo recém-nascido de alto risco é um ser único, com toda sua especificidade e subjetividade e é especial dentro do ambiente da CTI onde encontra-se internado.

- O recém-nascido, no seu processo de evolução, percorre etapas de crescimento e desenvolvimento, que são influenciadas pelos recursos do ambiente, assim como recursos físicos, mentais, sociais, culturais e biológicos. Esses recursos permitem ao recém-nascido de alto risco enfrentar sua situação de saúde/doença, da melhor maneira possível, para manter e promover seu crescimento e desenvolvimento.

- A família pode ser um recurso que contribui para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, sendo fundamental o envolvimento da enfermagem com os familiares no sentido de promover uma presença de qualidade junto ao bebê.

- O nascimento de um filho antes do tempo ou que apresente algum problema de saúde que o faça permanecer internado numa CTI é uma experiência dolorosa para os pais e familiares e é um fator de risco, que pode influenciar no processo de formação do vínculo. Esse vínculo/apego se faz com a convivência e é um processo contínuo de adaptação das necessidades dos familiares e do recém-nascido e que influencia na sua situação de saúde/doença e no seu crescimento e desenvolvimento.

- Não há formação de apego sem que as pessoas envolvidas se façam presentes.

- Os momentos oportunizados durante a internação hospitalar entre o recém-nascido e seus familiares favorece o vínculo afetivo dos mesmos.



- O momento das visitas deve ser valorizado pela equipe de saúde pois é um dos melhores momentos para observar e avaliar a relação dos pais com seus bebês.

- Todo o recém-nascido necessita de alguém que se faça presente e que cuide dele. Da mesma maneira, a família e especialmente a mãe, necessita da presença de alguém para apoiá-la nos momentos difíceis que se apresentam neste período de internação em uma CTI.

- A **presença** é uma experiência interhumana e que faz parte do ato de cuidar. É um recurso que a enfermagem e os familiares dos recém-nascidos de alto risco dispõem para tornar as situações de cuidado satisfatórias, promover o crescimento e desenvolvimento e preservar a capacidade de relacionamento afetivo do bebê.

- A equipe de enfermagem, apesar das dificuldades que se apresentam no cotidiano da profissão, tem um potencial muito rico, disponibilidade e empenho para ampliar seus conhecimentos, no sentido de buscar, cada vez mais, a melhoria da assistência de enfermagem.

- O enfermeiro é alguém que acredita nas pessoas, no seu potencial para mudanças e apesar do domínio de conhecimentos que possa ter, admite que não sabe tudo e portanto, também aprende.

- A educação em saúde é uma prática social. O enfermeiro através da utilização do Processo de Educar para o Cuidado, interage com a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, estimulando-a a interagir com a família, promovendo a confiança de seus membros e sua **presença** na CTI.

- A Enfermagem dirige-se às pessoas e como estas constituem-se no objeto de sua atenção e cuidados, ela integra um quadro de referência ligado ao respeito pela dignidade da pessoa e a concepção da verdade. A dignidade do paciente e sua família deve ser respeitada, mesmo quando for criança ou recém-nascido, esclarecendo sobre tudo o que for feito, com o intuito de minimizar a agressão física e emocional a qual estão sendo submetidos.

### 3.2 Apresentando os conceitos

Para composição deste marco conceitual utilizei como referencial, conceitos de vários autores. O marco foi constituído pelos conceitos centrais de **Ser Humano, Saúde-Doença, Ambiente, Enfermagem, Família, Cuidado**.

Os conceitos específicos são: **Recém-nascido de alto risco, Família do recém-nascido de alto risco, Presença, Processo de Educar para o Cuidado**.

O conceito de **crescimento e desenvolvimento** foi colocado como complementar.

É importante salientar que alguns conceitos foram descritos separadamente, mas que há uma inter-relação entre os mesmos, de acordo com o tema proposto, que é a **presença da equipe de enfermagem e da família no cuidado ao recém-nascido de alto risco de uma CTI Pediátrica**.

O **ser humano** é um ser social, cultural, singular. Conforme Freire (1979, p.27), esse ser humano é capaz de criar, recriar e transformar o mundo e a si próprio, na busca contínua de *ser mais*. Está em permanente processo de construção e a cada momento do seu existir, educa-se, na busca constante deste *ser mais*. Ele é um conjunto de possibilidades, que vai se transformando no decorrer de sua existência e portanto não é algo pronto, *é completo, mas inacabado*.

Segundo Patrício (1996, p.47-48), o ser humano vem ao mundo com possibilidades de *ser, estar, fazer e ter* e necessita dos cuidados dos adultos não somente para crescer e se desenvolver, mas também para transcender. Segundo essa autora esse ser,

*Desde seu nascimento se expressa no mundo pelos seus desejos, necessidades, buscas, criações, satisfações, produções, dores e prazeres. Torna-se, em nível crescente de complexidade, um ser cultural-social e espiritual através das interações que vai fazendo no processo de viver. É racional e sentimental (...)*

O ser humano evolui em velocidade variável, conforme suas capacidades, para adquirir uma aprendizagem, o mais complexa e o mais completa possível. É suscetível às influências dos elementos de todo o ambiente, relaciona-se com os outros,

resultando deste relacionamento, recursos ou limitações. Segundo Freire (1979, p. 30), estas relações *não se dão apenas com os outros, mas se dão no mundo, com o mundo e pelo mundo.*

Conforme Patrício (1990), no seu processo de evolução o ser humano percorre etapas de crescimento e desenvolvimento que são condicionadas ao sexo, classe social, cultura, características biológicas.

**Crescimento e desenvolvimento** do ser humano é o processo de viver continuamente, como um todo, que resulta de um conjunto de fatores que se relacionam ao ambiente físico, social, cultural e biológico e que sofrem influências, principalmente da família.

Caracteriza-se pelo crescimento físico do corpo e pela capacidade progressiva do ser humano de realizar tarefas de diferentes complexidades durante sua vida. No seu processo de viver o ser humano necessita de cuidados, sendo que o atendimento dessa necessidade é fundamental para que esse processo tenha continuidade para garantir a vida.

Patrício (1996, p.50) refere que as necessidades do ser humano são *eventos essenciais à vida e ao bem-viver, incluindo o morrer.* (...) E, que os recursos do ser humano são fatores fundamentais para o atendimento de suas necessidades. Esses recursos decorrem de sua hereditariedade, cultura, da qualidade do seu processo de crescimento e desenvolvimento. O ser humano é componente de uma família, necessita de cuidados e a medida que cresce e se desenvolve pode executar cuidados. É capaz de pensar, agir, criar, buscar e manter recursos do ambiente para atender suas necessidades.

**Ser humano recém-nascido** é entendido como a criança, do seu nascimento até o 28º dia de vida. É um ser único, com toda sua especificidade e subjetividade.

Patrício (1990, 1996) refere que recém-nascido é o ser humano que acabou de nascer para a vida social e que se desenvolverá e crescerá em ambiente diferente daquele em que foi gerado, embora, o seu processo de transformação já ocorra no útero, seu primeiro ambiente.

Essa transformação é dependente das interações que a mãe mantém com o mundo natural e social, apoiada pelo pai do recém-nascido e/ou outros familiares. Neste marco, é considerado recém-nascido, toda criança que tiver até trinta dias de vida.

**Recém-nascido de alto risco** é definido por Whaley e Wong (1985), como aquele recém-nascido que, independente de sua idade gestacional ou peso de nascimento, tem maior chance de adoecer ou morrer, relacionada às condições que alteram o curso normal de eventos associados ao seu processo de nascimento, que para efeitos desse estudo, compreende o período de parto em si até que a criança complete um mês de vida.

Conforme Pursley e Cloherty (1993), condições maternas e fetais, condições associadas ao trabalho de parto e ao parto, e neonatais imediatas que interfiram no processo de nascimento, representam riscos fetais e neonatais. Essas condições são representadas por prematuridade, asfixia, baixo peso de nascimento, anomalias cromossômicas, infecções, retardo no desenvolvimento, entre outras, que afetam recém-nascidos de alto risco.

O ser humano vivencia situações de **saúde-doença**, as quais sofrem influência de fatores internos e do ambiente físico e social, em um determinado tempo e espaço. A saúde e a doença permeiam todo o processo de crescimento e desenvolvimento, e portanto, permeiam também o processo de nascimento, o qual representa um momento especial do processo de viver.

Conforme Patrício (1996, p.51), *estar* ou *ser doente* é sentir limitações para atender necessidades de *bem-viver*, ou mesmo apenas *viver*. Esses momentos são chamados de *Situações de Saúde-Doença*, as quais são expressadas verbalmente ou não-verbalmente, através de queixas e sinais do corpo, nas atitudes interacionais com o ambiente. O recém-nascido de alto risco internado na CTI, na maioria das vezes, não consegue ou tem dificuldade de expressar explicitamente sua situação de estar neste ambiente.

Neste marco, é considerado um ser humano liminar, que se encontra numa fase de vida liminar, mas que apesar de sua situação peculiar, pode interagir com as pessoas e com o meio. Na sua situação de saúde-doença é considerado na CTI pediátrica, um ser especial e que depende da equipe de saúde e da **presença** de boa qualidade dos familia-

res e dos recursos ambientais disponíveis, para superar sua condição, prevenir agravos de saúde física e mental.

A saúde e a doença são vivenciadas no processo de crescer e se desenvolver, e podem ser influenciadas por outro ser humano, embora possam se mostrar distintas de um indivíduo para outro, pois cada um tem suas características biológicas e ambientais, em constante dinamismo, que se apresentam através de todo o seu processo de crescimento e desenvolvimento.

O recém-nascido de alto risco internado em CTI necessita de cuidados específicos, que estão ligados à saúde-doença, e que têm o sentido de proteção física e emocional e de integração à vida familiar.

**O ambiente** é constituído por todos os seres humanos e as relações existentes entre eles. É o meio físico, social, educacional, cultural, econômico e político, onde o ser humano vive, e portanto, onde a enfermagem, o recém-nascido e a família estão inseridos, interagindo dinamicamente, necessitando ou prestando cuidados.

O recém-nascido de alto risco encontra-se no ambiente da CTI, o qual possui recursos, que constituem-se em elementos que podem influenciar na sua situação de saúde-doença. Nesse ambiente, a família do bebê internado, interage com outras pessoas, em especial a equipe de enfermagem, em condições de afetividade ou interesse, em um processo dinâmico e contínuo. A equipe de enfermagem busca em suas ações do cotidiano, auxiliar o recém-nascido e sua família a superar as dificuldades vivenciadas durante o processo de nascimento. Nessa experiência, esses seres humanos transformam o ambiente, ao mesmo tempo que são transformados por ele.

Pelo fato de os recém-nascidos serem extremamente dependentes dos adultos no início de suas vidas, eles são afetados por tudo o que acontece. Conforme Winnicott (1996), eles não teriam a compreensão que teríamos, se estivéssemos no mesmo lugar em que eles se encontram, mas estão o tempo todo tendo experiências que se armazenam em sua memória, de uma forma capaz de dar-lhe confiança no mundo ou deixá-los com a falta dela. Essas experiências implicam na **presença de boa qualidade** dos familiares, sentir o cheiro deles, ouvir sons que lhe transmitem a vivacidade e a vida que há no meio ambiente, as cores e os movimentos, de tal forma que o recém-nascido não seja deixado só com seus próprios recursos.

Winnicott, ainda, comenta que com uma assistência satisfatória, e aí incluo, a **presença** satisfatória da família, apoiada pela equipe de saúde, alguns sentimentos negativos podem se transformar em experiências positivas. A maioria dos recém-nascidos quando recebe uma boa assistência, se sente satisfeito em conhecer e confiar em outras pessoas. Com base nestas experiências, ele torna-se capaz de reagir às exigências que a mãe/pai ou familiares, e o meio ambiente, devem começar a fazer-lhe, mais cedo ou mais tarde.

No caso da maior parte dos bebês, o fato de serem desejados, amados e cuidados pela mãe, pais e demais membros da família, fornece-lhes o contexto no qual cada recém-nascido tem a oportunidade de tornar-se um ser humano, realizar sua auto-organização, não apenas cumprindo seu destino, seguindo o legado hereditário, mas também, identificando-se com outros seres humanos e com as coisas do meio ambiente.

A **família** encontra-se inserida no ambiente e segundo o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAN-UFSC, 1999) é definida como,

*Uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, e convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços de consangüinidade, de interesses ou afetividade. Reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por uma cultura e nível sócio econômicos. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde, e outras instituições em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo do seu processo de viver.*

Conforme Patrício (1990), a família é uma unidade que necessita cuidados de saúde mas é também, prestadora desses cuidados. A família pode ser um recurso que contribui para o crescimento e desenvolvimento de seus membros mas, pode também ter um papel limitador. Ela pode fazer isto através de imposição de normas e tarefas, não provendo recursos para suprir as necessidades de crescimento e desenvolvimento adequados. Cada família tem suas próprias opiniões sobre o estado de saúde, de doença e tem suas próprias atitudes no que se refere ao cuidado de si e de seus membros, o que

pode interferir de algum modo, no processo de saúde-doença do recém-nascido internado na CTI.

**A família do recém-nascido de alto risco** de uma CTI Pediátrica está imbuída no cotidiano complexo de uma Unidade de Cuidado Intensivo e experencia, o estar junto com o seu filho e com outras pessoas, se relacionando com a equipe médica, de enfermagem, com os outros pais e com os artefatos tecnológicos que compõem essa unidade.

Patrício (1990) refere que a família pode abrir-se ou fechar-se para essas experiências, facilitando ou prejudicando o processo de cuidado na situação de saúde-doença do filho. É munida de recursos físicos, psíquicos, socioculturais e de ambiente físico que são utilizadas para reorganizar suas vidas, desenvolver vínculos e afetividade e criar situações para se fazer **presente** no processo de saúde-doença do recém-nascido de alto risco.

Esses recursos podem ser influenciados pelos sentimentos experienciados pelos pais e outros familiares, na situação de estar com o filho doente na CTI. Esta situação pode prejudicar seu relacionamento com o bebê e com a própria equipe de enfermagem, afastá-los do ambiente da CTI, comprometendo a qualidade de sua presença.

Há no caso do ser humano, segundo Furter (1970), um nascimento prematuro, mesmo no caso de nascimentos à termo, no sentido de que, sem a **presença** e o cuidado dos pais e de outros responsáveis, a criança não tem condições de aperfeiçoar sua evolução. Baseada nesta prematuridade é que a infância tem uma importância tão grande para toda a existência e, o recém-nascido, principalmente de alto risco internado numa CTI, necessita de alguém que o ampare, em sua situação de saúde-doença.

A **Enfermagem** segundo Boehs (1994), está comprometida com o cuidado e ao prestá-lo, reconhece que a família também pode cuidar, tendo sua própria visão de saúde, doença e cuidado e que pode influenciar o processo de saúde-doença vivenciado pelo recém-nascido que necessita ficar internado na CTI.

A enfermagem poderá ser a mediadora para manter, repor ou aumentar os recursos físicos, psíquicos e socioculturais e de ambiente físico do recém-nascido de alto risco e sua família, necessários para a promoção da **presença** dos familiares na CTI.

A enfermeira, juntamente com sua equipe, possui conhecimentos e habilidades próprias para auxiliar o recém-nascido e sua família a enfrentar e tolerar as situações que se apresentam no seu processo de saúde-doença, possibilitando a participação e **presença** da família no cuidado e facilitando o processo de crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Nesse processo, a enfermagem se faz presente, interagindo com o recém-nascido, seus pais e outros familiares, compartilhando significados, crenças, normas e valores. Com isso, pode influenciar no processo de saúde-doença, auxiliando na reorganização dos pais e familiares, na sua adaptação ao ambiente de CTI, promovendo o desenvolvimento do apego com seu bebê.

Conforme Paterson e Zderad (1979), a enfermagem é vista como corpo profissional, dotado de conhecimentos e habilidades específicos, no desenvolvimento de ações interativas no processo de cuidar de seres humanos.

É uma profissão na qual há um *diálogo vivido*, através das ações de enfermagem. Essas ações podem ter significados diferentes para a equipe de enfermagem e o cliente, servindo para abrir ou desviar o sentido do diálogo. Este diálogo é caracterizado como um processo de *nutrição*. A enfermagem e outra pessoa relacionam-se de forma criativa, através do encontrar-se, relacionar-se, do compartilhar e o **estar presente**. Enfermagem é um *estar e fazer com*.

No meu entender, esse processo de nutrição equívale ao utilizado por Patrício (1996), quando se refere à enfermagem - *Nursing* - como *nutrir, cultivar a vida*.

Considero a enfermagem uma profissão cujas pessoas que a abraçam o fazem movidas pelo ideal de **estar presente** ao outro, respeitando sua individualidade ao cuidá-lo, ajudando-o a crescer e a se desenvolver. Para isso, o cuidador de enfermagem, necessita desenvolver-se no sentido de adquirir conhecimentos e habilidades técnico-científicas, estéticas, éticas e humanas, que viabilizem a relação de cuidado ao ser humano.

Os constantes avanços tecnológicos e científicos têm trazido para os profissionais da área da saúde, em especial para a enfermagem, muitas preocupações e uma necessidade de ajustamento e conhecimento destas tecnologias. Há uma discussão em relação aos papéis do enfermeiro e dos outros componentes da equipe de enfermagem,



no que se refere às atividades e condutas vinculadas não somente à assistência aos pacientes e suas famílias, mas também ao ensino e à pesquisa.

O **código de ética** dos profissionais da enfermagem afirma que esses profissionais respeitam a vida, os direitos e a dignidade da pessoa, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza, assegurando ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência; cumprem e fazem cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercendo a Enfermagem, com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

O código de ética da profissão de enfermagem está centrado na clientela e pressupõe que os trabalhadores estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade, sem riscos e acessível à toda a população.

Nos meus pressupostos coloquei que a enfermagem dirige-se às pessoas e como as pessoas constituem-se no objeto de atenção e cuidados da profissão, ela integra um quadro de referência ligado ao respeito pela dignidade da pessoa e a concepção da verdade. Enfatizo minha crença de que a dignidade do paciente e sua família deve ser respeitada, mesmo quando for criança ou recém-nascido, esclarecendo à criança, quando possível, ou a seus familiares, sobre tudo o que for feito, com o intuito de minimizar a agressão física e emocional a qual estão submetidos.

A equipe de enfermagem que vivencia o cotidiano de uma CTI Pediátrica, compartilha, com os bebês que estão sob seus cuidados e seus familiares, momentos críticos de suas vidas, como de dor, tristeza, solidão, angústia, perda, sentimentos de impotência e desalento, associados ao estado de saúde do filho. Por outro lado, há o compartilhamento de momentos de alegria, crescimento, auto descoberta, de renascimento, de esperança, quando esse recém-nascido, se recupera, vence as dificuldades, supera os obstáculos e consegue receber alta da CTI.

Essas experiências vivenciadas pelo profissional de enfermagem, no cuidado ao recém-nascido de alto risco são permeadas de intersubjetividade, de significados compartilhados, os quais passam a fazer parte, da subjetividade de quem cuida e de quem é cuidado. Essa troca, proporciona um crescimento mútuo, uma lição de vida.

O **cuidado** refere-se às atividades de assistência direta ou indireta, dirigidos ao ser humano individualmente, à família, grupo ou comunidade, em situações de saúde-doença.

Segundo Patrício (1994), os atos de cuidar ajudam, protegem, desenvolvem e reduzem conflitos e estresses, sendo influenciados pela cultura, pelo conhecimento, pelo nível de desenvolvimento, pela afetividade com a pessoa que necessita de cuidado.

O cuidado é um processo interativo, dinâmico, de envolvimento e coresponsabilidade entre a enfermagem e a família do recém-nascido, sendo compartilhados os conhecimentos, hábitos, sentimentos, valores, crenças, costumes, propiciando uma relação autêntica.

Ao cuidar, a equipe de enfermagem, reconhece, utiliza e estimula os recursos físicos, socioculturais e de ambiente físico que o recém-nascido de alto risco e sua família possuem para superar sua condição de saúde-doença e promover a **presença**, tanto dos familiares como dela própria, auxiliando a promover seu bem estar e recuperar a saúde.

O cuidado, para Mayeroff (1971) é um processo que envolve desenvolvimento, relacionando o cuidar, como *auxiliar a crescer e a se realizar*. Neste processo de ajudar o outro a crescer, a pessoa que recebe a ajuda, também poderá vir a cuidar de algo ou de alguém, assim como de si mesmo. Neste processo de crescer, o ser humano, descobre suas capacidades, adquire novas experiências e idéias, seleciona seus valores e ideais.

Em seus estudos, Mayeroff (1971) apresenta alguns ingredientes do cuidar, tais como a necessidade de conhecer o outro ser, tanto de suas potencialidades como suas limitações; o alternar ritmos, que é explicado como a capacidade do cuidador de ter atitudes mais flexíveis. Ainda, ressalta como *ingredientes importantes* do cuidar, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem.

Esses ingredientes do cuidar implica na participação perceptiva com o outro, em estar aberto para si e para o outro, percebendo se o cuidado ajuda ou impede o crescimento. Ainda, em permitir e acreditar que o ser cuidado crescerá em seu próprio ritmo e época apropriada, assim como possibilitar o outro de vir a crescer através desta relação de cuidado.

Patrício (1996) refere com propriedade que *cuidar é cultivar e nutrir a vida* e relaciona vários componentes do cuidar-cuidado, que têm origem em diversos estudos na literatura (Patrício e Bohes,1988). A composição desse construto, pelas autoras, representa os objetivos, ações e modos de cuidar direto e indireto e que, no meu entender, são relevantes para o Processo de Educar para o Cuidado, no sentido de proporcionar e facilitar o processo de interação, promovendo a **Presença-Cuidado** dos pais e familiares e da própria equipe de enfermagem na atenção ao recém-nascido de alto risco.

Acredito que toda a proposta de assistência, que abranja ou não a pesquisa, englobe uma questão ética, de compromisso, de preocupação com as pessoas envolvidas, de respeito às crenças, valores e sentimentos.

Segundo Waldow (1996, p.170), a ética na enfermagem está associada à **presença do cuidado**, a qual inspira os cuidados, no momento de proporcionar conforto e apoio ao paciente e sua família. A verdadeira presença contribui para afirmar a pessoa, ou seja, os pacientes percebem a diferença quando são valorizados, respeitados como pessoas e não como objetos. Segundo essa autora, a ética está associada à presença, que é um dos componentes mais importantes do cuidado, sendo que o cuidado humano é considerado a própria ética na enfermagem.

Para Paterson e Zderad (1979), a **presença** é a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto e disponível para a outra pessoa. É uma experiência interhumana, na qual pode-se mais facilmente senti-la do que descrevê-la. Faz parte do ato de cuidar, sendo uma expressão da conduta do modo de *estar com* e de um *estar aqui*, que caracteriza o fazer da enfermagem.

Para oferecer presença à outros, deve existir dentro da pessoa a convicção de que essa **presença** é valiosa. Se para a enfermagem ela tiver valor, os profissionais, espontaneamente, a oferecem em sua situação de cuidado.

A **presença** pode ser um recurso que as pessoas têm e colocam a disposição para prestar o cuidado e facilitar a interação, contribuindo para amenizar e tornar mais suportável a situação de saúde-doença do recém-nascido de alto risco que necessita de CTI. A enfermagem e os pais e familiares desses recém-nascidos podem utilizar-se deste recurso para tornar as situações de cuidado satisfatórias.

No caso do recém-nascido e sua família, a enfermagem procura centrar-se nos seus modos de estar na situação de saúde-doença vivenciada na CTI, mediando uma relação com essas pessoas, considerando-as como uma **presença** e não como um objeto.

Estas constatações reforçam, ainda de acordo com Paterson e Zderad (1979), que a pessoa aberta ou acessível se manifesta como um ser **presente**. Isto não é a mesma coisa que estar atento, pois pode-se estar atento e não dar-se de si mesmo.

As ações visíveis não necessariamente significam **presença**. Essa **presença** pode se revelar sutilmente por um olhar, um toque, um timbre de voz.

Como as pessoas são sujeitos independentes e atuam com sua capacidade humana para abrir-se ou fechar-se, não existe garantia de uma disponibilidade e da presença necessária para um encontro satisfatório. A **presença** é única e se dá livremente.

Gilje (1992), ao estudar o conceito de **presença**, o define como uma troca inter e intra-subjetiva com o lugar, o objeto e a pessoa, que resulta em uma experiência plena de significado.

Segundo Costa (1991, p. 42), a **presença**

*É uma necessidade básica e é uma exigência constante para o desenvolvimento da personalidade e a inserção social de todo ser humano. Do início ao fim, a vida de cada um de nós se traduz num desejo constante de presença. Quando estes vínculos não existem, ou são demasiados frágeis e se rompem, todo o dinamismo se esvai. A vida torna-se absurda e vazia de sentido e a conduta se deteriora e degrada cada vez mais.*

A par destas considerações, considero de extrema importância que a equipe de enfermagem, promova momentos de **Cuidado-Presença**, e que esses possam ser experimentados na situação enfermagem/recém-nascido/família, dando significado a essa relação.

O marco conceitual específico para a elaboração deste estudo, foi desenvolvido com a intenção de orientar, envolver e estimular a equipe de enfermagem da CTI Pediátrica, para o **Processo de Educar para o Cuidado** do recém-nascido de alto risco, focalizado na **presença** dos familiares e da própria equipe de enfermagem.

Reportando-se à **Educação**, é de consenso geral que ela influencia, de maneira ampla e profunda, a existência do homem. Ela tem sido uma prática fundamental para

o desenvolvimento humano e tem um papel importante no próprio processo de humanização do homem e de transformação social. É prioritário que ela não seja somente praticada mas pensada, buscando seu significado e compreensão, em especial, no Processo de Educar para o Cuidado na enfermagem.

Nesse marco, a questão da educação se fundamentou na interação do enfermeiro pesquisador com a equipe de enfermagem da CTI Pediátrica e com os familiares e seus recém-nascidos, tendo como base os componentes do cuidar.

Não se pode admitir o cuidar sem que se considere o educar paralelamente, pois este intercâmbio promove momentos de troca de saberes, informações, sentimentos, tanto para o profissional da enfermagem, quanto para àquele que recebe o cuidado.

Segundo Freire (1979), a educação é um processo sustentado por uma concepção dialética, em que o educador e o educando aprendem juntos numa relação dinâmica, na qual a prática, orientada pela teoria, re-orienta essa teoria, num processo constante de aperfeiçoamento. A educação existe *para e pelo homem* pois este tenta sempre aprimorar-se e *ser mais* no mundo.

Freire (1979) aponta que a melhor maneira de refletir e pensar a prática é retornar à ela para transformá-la. Com o suporte de um processo educativo, ele pode transformar a realidade vivida. Na implementação deste processo é que a enfermagem pode veicular informações e experiências a respeito do processo saúde-doença.

Sendo a enfermagem uma atividade humana, não pode prescindir deste **Processo de Educar para o Cuidado**, pois esta profissão está sempre procurando e buscando *ser mais*. Creio que a educação faz parte do crescimento e desenvolvimento do ser humano e que acontece continuamente durante sua existência e em sua relação com os outros e seu ambiente.

Na prática da enfermagem há várias atividades educativas do cuidado a serem desenvolvidas, as quais devem ser revistas, pois não podem ser realizadas de modo somente a repassar as informações, mas visar a formação da autonomia intelectual do ser humano, para que ele possa intervir na realidade, analisando-a, compreendendo-a e transformando-a.

Para que isso seja possível é necessário questionar, dialogar, refletir sobre essas ações da prática diária, promovendo momentos de comunicação, de troca de saberes, de valores e crenças.

Segundo Saupe (1998), a comunicação é uma das necessidades sociais que dá suporte ao cotidiano das pessoas e dialogar é a satisfação desta necessidade, envolvendo outras pessoas.

Pey (1988, p.21) refere que o diálogo pode estabelecer-se de forma autoritária, quando não reconhecemos nossa própria ignorância, ou de forma dialógica, quando *uma pessoa compreende o que a outra está dizendo e pode responder*.

No caso do trabalhador da enfermagem, quando ele tem oportunidade de dialogar, de ser consciente, crítico, reflexivo e mostrar sua sensibilidade, ele torna-se um recurso para o desenvolvimento de suas possibilidades de gerir a vida de maneira mais saudável.

O **Processo de Educar para o Cuidado** é fundamentado na participação ativa do ser humano e portanto, a família juntamente com seus recém-nascidos e a equipe de saúde, especialmente a de enfermagem, são participantes fundamentais.

Os seres humanos devem participar no seu processo de viver, são responsáveis por ele e são mediadores deste processo. Segundo Pilon (1986, p.391),

*Todos os homens têm seu projeto de vida e podem desenvolver os recursos pertinentes a partir do que crêem importante e significativo para suas vidas. A tarefa da educação não é dizer-lhes o que é importante, mas facilitar as condições para que vejam eles mesmos a importância das coisas.*

Neste marco conceitual, esta ação educativa para o cuidado do recém-nascido de alto risco, tem o intuito de apreender a dimensão da **presença** da equipe de enfermagem e dos familiares desse recém-nascido, pois o fazer-se **presente** é um fator fundamental para a educação construtiva e participante. Esta aptidão não é inata. Pode ser aprendida, sempre que houver disponibilidade, abertura, sensibilidade, compromisso, sendo uma habilidade que se adquire pelo exercício cotidiano no trabalho educativo e assistencial.

Partindo dessa premissa, utilizei pressupostos da Pedagogia da Problematização, descrita por Bordenave (1994), na qual, o importante no processo educativo é a capacidade do sujeito-participante detectar os problemas reais e buscar alternativas criativas para solucioná-los ou amenizá-los. Ao observarem e analisarem a realidade, os participantes do estudo, expressam suas percepções e expectativas pessoais, identificam os pontos chaves do problema ou assunto em pauta.

Nas oficinas de trabalho e de reflexão realizadas, o grupo participante teorizou os assuntos, procurando refletir sobre as situações observadas e vividas. Esta etapa de teorização, segundo Bordenave (1994) é muito enriquecedora, e permite o crescimento intelectual dos sujeitos. Após confrontar a realidade com a teoria, as pessoas envolvidas apresentam sugestões para a solução das questões em discussão.

Nesta perspectiva, o sujeito usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo que há um processo de preparação para transformá-la. A partir das sugestões que o grupo encontra e acha viável, inicia a aplicação destas sugestões, nas situações da prática cotidiana.

Os procedimentos para esse Processo de Educar para o Cuidado se identificam com aqueles adotados pela abordagem qualitativa, caracterizada por métodos dialógicos e participantes, nos quais são utilizados entrevistas, debates, análise de depoimentos, observação participante e análise documental.

O Processo de Educar para Cuidado na enfermagem é muito abrangente e complexo, embora possa e deva estar presente na nossa prática diária, nas interações com a equipe de saúde, com os pacientes e seus familiares.

## CAPÍTULO IV

### **A METODOLOGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE EDUCAR PARA O CUIDADO COM ENFOQUE NA PRESENÇA**

*Para caminhar precisamos aprender os passos,  
para vivenciar o caminho precisamos iluminá-lo.*

*Maria Emilia de Oliveira (1998)*

Neste capítulo, exponho a metodologia utilizado para o desenvolvimento do Processo de Educar para o Cuidado, onde, em um primeiro momento, justifico minha opção por métodos da pesquisa qualitativa para a realização deste estudo. Em um segundo momento, apresento a realidade encontrada no campo e os participantes do estudo.



Esse estudo não trata de uma pesquisa propriamente dita e sim de um Processo de Enfermagem, denominado como Processo de Educar para o Cuidado, baseado em um marco conceitual, para guiar a prática junto à equipe de enfermagem e os pais e outros familiares do recém-nascido de alto risco internado em uma CTI Pediátrica. Neste sentido, a participação do enfermeiro pesquisador é compreendido como o próprio cuidado.

A tarefa de elaboração desta metodologia foi um processo genuíno e criativo que teve como desafio, a sistematização do conhecimento e a proposta de nutrir a teoria, o método e a prática, de forma contínua e dinâmica. O próprio Processo de Educar para o Cuidado, caracteriza-se por ser aberto, dinâmico, contínuo. Contempla uma variedade de momentos que se imbricam e se complementam de forma constante.

A enfermagem tem um método próprio para desenvolver os cuidados, o qual tem sido estudado e desenvolvido por enfermeiros, que acreditam ser este nosso instrumento de trabalho.

Este método é o Processo de Enfermagem, tendo sido denominado por Patrício (1996), como *Processo de Cuidar*, que caracteriza-se por interações entre a enfermagem e o cliente, as quais acontecem em encontros, através de comunicação verbal e não-verbal e de ações físicas que fazem com que haja um processo de transformação das necessidades e de saúde do ser humano, tendo a participação deste neste processo.

O Processo de Enfermagem é constituído por fases ou componentes básicos que se interligam e se complementam continuamente. A primeira fase é o levantamento de dados, a segunda é o diagnóstico de enfermagem e a última é o planejamento de enfermagem. Patrício (1990, p.147) enfatiza que, o *Processo de enfermagem representa a operacionalização do 'marco conceitual'*.

Se analisarmos o Processo de Cuidar referenciado por Patrício (1990) e o Processo de Educar para o Cuidado utilizado neste estudo, como processos científicos, eles podem ser considerados uma pesquisa, pois conforme Patrício (1994, p.67), uma das formas de construir o conhecimento da enfermagem é através da reflexão crítica do seu processo de trabalho, do cotidiano de cuidar, do processo de pensar-fazer enfermagem e, conforme enfatiza esta autora, entende-se que *cuidar insere pesquisar e pesquisar insere cuidar*. Ela postula:

*Quem utiliza de processo de enfermagem para cuidar sabe que esse significa nada menos que um processo de investigação e análise para decisões posteriores (ou concomitantes). Esses dados analisados podem colaborar para o redimensionamento da prática docente-assistencial e para a construção do saber da enfermagem.*

Patrício (1994, p.63), ao relatar suas experiências com pesquisa qualitativa, na área da enfermagem, refere que:

*(...) a enfermagem é privilegiada, no que se refere às possibilidades conferidas pelo seu contexto de trabalho e especificidade, de aplicar a metodologia qualitativa para desenvolver seu saber e contribuir para a vida humana. Isso é possível, pois o simples processo de cuidar pode se transformar num 'Trabalho de Campo' segundo concepções da Antropologia e Sociologia (Haguette, 1987), com inúmeras possibilidades de estudar as diversas categorias do processo de viver do homem e a relação dessas com a saúde, o que quer dizer, pesquisar sobre o processo de viver dos indivíduos nos seus diversos quotidianos e ajudá-los a transformá-lo, se assim necessitarem. E, ainda, possibilitar a elaboração e o desenvolvimento de diversas técnicas para colher dados.*

Trentini e Paim (1999) corroborando com as idéias de Patrício, quando apresentam suas experiências em pesquisa na área da enfermagem e enfatizam a aplicação de um processo de pesquisa simples e de fácil execução, denominado Pesquisa Convergente-Assistencial, que pode ser implementada concomitantemente com as atividades dos profissionais da área de saúde, em especial dos enfermeiros, no seu cotidiano. Ao apresentar esta proposta de pesquisa, Trentini e Paim (1999, p.18) referem que a Prática de Enfermagem,

*para acompanhar a acirrada evolução técnica científica vigente no mundo, necessita estar em constante renovação e, para isso, deverá haver comprometimento principalmente daqueles profissionais que a vivenciam no seu cotidiano (...).*

O estudo, realizado para embasar essa dissertação, foi desenvolvido com base em métodos de pesquisa qualitativa, mais especificamente, na modalidade que se caracteriza como pesquisa participante.

A tarefa atribuída à abordagem qualitativa é, segundo Minayo (1994), compreender a complexidade das relações sociais que *criam, alimentam, reproduzem e trans-*

*formam as estruturas*, levando em consideração a maneira de pensar dos envolvidos nessas relações.

Bogdan e Biklen referenciados por Ludke e André (1996) discutem o conceito de pesquisa qualitativa e referem que esse tipo de estudo, caracteriza-se como tendo o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como principal instrumento, pois, segundo esses autores, *a pesquisa qualitativa supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada*. Segundo eles, geralmente esse processo é feito através de um trabalho de campo, sendo que, os dados colhidos nesta modalidade, são predominantemente descritivos e todos são considerados importantes. Em concordância com Minayo (1994), esses autores referem que numa busca qualitativa, há uma preocupação maior com o processo em si, do que com o produto.

Minayo (1994) afirma que os dados qualitativos são importantes na construção do conhecimento e que a investigação qualitativa requer abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com os envolvidos. Segundo esta autora, os instrumentos utilizados neste tipo de estudo, podem ser facilmente corrigidos e readaptados durante o trabalho de campo, mas deve-se prever as formas de realizá-los para não correr o risco de romper *os vínculos com o esforço teórico de fundamentação necessário e presente em cada etapa do processo de conhecimento*.

Vislumbrando estes aspectos, este estudo, foi iniciado com uma **fase exploratória**, utilizando técnicas de observação participante, que além de incluir a escolha do tema, a definição dos objetivos do estudo, a construção do marco conceitual e dos instrumentos utilizados para levantamento dos dados, caracterizou-se pela exploração do local onde o estudo foi realizado, utilizando documentos para definir alguns dados estatísticos, o histórico do hospital e da CTI Pediátrica.

Nesta etapa foram estabelecidos critérios para escolha dos participantes e estratégias para entrada no campo. Esta fase exploratória termina formalmente com a entrada em campo mas neste estudo, as várias etapas se interpenetram, pois o levantamento dos dados persistiu durante todos os momentos do Processo de Educar para o Cuidado.

Neste trabalho utilizei, como técnicas qualitativas de levantamento de dados, a observação participante, que possibilitou um contato muito próximo com o fenômeno

estudado. Incluí como procedimentos para coleta de informações e validação, técnicas de entrevistas semi-estruturadas.

Para efeitos deste estudo estes momentos foram denominados de encontros individuais, os quais foram realizados com a equipe de enfermagem participante e com cinco pais de recém-nascidos internados na CTI Pediátrica. Também, foi realizado trabalhos de grupo, com a equipe de enfermagem envolvida.

Os dados provenientes da observação participante e que não constavam nos registros dos encontros individuais e de grupo, foram registrados em um instrumento denominado de *Diário de Campo* (Anexo 1), segundo Patrício (1990).

Durante todo o tempo de levantamento dos dados, os momentos foram variáveis. Conforme Patrício (1990), esta etapa é composta de determinadas fases que se interpoem: observação, observação e participação gradativa e observação reflexiva. Isto acontece pois a entrada no campo pode ser lenta, gradativa e as ações do enfermeiro pesquisador não são dissociadas do contexto, exigindo a participação do mesmo, observando, cuidando e refletindo, muitas vezes, em um mesmo momento.

Em vários momentos, tanto nas observações como nos encontros individuais com a enfermagem ou com os pais dos recém-nascidos, e nos trabalhos de grupo, surgiam oportunidades para observar, cuidar e refletir. Essas oportunidades surgiam não só para mim mas também para os participantes, principalmente no que se refere a reflexão.

A observação participante, segundo Minayo (1994) é considerada parte fundamental do trabalho de campo e o pesquisador deve tomar algumas decisões nesse momento preparatório, estabelecendo a forma e o conteúdo dessa atividade.

Oportunamente, como requisito de avaliação da disciplina de Métodos Qualitativos de Pesquisa, ministrada pela Dr.<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício, foi desenvolvido no mês de junho, um trabalho sobre observação participante que serviu como um estudo piloto, no qual foi realizado um período de observação do ambiente da CTI Pediátrica para detectar o funcionamento do setor e o cotidiano das interações no trabalho, com enfoque na presença dos familiares e da equipe de enfermagem.

Seguindo algumas questões norteadoras foi realizado um encontro individual com uma funcionária do turno adverso ao escolhido para realizar o estudo e, para os pais de um recém-nascido internado neste período.

Esse trabalho serviu para testar os instrumentos que seriam utilizados na Prática Assistencial. O roteiro para os encontros individuais sofreu pequenas alterações, referentes ao acréscimo de algumas questões norteadoras e no Diário de Campo foram acrescentadas observações, conforme roteiro sugerido por Bogdam e Biklen referenciados por Ludke e André (1996).

Em relação aos trabalhos de grupo, não havia um roteiro preestabelecido, visto que, os encontros seriam efetivados após a análise do período de observação do ambiente e da realização dos encontros individuais com a equipe de enfermagem e com pais dos recém-nascidos. Somente a equipe de enfermagem participou dos trabalhos de grupo, realizados uma vez por semana, pois com os pais, o objetivo era levantar dados individualmente. Seria difícil reuni-los para um trabalho sistemático, pois a permanência dos recém-nascidos na CTI é muito variável e os encontros seriam produtivos se pudesse contar com um grupo permanente e assíduo.

O Diário de Campo, no qual foram registradas as observações realizadas, não só na fase exploratória, mas no decorrer de todo o estudo, é composto por notas de campo e notas do enfermeiro pesquisador, conforme Patrício (1990).

As notas de campo se constituíram em observações descritivas, conforme sugestão de Bogdam e Biklen referenciados por Ludke e André (1996), contendo registros do que ocorreu no *campo*, ou seja, houve a descrição do ambiente, relatando aspectos da área física, mobiliário, objetos decorativos, disposição dos berços e encubadoras.

A descrição dos sujeitos (equipe de enfermagem, recém-nascidos e familiares), foi realizada com enfoque no aspecto físico, no modo de se portar diante do filho e no ambiente da CTI, registrando-se os diálogos, relatando os maneirismos e as interações entre os sujeitos envolvidos.

Foram descritas as atividades realizadas pela equipe de enfermagem, principalmente nos horários de visitas, e os eventos especiais que ocorreram, relatando quem estava envolvido e como foi esse envolvimento, com ênfase na presença dos familiares e seu envolvimento com o cuidado com o recém-nascido.

No espaço das notas do Diário de Campo, reservado para as notas do enfermeiro pesquisador, incluí minhas observações, durante todo o levantamento de dados, minhas especulações, sentimentos, problemas, idéias, impressões, dúvidas, decepções.

Ao lado das notas de campo e das notas do enfermeiro pesquisador, no espaço reservado para a análise, foram anotadas as categorias que surgiram referentes ao tema e ao método utilizados. Nesta análise, registrei as reflexões feitas em relação ao que foi captado no estudo, como termos que poderiam ser utilizados, associações, relações.

As reflexões referentes ao método foram referentes aos procedimentos e as estratégias utilizadas, às possíveis maneiras de resolver problemas que se apresentavam e delinear o estudo. Ainda, foram incluídos os dilemas éticos surgidos.

Antes de cada registro no Diário de Campo anotei a data, o horário, o local da observação e o seu período de duração. A medida que os registros eram feitos, os fatos relacionados ao tema e/ou ao método, iam sendo assinalados com canetas marcadoras de página de diferentes cores para facilitar sua identificação para posterior análise.

No trabalho de campo, no que se refere aos encontros individuais, com todas as funcionárias do turno da tarde da CTI, que participaram do estudo e com cinco pais de recém-nascidos internados nesta unidade, o roteiro foi baseado nas técnicas de entrevistas semi-estruturadas (Anexos 2 e 3).

Segundo Minayo (1994), a entrevista é um instrumento que serve para orientar *uma conversa com finalidade*. Optei pela entrevista semi-estruturada por entender que ela tem o potencial de reunir resultados valiosos, pois parte de questionamentos básicos, apoiados no marco conceitual, construído para a realização do estudo.

Segundo esta autora (1994, p.109-110), o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de dados é

*a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (...). Ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados.(...)*

Minayo (1994) ainda complementa que a entrevista é uma interação, devendo ser acompanhada, complementada ou fazer parte da observação participante. Desta

forma, além da fala, captam-se as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal sobre o cotidiano.

Para a realização dos trabalhos de grupo com a equipe foi feita uma leitura atenta e sistemática do marco conceitual, dos dados levantados nos períodos de observação na CTI Pediátrica, dos encontros individuais com a equipe de enfermagem e com os cinco pais dos recém-nascidos de alto risco internados na CTI. Desta revisão, emergiram temas, os quais foram discutidos nos encontros com a equipe de enfermagem, subsidiados com textos previamente elaborados para esse fim e com a utilização de técnicas de dinâmica de grupo.

Concomitante com os encontros de grupo, a equipe foi estimulada a participar das reuniões com os pais, através do Grupo de Apoio Multidisciplinar que funciona na CTI, semanalmente, objetivando uma maior interação com os familiares das crianças. Para facilitar a participação, já que essas reuniões ocorrem no turno de trabalho, nas quartas-feiras, uma funcionária de cada box foi liberada durante esse horário.

A partir dos encontros com o grupo de enfermagem, nos quais foram abordados temas referentes ao marco conceitual e às questões problematizadoras que surgiam nas discussões, a equipe era estimulada a aplicar os conhecimentos, as soluções, gerados nos encontros. Isto era feito, principalmente durante os horários de visitas, quando era incentivada a presença dos pais junto ao recém-nascido e era estimulado a participação dos pais nas reuniões semanais. Os alunos do Curso de Enfermagem também participavam deste processo quando estavam em atividades acadêmicas no setor.

A **análise dos dados** foi feita concomitante ao trabalho, a partir dos registros de todas as atividades realizadas em campo, nas observações e ações, com o recém-nascido, seus familiares e a equipe de enfermagem.

Os registros foram feitos em folhas pautadas ou no Diário de Campo nos quais deixei uma coluna em branco, a direita da folha, para proceder à categorização.

Com o intuito de caminhar dentro dos objetivos que havia proposto, adotei uma sistemática que iniciou com uma leitura atenta das transcrições dessas atividades, buscando apreender as informações disponíveis, procurando organizá-las, assinalando com canetas coloridas, os conteúdos que se referiam ao tema e/ou ao método.

Segundo Gomes (1996, p.70),

*Categoria se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. (...) As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.*

A partir dessa apreensão inicial, foi feita a categorização propriamente dita, reconhecendo, no relato das informações, palavras, frases ou temas-chave, que apareciam nesses registros.

Após esta etapa, foi feita uma re-leitura de todo o material, a partir de cada categoria, a fim de unir informações comuns, das observações, dos encontros individuais com a equipe e com os pais dos recém-nascidos e dos trabalhos de grupo.

Com os dados categorizados foi possível iniciar a formação de categorias com **enfoque na qualidade da presença** da equipe de enfermagem e dos pais e outros familiares no cuidado do recém-nascido na CTI. Para realizar a análise, parti do referencial teórico, correlacionando os temas com os conceitos propostos no marco conceitual.

Nessa técnica de análise, utilizei, baseada em Patrício (1999, p.71), um tipo de leitura intuitiva, reflexiva e criativa dos dados. Segundo esta autora,

*através desse método pode-se identificar categorias e temas, mas tendo como base o olhar sintético e construtivo das teorizações que emergem, ou que se explicitam, que se fundamentam através da leitura de análise-reflexão-síntese da interligação de todos os dados.*

Essa forma de analisar os dados, concomitantemente ao levantamento desses dados é enfatizada nos métodos qualitativos de pesquisa. Neste sentido, a medida que o tema vai sendo estudado, um determinado dado coletado e analisado, pode orientar a interpretação e compreensão de outros dados ou levar a outros levantamentos que possam se fazer necessários.



#### 4.1 Apresentando o local do estudo

O hospital São Vicente de Paulo onde foi realizado o estudo é um dos maiores hospitais do município de Passo Fundo.

Conforme a Figura 1, este município localiza-se no Planalto Médio, ao norte do Rio Grande do Sul. Com uma população de 180.000 habitantes, constitui-se em pólo regional de uma rica região produtora, importante elo de ligação entre o Cone Sul da América e o restante do Brasil. Seu desenvolvimento assenta-se nas áreas da cultura, agropecuária, comércio e serviços. Destaca-se, ainda, por ser o terceiro centro médico do Sul do Brasil.



**FIGURA 1 - Localização geográfica do município de Passo Fundo - RS.**  
**Fonte: Universidade de Passo Fundo, Instituto de Ciências Exatas e Geociências - Área de Física.**

O Hospital São Vicente de Paulo é uma instituição privada, filantrópica, mantida por uma sociedade beneficente, de caráter universitário.

É um hospital geral, com uma área total de 33.000 m<sup>2</sup>, com 510 leitos, sendo deste total de leitos, 364 são destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, 71,4%. Foi fundado em 24 de junho de 1918, tendo portanto 81 anos.

É um hospital de referência regional e do sul do país, sendo credenciado pelo Sistema Único de Saúde como centro de referência para a realização de Procedimentos de Alta Complexidade, em todo o Estado do Rio Grande do Sul, nas seguintes áreas: transplante renal, cirurgia cardíaca, ortopedia e traumatologia, oncologia, neurocirurgia, AIDS, CTIs, estando em fase de credenciamento, o atendimento de urgência e emergência e à gestantes de alto risco.

O hospital atende em torno de 2.500.000 habitantes em sua área de abrangência, tendo recebido no ano de 1998, 23.624 pacientes. A taxa de ocupação, nesse período foi de 90,13%, sendo que a média de permanência foi de 6,93%.<sup>3</sup>

Serve de campo de estágio para os cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia e Psicologia, da Universidade de Passo Fundo.

Possui várias unidades de internação clínica e cirúrgicas, emergência de adultos e pediátrica, unidades de internação pediátrica, maternidade, berçário e vários serviços de diagnóstico e tratamento, além de serviços complementares e de apoio como padaria, funerária, sítio e outros. Possui quatro unidades de terapia intensiva: CTI Adulto, Coronariana, Isolamento e Pediátrica.

A CTI Pediátrica onde foi desenvolvido o estudo, está situada no segundo andar do hospital, não fica próxima do centro cirúrgico, do centro obstétrico e maternidade, mas localiza-se relativamente próxima à unidade de internação pediátrica, da copa e do lactário.

---

<sup>3</sup> Dados estatísticos obtidos através do Relatório do HSVP, 1998. Os dados de 1999 ainda não se encontram disponíveis.

Essa CTI teve em 1998, uma taxa de ocupação de 85,13%, sendo que a média de permanência das crianças foi de 11,62% dias e o percentual de óbitos foi de 18,59%. A faixa etária que ali interna varia de zero a doze anos, sendo que a idade predominante de internação é de recém-nascidos.

A assistência médica é realizada por pediatra plantonista, médico residente em pediatria, doutorando e pelo pediatra assistente do paciente. Ainda fazem parte da CTI, uma auxiliar de sanificação, uma secretária, além de profissionais de outras áreas como fisioterapia, nutrição, psicologia. Pessoas que pertencem à Pastoral da Saúde, também dão apoio aos familiares e realizam batismo de urgência nos recém-nascidos.

A assistência de enfermagem é prestada por uma equipe composta de quarenta e quatro auxiliares de enfermagem e seis enfermeiras. A carga horária semanal é de quarenta e duas horas, distribuídas em turnos de seis horas e quinze minutos diárias e plantões de dez horas, em finais de semana. No noturno, as noites são alternadas, tendo dez auxiliares de enfermagem e uma enfermeira em cada noite. Em cada turno diurno, há duas enfermeiras e doze auxiliares de enfermagem.

A equipe de enfermagem costuma fazer rodízio nos box, quinzenal e/ou mensal, com o objetivo de atender crianças de diferentes idades e favorecer a integração do grupo de trabalho.

A metodologia da assistência de enfermagem inclui nota de internação e prescrição de enfermagem diária. A prescrição é feita em formulário padrão, geralmente pelas enfermeiras do turno da noite, onde é realizado o aprazamento e acrescentado algum cuidado especial. Não é realizada sistematicamente a evolução de enfermagem pelas enfermeiras. As auxiliares de enfermagem fazem seus registros na folha de evolução e quando há alguma intercorrência, a enfermeira utiliza a mesma folha, onde também é feita a nota de internação.

Dentro da proposta de educação continuada do hospital, o grupo recebe um treinamento, que inclui, doze horas anuais obrigatórias, cujos assuntos são planejados pelas enfermeiras responsáveis pela CTI. Os encontros são agendados em horários fora do expediente de trabalho e conforme a disponibilidade da maioria das funcionárias, que são subdivididas em dois grupos.

Um grupo que trabalha em uma das noites se reúne com o grupo do turno da manhã e o turno da tarde se reúne com a equipe da outra noite. As horas excedentes são tiradas em folga. Eventualmente, cada enfermeira reúne sua equipe para tratar de problemas da rotina do setor.

Todos os encontros realizados para este estudo foram computados como horas de treinamento, o que favoreceu a presença das participantes embora, houvesse disponibilidade de participação, mesmo antes da equipe tomar conhecimento dessa possibilidade.

## **4.2 Iniciando o Processo de Conhecer a Realidade**

Esse estudo iniciou com a elaboração e encaminhamento do Protocolo da Prática Assistencial à instituição onde foi realizado.

Após contato com a chefia de enfermagem do hospital e da CTI Pediátrica para autorização da realização do trabalho foi feita uma rápida reunião com a equipe de enfermagem do turno da tarde, para expor a idéia do estudo e ver da possibilidade da realização do mesmo com esse grupo. O grupo se mostrou muito receptivo e entusiasmado, sugerindo os temas e relatando situações do cotidiano da CTI que teriam relação com o tema.

A opção por este grupo, que trabalha neste turno foi baseada no horário das visitas, que ocorre das 13:00 horas às 13 horas e 30 minutos, no qual há maior fluxo de familiares visitantes.

Como a reunião foi durante o horário de trabalho e os acadêmicos de enfermagem ficaram responsáveis pelos pacientes durante esse tempo, combinamos de posteriormente marcar um encontro fora da CTI, em horário que não fosse durante o expediente para discutirmos o protocolo e montarmos, conjuntamente, o cronograma de encontros, conforme minha disponibilidade e do grupo participante.

Este encontro demorou em torno de vinte dias para ocorrer, pois eu já havia esclarecido que iria, em um primeiro momento, realizar um período de observação do ambiente da CTI.

No mês de julho, foi iniciada a primeira etapa do estudo, que correspondeu ao Levantamento de Dados, na qual foi realizada uma investigação exploratória, quando foram utilizados documentos para definir alguns dados estatísticos, o histórico da instituição e da unidade envolvida, além da realização de um encontro com cada componente da equipe de enfermagem que participou desse trabalho e com cinco pais de recém-nascidos internados nesse período na CTI.

É importante salientar que esse levantamento de dados não ocorreu somente nesta fase mas em todos os momentos do trabalho.

Em um primeiro momento, foi realizado uma observação participante, que incluiu um período de observação do ambiente da CTI, durante uma semana, em dias e horários alternados, incluindo finais de semana e feriados. Nesta atividade foi observado e relatado o funcionamento do setor e o cotidiano das interações da equipe de enfermagem, do recém-nascido e seus familiares, dando-se prioridade para os momentos das visitas, com enfoque na **presença**.

Após uma série de tentativas, nas quais influenciaram a intensa movimentação da CTI Pediátrica e a disponibilidade da equipe de enfermagem que fez parte do estudo, foi marcado para o mês de agosto, um encontro com esse grupo.

Nesta ocasião, que aconteceu à noite, na sala de aula da pediatria, organizei um *coquetel de estudos*. Este sistema de oferecer e compartilhar com o grupo uma refeição manteve-se em todos os encontros e foi baseado na metodologia utilizada pelo Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver Saudável (TRANSCRIAR- UFSC,1993) que utiliza esta estratégia para colher dados, em reunião de estudos.

O ritual da alimentação conjunta favorece a integração das pessoas. Nesse sentido, Freire (1993, p. 65) afirma que: *A vida de um grupo tem vários sabores... e tem-se vários instrumentos que podem ser utilizados para promover a interação do grupo e a comida é um deles, pois comer junto, também, é uma forma de conhecer o outro e a si próprio. (...) a comida é uma atividade altamente socializadora num grupo.*

Enquanto o grupo compartilhava o lanche, distribuí para cada uma, o protocolo da Prática Assistencial, esclarecendo cada item que se fizesse necessário e explicando detalhadamente como o estudo seria desenvolvido. Todas assinaram a carta convite com o termo de adesão ao estudo (Anexo 4).

Utilizei como referência, a Resolução n.º 196/96, conforme Gelain (1998, p.117), que fundamenta-se em documentos que emanam declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvam seres humanos, onde encontra-se referenciado que esta resolução,

*incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referências básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.*

As pesquisas envolvendo seres humanos, segundo esta Portaria, devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais, sendo que a eticidade dessa proposta de trabalho implicou na aprovação do Protocolo de Pesquisa pela instituição onde foi desenvolvido o estudo e autorização por escrito para execução do mesmo; no consentimento livre e esclarecido dos participantes do estudo, tratando-os com dignidade e respeito; na garantia de que danos previsíveis seriam evitados (não maleficência); na previsão de procedimentos que assegurassem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, garantindo a não utilização das informações que poderiam ser prejudiciais; na garantia de liberdade dos sujeitos do estudo de participar espontaneamente e se julgado necessário ou pertinente, retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem nenhuma penalidade, represália ou prejuízo.

Do mesmo modo, quando da realização dos encontros com os pais dos recém-nascidos que participaram do estudo, também houve, em um momento que precedeu o encontro, um esclarecimento informando sobre os aspectos éticos envolvidos (Anexo 5).

Tanto para o encontro com a equipe quanto para os pais, houve o cuidado de elaborar questionamentos básicos que emergiram dos objetivos do estudo, do período de observação e do suporte teórico. Durante os encontros, que duraram em torno de quarenta minutos, o diálogo estabelecido entre eu e o entrevistado propiciou que as perguntas fossem desdobradas de modo natural e descontraído.

As respostas foram gravadas em fita cassete com a devida aquiescência dos participantes e transcritas pessoalmente, logo após a gravação, a fim de que reações apresentadas pelo depoente pudessem ser reativadas e registradas. Após transcritas, foram enviadas para os participantes, com exceção dos pais, pois nem sempre esses estavam presentes e disponíveis, para que fossem validadas. Esse procedimento também foi adotado nos encontros de grupo com a equipe de enfermagem participante.

Na apresentação do protocolo da Prática Assistencial, quando os participantes assinaram o termo de adesão ao estudo, expliquei que provavelmente os encontros individuais e de grupo seriam gravados, mas esclareci os procedimentos éticos que seriam tomados no sentido de assegurar o sigilo das informações, garantindo que o material utilizado na gravação seria destruído após a conclusão do estudo. Do mesmo modo, tomei o cuidado de dar as mesmas informações aos pais participantes do estudo.

### 4.3 Apresentando os participantes do estudo

O estudo foi desenvolvido com familiares e seus respectivos recém-nascidos e a equipe de enfermagem da CTI Pediátrica, do turno da tarde, composta por duas enfermeiras e doze auxiliares de enfermagem. A enfermeira chefe da CTI foi convidada para participar dos encontros para que pudesse acompanhar e contribuir com o estudo.

Cabe ressaltar que, os encontros individuais foram realizados com alguns pais que estavam disponíveis no período proposto para esta etapa, mas a observação das interações, com enfoque na **presença**, foram realizadas com outros pais e familiares, durante toda a etapa de levantamento de dados.

As participantes da equipe de enfermagem foram identificadas com codinomes de flores. Dei plena liberdade para que cada uma escolhesse o nome da flor que gostaria de ser identificada. A opção para o uso de flores, surgiu levando-se em conta, minha concepção de que as flores são delicadas, sensíveis e marcam **presença** em várias situações e momentos da vida, tanto nos momentos alegres assim como nos mais tristes. E,

quem trabalha com crianças, deve possuir características semelhantes, marcadas pela sensibilidade.

A intenção inicial era desenvolver um desenho do marco conceitual representado por flores, embora sugestões e novas idéias seriam prontamente discutidas e elaboradas pelo grupo no decorrer dos encontros, o que realmente aconteceu. Baseada nos temas e nas discussões que ocorreram nos encontros, achei que o marco seria melhor representado por mãos. Mas, mesmo mudando o tema do desenho, o grupo manteve a escolha de flores para sua identificação.

Em relação à identificação dos **pais dos recém-nascidos**, não foi necessário o uso de codinomes, apenas foram identificados com o número de ordem que ocorreram os encontros individuais.

Como forma de apresentar os participantes desse grupo de pais, saliento que, dois eram procedentes de Passo Fundo e três de cidades vizinhas, residindo na zona urbana. A maioria era jovem, sendo que a idade variou entre 21 a 32 anos, para os pais e 16 a 30 anos para as mães. Todos os pais encontravam-se empregados, tendo a maioria deles, atividade autônoma. Em relação às mães, somente duas exerciam atividades fora do lar.

Esses pais vivem juntos, na mesma residência, sem outros familiares ou outras pessoas na mesma casa, com exceção dos filhos. Somente um dos casais, o recém-nascido internado na CTI, é o primeiro filho. Os outros, além do bebê internado, possuem mais uma criança.

Os **recém-nascidos** desses pais que participaram dos encontros individuais tinham idade que variou de cinco a quinze dias e todos estavam internados desde que nasceram. Dois recém-nascidos eram do sexo masculino e três do sexo feminino. Os diagnósticos principais eram prematuridade, membrana hialina, anóxia neonatal, infecção neonatal. Três desses bebês encontravam-se em ventilação mecânica, mas nenhum em uso de sedativos. Outros dois, já se encontravam sem oxigenioterapia e com redução progressiva de medicamentos e equipamentos.

Esses recém-nascidos respondiam à estímulos táteis, apresentando manifestações como movimento de membros inferiores e superiores, franzir a testa, abrir e fechar os



olhos, bocejar. Por outro lado, em vários momentos, inclusive quando os pais estavam juntos, não apresentavam qualquer movimento.

Essas reações são previsíveis em se tratando de recém-nascidos, especialmente quando prematuros, pois esses bebês podem apresentar o processo de *habituação*, o qual é definido por Brazelton (1988) como a capacidade dos recém-nascidos se desligarem de estímulos desagradáveis, servindo como fonte de proteção. Este autor esclarece que os bebês ficam facilmente exaustos, até mesmo quando lhes são oferecidos estímulos atrativos e positivos. Seus limites para assimilação de estímulos estão a mercê de tudo que acontece ao seu redor. Assustam-se ou piscam a cada som, retraem-se a cada toque. Necessitam dormir para se afastar das luzes fortes. Eles suportam apenas um estímulo de cada vez e somente em uma esfera - audição, tato ou visão. Gradualmente, poderão suportar mais modalidades de estímulo de uma só vez.

Os profissionais podem alertar os pais sobre esta seqüência necessária à recuperação do bebê, de modo que eles não se sintam como fracassados ao se aproximarem do filho.

Em relação à **equipe de enfermagem** que participou do estudo apresento, por ordem alfabética, uma breve descrição individual de cada uma, pois considero importante conhecer alguns dados de suas vidas, no sentido de compreender melhor suas idéias.

Essas características foram retiradas dos encontros individuais e dos trabalhos de grupo, quando foi realizada uma técnica de dinâmica de grupo, no terceiro encontro, denominada *Eu: presente, passado e futuro*, baseada em Vizzolto et al. (s.d.)

**Alecrim:** É separada, tem dois filhos. É auxiliar de enfermagem. Trabalha há 4 anos na enfermagem e há 2 anos na CTI Pediátrica. Trabalhava como atendente de enfermagem na cidade de Soledade (RS), e seu sonho era trabalhar neste hospital. Gosta muito de ajudar os outros e sorrir. Tem como traços do seu caráter, conforme ela mesma definiu, a bondade e a sinceridade.

**Amor-perfeito:** É casada, não tem filhos. É enfermeira formada há 4 anos e há 3 anos trabalha na CTI Pediátrica. Optou por este setor para não assumir o cargo de enfermeira substituta e gostou. Acha que não trabalharia mais com adultos, pois refere que depois que começou a trabalhar com as crianças, mudou seu jeito de ver as coisas, ficou mais sensível e passou a valorizar mais a vida.

**Azaléia:** É casada, tem um filho. É auxiliar de enfermagem. Está há um ano e meio na enfermagem e na CTI Pediátrica. Foi para este setor, para substituir uma funcionária que estava de laudo e como se adaptou bem, acabou ficando e gostando. É muito sensível e carinhosa. Gosta muito de passear com sua família, trabalhar e dançar. Deseja, futuramente, ser uma enfermeira.

**Boca-de-leão:** É solteira, não tem filhos. Se formou Auxiliar de Enfermagem há 3 meses e logo começou a trabalhar na CTI Pediátrica. É muito meiga e dedicada. Refere gostar de passear, dançar e trabalhar.

**Cravo:** É solteira, não tem filhos. É auxiliar de enfermagem e está na enfermagem há 1 ano e 6 meses, sendo que há 1 ano trabalha na CTI Pediátrica. Anteriormente, era funcionária da pediatria. É responsável e muito participativa nos encontros. Gosta de namorar, gastar e trabalhar. Acredita que uma coisa que faz muito bem é seu trabalho.

**Gerânio:** É casada, tem uma filha. É auxiliar de enfermagem. Está na enfermagem há 4 anos. Trabalhou na pediatria por 4 meses antes de ir para a CTI Pediátrica. Refere que gosta muito do que faz, se sente feliz e a persistência e a honestidade são traços marcantes do seu caráter. Adora dançar e passear.

**Girassol:** É solteira, não tem filhos. É enfermeira, formada há 6 anos e há 1 ano está na CTI Pediátrica. Trabalhou em vários setores do hospital antes de ingressar na CTI. É sensível, prefere cuidar de crianças maiores, embora considere que com elas, sofre mais, pois tem mais apego do que com os recém-nascidos.

**Jasmim:** É casada, tem uma filha. É auxiliar de enfermagem. Trabalha na enfermagem há 5 anos e após 1 mês na pediatria, ingressou na CTI Pediátrica. Entrou na CTI para substituir uma funcionária que estava em laudo e acabou ficando. No início, teve um pouco de dificuldade para se adaptar mas refere que agora não sairia mais deste setor. Diz que deseja ser uma profissional, mas seu maior desejo é ser uma mãe presente e ver sua filha crescer. É responsável e amiga.

**Lírio:** É divorciada, Tem 3 filhos. É auxiliar de enfermagem. Trabalha há 10 anos na enfermagem e há 8 anos na CTI Pediátrica. Gosta muito de trabalhar com crianças, refere se sentir realizada cuidando delas. Tem muita paciência com elas e com os familiares. Se relaciona bem com as colegas, considerando-as como *suas filhas*.

**Onze-horas:** É solteira, não tem filhos. É auxiliar de enfermagem. Está há 1 ano e 6 meses na enfermagem e na CTI Pediátrica. É muito responsável. Considera o recém-nascido de alto risco um ser humano que depende totalmente de quem tem disponibilidade para cuidá-lo e salvá-lo.

**Orquídea:** É casada, não tem filhos. É auxiliar de enfermagem. Está há quase 3 anos na enfermagem e há 2 anos e 8 meses na CTI Pediátrica. É muito sensata, responsável e participativa. Definiu como traços do seu caráter, a sinceridade e a honestidade. E, como uma qualidade sua, a disponibilidade para ouvir.

**Margarida:** É casada, não tem filhos. É enfermeira formada há um ano. Desde que se formou, trabalha na CTI Pediátrica. É simpática e disponível. Acha que é importante pensar e fazer algo para melhorar a qualidade das visitas ao recém-nascido.

**Rosa:** É solteira, não tem filhos. É auxiliar de enfermagem. Está há 2 anos na enfermagem e na CTI Pediátrica. Iniciou o curso de Jornalismo mas desistiu porque não era isso que queria, mas, deseja voltar a estudar. É muito alegre e comunicativa. Gosta de viajar, namorar e dançar. Gosta de trabalhar com crianças, mas prefere não se envolver muito com os familiares.

**Suspiro:** É separada, tem 3 filhos. É auxiliar de enfermagem. Está há 5 anos na enfermagem e na CTI Pediátrica.. É responsável e muito participativa nos encontros. Tem como meta na sua vida, melhorar como ser humano. Refere não ter um objetivo específico mas mentaliza coisas boas para seus filhos. Gosta de dançar, rir e trabalhar.

**Violeta:** É solteira, não tem filhos mas sonha em ter gêmeos. É auxiliar de enfermagem. Se formou há 6 meses e logo começou a trabalhar na CTI Pediátrica.. É responsável. Trabalhou como agente de saúde na sua cidade de origem. Resolveu fazer o curso de Auxiliar de Enfermagem em Passo Fundo, para se instrumentalizar e voltar à sua cidade. Mas, acabou ficando neste hospital, na CTI Pediátrica. Refere gostar muito do que faz e pretende ser uma enfermeira.

## CAPÍTULO V

### **O PROCESSO DE EDUCAR PARA O CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: a presença da equipe de enfermagem e de familiares como elemento importante de promoção de saúde**

*Ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam mutuamente uns aos outros.*

*Paulo Freire (1987)*

Pretendo, no transcorrer deste capítulo, apresentar vivências que possibilitaram explicitar e ilustrar, como foi desencadeado o Processo de Educar para o Cuidado. São trazidos os dados levantados na prática através da observação participante, dos encontros individuais com os pais dos recém-nascidos internados na CTI, dos encontros individuais e de grupo com a equipe de enfermagem que participou do estudo.

## 5.1 Cenas e Cenários do estudo

A CTI Pediátrica onde o estudo foi realizado atende uma grande demanda de recém-nascidos de alto risco, os quais são provenientes da maternidade do hospital, da unidade de internação pediátrica e de cidades localizadas no norte do estado do Rio Grande do Sul, como também do oeste catarinense e o oeste paranaense.

As maiores causas de internação desses recém-nascidos são devido à prematuridade, baixo peso, mal formações congênitas, asfixia neonatal, doenças respiratórias como membrana hialina, pneumonias e infecções.

A internação acontece após contato telefônico da unidade ou cidade de origem com o médico plantonista ou com a enfermeira responsável por aquele turno na CTI. Conforme a disponibilidade e o tipo de complicações que o bebê apresenta, é designado o box e o leito específico com os respectivos equipamentos e materiais necessários para o caso.

A CTI Pediátrica, conforme Figura 2, tem planta física retangular, com capacidade para 24 leitos, distribuídos em quatro box, sendo que os box três e quatro são exclusivamente para recém-nascidos de alto risco e cuidados intermediários e mínimos, respectivamente. Os outros box atendem, além de recém-nascidos potencialmente infectados, lactentes e crianças até doze anos. O número de pacientes por box varia de quatro a seis, com exceção do box um, que tem capacidade para três recém-nascidos ou duas crianças maiores.

Além dos quatro box, a área física é composta de quarto para o médico plantonista, um local reservado no corredor para prescrições e serviços burocráticos, uma sala para lanche dos funcionários, expurgo e um pequeno espaço para guarda de materiais e equipamentos.

A divisão entre os box é feita com parede pintada de cor amarela clara, com divisória de vidros a partir de um metro e meio do chão. Tem iluminação natural embora a maior parte do tempo as luzes artificiais sejam mantidas ligadas. Nas paredes há alguns enfeites com motivos infantis e em todas as janelas existem cortinas de tecido estampado, também com motivos infantis.



**FIGURA 2 – Aspectos físicos da CTI Pediátrica – HSVP – Passo Fundo - RS**



A distribuição dos móveis é padronizada em cada box, sendo constituída pelos berços aquecidos, incubadoras e/ou berços ou camas comuns, conforme a idade ou quadro clínico do bebê. Existe um balcão para guarda e preparo de medicação, pia para lavagem de materiais e das mãos, balança pesa bebê. Em cada box existem bancos de dois tamanhos diferentes que servem para a acomodação de funcionários e eventualmente para os familiares e para auxiliar em algum procedimento. A lavagem e acondicionamento de materiais são feitos em uma pia no corredor e por uma funcionária escalada para tal função.

O setor tem aparelhos de ar condicionado no corredor e nos box, embora seja comum, a manutenção de portas e janelas abertas e sem o uso dos mesmos.

Em relação aos ruídos, esses são intensos na maior parte do dia. Colaboram para isso, os equipamentos e a movimentação permanente de pessoas no setor, constituídas do pessoal administrativo, da equipe de saúde, pessoal de serviços complementares como farmácia, raio x, laboratório de análises clínicas, acadêmicos e residentes, entre outros. É comum encontrar rádios e aparelhos de som, pertencentes a algumas funcionárias, dispostos nos box, ligados com volume e tipo de programação, nem sempre, condizentes com o local.

Quando os recém-nascidos internam, preferencialmente, são colocados em berços aquecidos, para facilitar o manuseio com equipamentos e com ele próprio. Assim que o estado geral estabiliza, sempre que possível, são transferidos para incubadoras para melhor proteção contra infecções.

A CTI Pediátrica dispõe de vários equipamentos como respiradores, bombas de infusão, oxímetros de pulso, monitores cardíacos, bilispots, entre outros, que dão suporte ao tratamento dos recém-nascidos e das crianças maiores. Mas, ao mesmo tempo que é de extrema necessidade e utilidade, todo esse equipamento faz com que a área física individual para cada paciente fique reduzida. De um modo geral, a distância entre os berços ou incubadoras é em torno de um metro, dificultando o cuidado e permanência do pessoal do setor, estagiários e dos próprios familiares.



Os pais e familiares entram na CTI nos horários de visitas e o restante do tempo, caso fiquem no hospital, aguardam em um espaço em frente à porta principal da CTI.

O espaço físico é muito reduzido, exigindo uma série de adaptações para facilitar o atendimento e tornar o ambiente o mais agradável possível. Exemplo disso, é a sala de espera para os pais, que se constitui neste espaço que antecede a porta principal, ficando praticamente em baixo de uma escada em espiral que serve ao alojamento dos residentes.

Para tornar este local mais aconchegante foi colocado, há pouco tempo, após ter iniciado esse trabalho, papel de parede com motivos infantis e instalados bancos estofados. Nesse tempo foram colocados, na parte interna da CTI, painéis com fotos das crianças, papel de parede nos box e enfeites com motivos infantis nas paredes, além de brinquedos pendurados nos berços (Figura 3).

Quando a criança interna na CTI, os pais ou responsáveis recebem da enfermeira ou secretária, um boletim informativo (Anexo 6), que foi elaborado pelo GAM (Grupo de Apoio Multidisciplinar). Neste prospecto há indicações em relação aos horários de visitas e outras informações referentes ao funcionamento do setor.

As visitas ocorrem nos turnos da manhã e tarde, com uma duração de trinta minutos cada e, à noite os familiares permanecem por menos tempo, em torno de quinze minutos. Esse horário de visitas noturno é mais flexível. Se o ambiente da CTI está calmo, os pais permanecem mais tempo. É permitido a permanência de duas pessoas por criança, sendo que os familiares se revezam durante esse horário.

Eventualmente, se a criança chora ou se o bebê tem condições de receber aleitamento materno, a mãe permanece por um tempo mais prolongado.

O horário de visitas é aberto pela secretária do setor, quando ela está presente, ou por uma auxiliar de enfermagem que esteja disponível, geralmente àquela responsável pela organização do material ou, eventualmente, pela enfermeira.

Não é rotina na CTI, o uso de roupas especiais, sendo que os familiares entram no setor com suas próprias vestimentas. Nesses horários, os pais ou familiares permanecem em pé junto ao recém-nascido, sendo orientados, quando necessário, pelas funcionárias a realizarem a lavagem de mãos antes do tocar no bebê.





**FIGURA 3 - Interações no ambiente de trabalho da CTI Pediátrica - HSVP - Passo Fundo - RS**

Alguns pais ou outros familiares trazem fraldas descartáveis, roupas, mais especificamente meias, para os recém-nascidos e outras vestimentas, quando eles se encontram fora de risco. Também trazem alguns objetos pessoais e brinquedos embora isso não seja muito estimulado pela equipe de enfermagem, pois já aconteceu algumas vezes, desses objetos sumirem e este fato ter causado desconforto e outros problemas para os pais e para a própria equipe.

Enquanto os pais e familiares permanecem junto ao bebê, a grande maioria das funcionárias evita fazer qualquer cuidado. No máximo são realizados cuidados mínimos, como troca de fraldas, mudança de decúbito ou verificação de temperatura. Dependendo da disponibilidade e das condições da mãe, é solicitado a ela que faça algum cuidado.

De uma maneira geral, os pais e familiares mantêm-se calados ou falando baixo entre eles e com o recém-nascido. Alguns tocam, conversam, acariciam o filho enquanto que outros são mais tímidos, temerosos e não manifestam tanto seus sentimentos e suas necessidades. É comum os familiares solicitarem informações à equipe de enfermagem sobre o quadro clínico do bebê, além de indagarem sobre sinais vitais, concentração de oxigênio e ganho de peso.

Geralmente, nos primeiros dias, o recém-nascido recebe a visita do pai e dos avós e tios. A mãe visita o filho mais tardiamente devido a parto cesáreo ou complicações que a mesma possa apresentar em decorrência da gestação ou parto. Quando o bebê nasce no mesmo hospital, logo que a mãe tem condições ou tem vontade de ver o filho, ela pode entrar na CTI em qualquer horário. Geralmente, nesses casos, uma funcionária da maternidade a acompanha e a transporta em cadeira de rodas, se necessário.

É comum que o bebê passe muitos dias sem receber nenhuma visita. Isso pode ocorrer por vários motivos, tendo sido observado, na maioria das situações, o fator sócio-econômico<sup>14</sup> como fator preponderante. Grande número de familiares moram em outras regiões do estado, tendo dificuldade para se locomover.

Existe, próximo ao hospital, uma pousada mantida por um político, na qual os familiares, não só da CTI Pediátrica, podem ficar, não implicando em qualquer ônus de moradia. Mas, mesmo assim, os familiares têm outras despesas e muitos precisam trabalhar.

Os pais e familiares podem participar do GAM (Grupo de Apoio Multidisciplinar), cujas reuniões são semanais, após o horário de visitas da tarde, com duração de uma hora e meia, em média, com a equipe multiprofissional composta pelas enfermeiras do turno da tarde da CTI, por uma psicóloga, pela professora enfermeira e acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo e, ocasionalmente, pelo médico plantonista. No dia agendado para a reunião é colocado na porta principal da CTI, um aviso com o horário e local do encontro.

O GAM é um grupo de auto-ajuda, que tem como objetivos esclarecer aos pais e a outros familiares, o funcionamento da CTI, facilitar o relacionamento deles com a equipe de saúde e com outros familiares, aliviar tensões decorrentes da internação da criança e estimular a presença de familiares na unidade.

A sistemática da reunião consiste na apresentação da equipe pelo profissional que está coordenando o encontro nesse dia, geralmente a psicóloga ou uma das enfermeiras. Após, os objetivos do encontro são apresentados aos participantes. Os pais espontaneamente se apresentam, falam sobre a situação do filho na CTI e solicitam esclarecimentos sobre suas dúvidas. Como a CTI não tem sala disponível, as reuniões são realizadas na sala de aula da pediatria, a qual não é muito próxima, o que causa algum transtorno, pois os pais e familiares tendem a dispersar após o horário de visitas.

Participo desse grupo, com atividades acadêmicas na disciplina de Enfermagem na Saúde Infante Juvenil, com os alunos da graduação do Curso de Enfermagem. Como o período no qual os acadêmicos permanecem no setor é reduzido, eles geralmente conseguem participar de uma reunião, como ouvintes e observadores. Nos intervalos entre grupos de alunos e no período de recesso escolar, minha participação é como voluntária. Eventualmente coordeno os encontros.

A equipe multiprofissional do GAM se reúne todas as quintas-feiras para discutir assuntos referentes à CTI, principalmente no que se refere ao atendimento das crianças,

pais e familiares. Também são estudadas, normas e condutas adotadas no setor para favorecer e melhorar a assistência à saúde das crianças e suas famílias.

Concomitante com os encontros de grupo, a equipe de enfermagem foi estimulada a participar das reuniões com os pais, através do Grupo de Apoio Multidisciplinar, objetivando uma maior interação com os familiares das crianças. Para facilitar a participação, já que essas reuniões ocorrem no turno de trabalho, nas quartas-feiras, uma funcionária de cada box foi liberada durante esse horário. Tiveram reuniões em que mais de uma funcionária participou assim como, em outras ocasiões, não houve essa possibilidade, devido ao excesso de pacientes na CTI, laudo ou folga de pessoal.

A equipe de enfermagem costuma fazer rodízio dos box, quinzenal e/ou mensal, com o objetivo de atender crianças de diferentes idades e favorecer a integração do grupo de trabalho. Há em média, uma auxiliar de enfermagem para cada duas crianças e os cuidados são prestados de forma integral, ou seja, a responsável pelo bebê realiza todos os cuidados necessários, com exceção dos cuidados que são prestados exclusivamente pelas enfermeiras.

Curativos, coleta de sangue para exames laboratoriais, troca de fixação de cânulas traqueais, entre outros, são atribuições específicas das enfermeiras. Além dos cuidados diretos de assistência, elas se envolvem com assuntos de ordem administrativa.

A cada troca de turno, o plantão é passado nos boxes, pelas auxiliares de enfermagem, que recebem informações dos pacientes pelos quais ficarão responsáveis, sendo em média dois para cada, podendo variar conforme a demanda de crianças e da gravidade das mesmas.

O plantão das enfermeiras é passado no balcão onde são realizadas as prescrições sendo que, ao mesmo tempo que são passadas informações sobre os pacientes, quando necessário, os prontuários são revisados.

Todos os horários de passagem de plantão ocorrem nos mesmos horários previstos para a entrada de familiares e raramente as enfermeiras acompanham a visita na CTI. Quando os familiares necessitam alguma informação, a auxiliar responsável pelo bebê encaminha-os para a enfermeira, que interrompe a passagem de plantão, para conversar.

Do mesmo modo, embora as auxiliares de enfermagem recebam o plantão mais rapidamente que as enfermeiras, usualmente, no momento que os pais ou familiares entram na CTI, elas estão envolvidas anotando dados sobre as crianças, na evolução de enfermagem.

Essa realidade tem, de alguma forma, interferido na relação dos familiares com a equipe de enfermagem, pois não é prioridade neste horário, o atendimento a eles. Esse aspecto do atendimento da enfermagem foi amplamente discutido nos encontros de grupo com a equipe.

Durante o período de observação e dos encontros individuais e em grupo, participei com a equipe de enfermagem, sempre que possível, nos cuidados ao recém-nascido e sua família. Isso realmente aconteceu e foi facilitado, pois faço supervisão de estágio, passando muitas horas semanais na CTI.

## **5.2 Desvelando os encontros individuais com os pais dos recém-nascidos e a equipe de enfermagem**

Os encontros individuais realizados com a equipe de enfermagem e com os pais dos recém-nascidos de alto risco que fizeram parte do Processo de Educar para o Cuidado, seguiram o modelo de uma entrevista semi-estruturada, contendo questões norteadoras que direcionaram a abordagem em relação à **presença** da equipe de enfermagem e da família no cuidado a esses recém-nascidos.

A primeira parte do instrumento com o roteiro que orientou os encontros individuais, constou de alguns dados demográficos dos sujeitos envolvidos (Anexo 3).

Ao realizar essa atividade questionei minha postura e minhas interferências. Aparentemente, o fato de usar o gravador não influenciou na espontaneidade dos participantes. Mas, em muitos momentos, a insegurança tomou seu lugar, pois tinha receio de induzir respostas ou deixar algo que poderia ser importante, sem esclarecimentos.

Esse fato se deve a que muitos participantes são mais lacônicos, inibidos e não colocam suas idéias de forma muito espontânea e livre. E, como os breves períodos de silêncio me incomodavam, até pela falta de experiência com esse tipo de atividade, em muitos momentos eu falava muito e me antecipava ao relato do entrevistado. A medida que os encontros iam se processando esse sentimento tendeu a amenizar.

Cabe registrar que, nesses encontros individuais já ocorreram mudanças, não só do conhecimento em si, mas meu, pessoalmente, assim como dos participantes. Não ficamos do mesmo jeito, pois esses encontros propiciaram reflexões e o surgimento de expectativas em relação à realidade vivida.

### **5.2.1 Encontros individuais com os pais dos recém-nascidos de alto risco**

Os encontros com os pais dos recém-nascidos foram marcados, após eu ter conversado e explicado o trabalho, geralmente nos horários de visita. Após acompanhar os pais nesses momentos e obter sua concordância em participar do estudo, os encontros eram agendados conforme a disponibilidade deles.

Nenhum dos pais convidados negou-se a participar e prontamente, logo após a visita, concordaram em conversar. Os encontros eram realizados na sala de aula da unidade de internação pediátrica, que é um local calmo e onde dificilmente haveria alguma interferência externa.

Foram escolhidos cinco pais de recém-nascidos que encontravam-se internados na CTI Pediátrica num período de quinze dias. Internaram mais recém-nascidos nesse intervalo de tempo, mas participaram do estudo, com encontros individuais, somente esses, porque nem sempre havia disponibilidade e a presença dos mesmos na CTI.

Os pais se mostraram sempre disponíveis. Apenas em um encontro teve a participação somente da mãe do bebê, pois o pai só podia vir visitá-lo nos finais de semana. Em um segundo encontro, a mãe estava acompanhada por uma tia e nos outros sempre houve a participação do casal.



Durante os encontros com os pais e observando-os quando estavam junto ao bebê na CTI, percebi que os pais se preocupam muito com o bebê.

A grande maioria não havia planejado a gravidez, mas no momento que souberam, aceitaram bem e tiveram um bom relacionamento durante a gestação, com manifestações de carinho, através do toque, conversa, música. Essas manifestações não eram só da gestante, mas dos outros membros da família.

Sempre que possível, principalmente a mãe, comparecem em todos os horários de visitas e procuram interagir com o bebê, embora demonstrem um certo receio em tocar, fazer algum cuidado, perguntar algo para a equipe de enfermagem. A mãe que foi entrevistada em terceiro lugar referiu, em relação à realização de cuidados com o recém-nascido:

*(...) eu ainda não tive coragem. Nem trocar fraldas. Meu outro filho é prematuro mas foi comigo para casa.*

A maioria das mães manifesta o desejo de realizar cuidados com o filho. Essa oportunidade de fazer algo pelo bebê, diminui de alguma forma, a sensação de incompetência que os pais compartilham quando o filho necessita de cuidados especiais numa CTI. Isto é reforçado quando o recém-nascido reage, dando algumas respostas. Uma mãe salientou:

*É importante que a mãe faça os cuidados, mas o pai também devia ser encorajado. Quando eu troquei as fraldas, achei a melhor coisa do mundo (...) Hoje eu fiz massagem nas costas, ele olhou e sorriu - é espasmo, né? Mas para nós é sorriso... As vezes ele está sonolento, daí a gente começa a conversar e ele abre os olhos, com dificuldade, mas abre.*

É através do contato com a mãe, a forma como ela toca o corpo do filho, o carinho, o tom da voz, o modo como ela e o pai interagem, que possibilitam ao bebê uma espécie de rememoração da situação que ele vivenciava no útero, da mesma forma que o universo da criança vai se ampliando em função dos cuidados, dos objetos que vão lhe apresentando.

Segundo Leão (1984), o bebê precisa se sentir *onipotente*. Com isso, desenvolve a crença de que o mundo tem o que ele quer e vai estabelecendo uma conexão, entre o que é interno e externo à ele. É importante, para o desenvolvimento desse sentimento



de onipotência, que preferencialmente, uma só pessoa cuide dele. A troca sistemática de pessoas no seu cuidado, dificulta esta integração. O bebê vai aprendendo a se corresponder com o outro, mas, se o outro nunca é o mesmo, a criança se desorienta. Nesta perspectiva, a relação viva da mãe com o recém-nascido ou no caso dela não poder participar dos cuidados, das pessoas que fazem a maternagem, é fundamental.

A mãe, o pai ou o cuidador, vão interpretando para o bebê seus movimentos, desejos, colocando-os em palavras, e com isto, ajudam o recém-nascido a entrar no mundo.

Situações de mudanças de técnicas, ruídos altos, impedindo a tranquilidade do recém-nascido, abandonos, separações, situações de dificuldades no vínculo com a mãe e/ou o pai, fazem com que ele passe, segundo Leão (1984, p. 481), a:

*reagir ao meio em lugar de agir. "Reagir", implica uma sistematização de meios que visam a defendê-lo da situação traumática. Todo o desenvolvimento emocional fica bloqueado no reagir. O agir, ao contrário, é todo um movimento da própria criança em direção ao meio; é toda uma comunicação pessoal que ela lhe dirige.*

Cramer (1987, p.38), comenta ao fazer algumas notas a respeito dos estudos sobre o equipamento de base do bebê.

*A primeira noção que ressalta bem claramente destes estudos é que o bebê não é somente um ser de 'reação', mas um ser também de 'ação', isto é, que ele já tem uma organização em si mesmo e imperativos que o fazem agir e que fazem dele um ser de iniciativa. Esta noção é importante porque ela demonstra bem a qual ponto a relação mãe-filho é uma 'interação', que esta relação não é somente o fruto de todo o trabalho feito pela mãe para despertar a criança à vida: a criança ela mesma já é portadora de inúmeras modalidades perceptivas e de numerosas possibilidades de ação e de reação que fazem dela uma parceira total.*

Tanto os pais quanto às mães têm muitas fantasias em relação ao bebê. Esperam sempre um recém-nascido responsivo, que os reconheça como pais. Quando isto não ocorre, principalmente nos bebês com a saúde muito comprometida ou prematuros, eles se frustam, o que pode interferir no apego.

A mãe de um dos recém-nascidos contou:

*(...) quando ele nasceu, na sala de parto mesmo, ele fez uma careta e eu disse para o meu marido: ele não gostou de mim! Foi horrível. A gente sabe que não é isso, mas pensa bobagem, não adianta. Ainda mais, quando tem que ficar aqui na CTI e não dá para ficar junto. A gente pensa que eles vão esquecer a gente.*

Muitos pais referem sentir muita pena do filho, acham que eles sentem dor e desconforto, querem que saiam do hospital, o mais breve possível, mas afirmam que, a CTI é muito necessária para sua recuperação.

Um pai que participou do estudo comentou:

*Acho que ele sofre demais. Tem as gasometrias, o HGT. Claro que sei que é preciso, que é uma agulha fininha, mas dá uma má impressão. Por isso explico tudo para ele, quando estou junto e digo que logo vai para casa.*

Os pais e outros familiares que visitam o bebê, demonstram muita preocupação com o estado de saúde e com os procedimentos necessários ao tratamento.

A segunda mãe entrevistada, referiu:

*Para a gente tudo isso é novo. A gente não sabe o que vai acontecer, o que te espera. Nunca passamos por isto, nunca teve nem um caso na família. Se a gente tivesse passado, teria experiência. Eu fico preocupada com as transfusões de sangue. O médico disse que seria só uma e ela já fez a terceira. Me assustei quando cheguei aqui e ela estava fazendo, nós nem sabíamos que ia repetir. Então, a gente fica nervosa, não sabe o que fazer. E a alimentação? Ela tem que ficar sem comer?*

Em outro momento outra mãe referiu:

*(...) O F. (marido) é mais controlado que eu. Porque eu estou muito frustrada. Hoje era para o bebê sair do respirador e não saiu. Então eu me frustro. Eu estou dando meu leite para outro bebê e eu não posso dar prá ele. Eu queria ficar junto, pegar, mas no horário de visitas, quando a gente vê, já acabou. É horrível. É muito pouco tempo. Para nós não é suficiente para ficar com nosso filho. É muita gente, priva os pais de ficarem a vontade com o bebê, de ter uma relação com ele. Não só os outros, mas da gente também. Tem toda a família que quer visitar e a gente tem que dar força também.*

Ao comentar sobre os momentos de visita, salientou:

*(...) É pouco, devia ser mais flexível. Nem sempre a gente consegue chegar no horário. Nem precisa ficar todo o tempo lá dentro, mas*

*que o horário seja mais variado. Eu acho que o fato do bebê estar numa CTI é importante para nós, pais, mas também para o bebê, a presença no horário de visitas. Esses horários fixos acabam fazendo com que os pais acabem nem vindo, se moram longe.*

No meu entender, os horários de visitas poderiam ser fixos para outros familiares mas não para os pais. Esses teriam acesso livre, já que é direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Eles deveriam ser considerados participantes do processo de cuidado do filho e não meros visitantes.

Um pai, enquanto estava ao lado do filho, durante o horário de visitas, comentou que o hospital deveria valorizar os pais, não deixá-los de lado, pois eles ficam se sentindo inúteis. Salientou que a visita deve ser um momento terapêutico, para os pais e para o filho. Segundo ele: *é um momento de apreensão, mas ao mesmo tempo, maravilhoso.* E complementou:

*Eu sei que, se tem alguma criança maior, a enfermagem deixa a mãe entrar, pois os maiores choram, reclamam. Só que o nosso não chora, não reclama, mas também, precisa de nós. Então, os pais poderiam entrar quando sentissem necessidade.*

De um modo geral, os pais não têm reclamações em relação ao atendimento de enfermagem. Algumas considerações foram feitas, acerca das informações sobre o estado de saúde dos bebês e a dificuldade da comunicação com o médico responsável pela criança.

Esta situação gera alguns dilemas éticos para a enfermagem pois muitas informações referentes ao quadro clínico e prognóstico do bebê devem ser dadas somente pelo pediatra da criança, conforme normas estabelecidas na CTI. Como, muitas vezes os familiares não conseguem conversar com o médico ou não entendem o que lhes é dito, solicitam e cobram da enfermagem esclarecimentos, os quais, nem sempre são possíveis de serem feitos pela equipe de enfermagem.

## 5.2.2 Encontros individuais com a equipe de enfermagem

Foi realizado um encontro com cada componente da equipe de enfermagem que participou do estudo. Alguns desses encontros foram realizados durante o horário de trabalho das participantes, principalmente nos plantões de final de semana. Algumas preferiram realizá-los em horários marcados após o expediente.

Nesses encontros muitos temas emergiram e direcionaram as reflexões e discussões para os trabalhos de grupo, os quais descrevo a seguir.

De um modo geral, as funcionárias iniciaram na CTI Pediátrica sem um treinamento específico na área. Todas referem gostar muito de trabalhar nesse setor, sendo que elas foram aprendendo com as colegas mais antigas. Sentem necessidade de um maior aperfeiçoamento, não só no que concerne a conhecimentos técnicos mas no sentido de relacionamentos, de interações entre os pacientes, familiares e entre elas mesmo.

A maioria considera o recém-nascido um ser frágil, delicado, que necessita de muitos cuidados da família e da equipe de saúde. Alecrim, referiu que o recém-nascido é:

*(...) uma vida nas mãos da gente. Tem que pensar que ali tem um ser humano. Todo mundo tem que ter consciência disso. É o principal. E olha que não é fácil !*

Perguntei se achava que as pessoas teriam essa consciência.

*Eu gostaria que todo o mundo tivesse, mas sabe, Rejane, quando se diz ser humano, tem que ser de dentro e não da boca para fora. Tem gente que faz o auxiliar para ganhar. Todo mundo, tem que ganhar, mas tem que ser com amor.*

A maior parte das participantes considera bom, o relacionamento da equipe com os pais, mas que pode ser melhorado. Muitas vezes, não é melhor porque os pais e familiares são *complicados* e a enfermagem não tem muito preparo para conversar e explicar o que eles necessitam.

A maioria concorda que os horários das visitas deveriam ser utilizados para estimular o relacionamento dos pais com os filhos e com a própria equipe.

Orquídea ao responder sobre o relacionamento da equipe com os pais, comentou:

*(...) vou analisar por mim. Eu deixo os pais ficarem com a criança, perto dela. Eu não vou lá tomar aquele espaço que eles têm, tão pequeno. Só que as vezes, eles tem necessidade de conversar. Daí eu chego lá, daí eu respondo as dúvidas. Porque também é meio limitado o que a gente pode dizer, falar o que não deve ou do jeito que não deve. Daí então, a gente fala alguma coisa, dá vontade de falar mais, mas não, eles podem interpretar diferente e é melhor deixar para o médico ou enfermeira. Daí, se eles me olharem, solicitam minha presença, eu vou lá, senão deixo aquele momento só para eles. Eu acho que eles tem que estar ali. Só que tem pais que chegam lá, dão uma olhadinha, ficam olhando no geral, não vêm para olhar o filho, mas os outros. Daí, eu digo: Senhor, tem que olhar só seu filho, não é para olhar os outros. Foi uma orientação que foi nos dado, nos treinamentos..*

Nessa questão ficaram fortes os dilemas éticos enfrentados no cotidiano, em relação às informações referentes à situação de saúde-doença das crianças e à insuficiente autonomia da enfermagem de tomar decisões em relação aos cuidados para com o bebê.

Essas questões foram abordadas em vários momentos, nos encontros com o grupo de enfermagem. Ainda nos encontros individuais com algumas participantes do estudo, quando esses dilemas eram referidos, emergiam reflexões sobre o fato. De qualquer maneira, embora não surgindo resoluções específicas para esses dilemas, era comentado no momento do encontro que, quando nos propomos a cuidar de algum paciente, prestar informações, esclarecer dúvidas a ele ou a sua família, enfrentamos riscos e podemos ter e/ou proporcionar benefícios. Nessa perspectiva, a equipe de saúde está agindo com ética.

Todas acham que a **presença** dos pais e familiares é muito importante para o restabelecimento, crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos, mas muitas participantes acham que a CTI não tem estrutura física e organizacional, para acomodá-los de forma satisfatória.

Ainda, na entrevista com Orquídea, perguntei o que era **presença** e como ela avaliava se os pais estavam presentes ou não. Ela afirmou com expressão muito segura:

*(...) para mim, pai e mãe presentes são aqueles que chegam ali, lavam as mãos, olham para a criança, tocam nela e dizem: Olha, a mãe te quer muito, quer que tu reaja. Que fala com o bebê. Não que está ali só por estar. Que dá a impressão que a criança é amada, que é aquilo que estava esperando. Para mim, presença é isso. Não é aquele pai que chega lá, nem lava as mãos, fica ali só olhando, não toca, não fala. Eu acho que daí, não está presente, ele veio ali por vir, porque é o horário de visitas e o filho está ali.*

Outro aspecto apontado por muitas participantes foi em relação à importância de educar os pais para entrarem na CTI no horário de visitas e para eles participarem dos cuidados ao filho, quando possível. Salientaram que os mesmos devem ser orientados e que as reuniões dos pais com a equipe devem ser melhoradas, no sentido de estimular a participação deles e da própria equipe. A maior parte da equipe de enfermagem, não demonstra vontade de participar desses encontros.

É fato observado, também, que os pais oferecem resistência à sua própria participação. Todos são convidados no dia da reunião, mas a grande maioria encontra desculpas para não participarem, como, a necessidade de trabalhar, cansaço ou porque já participaram na reunião anterior.

É importante ressaltar, entretanto, que a vivência da situação estressante é compartilhada pelos pais que têm filhos internados em CTI. Desta forma, é possível que um pai dê apoio a outro, na sala de espera ou em outras situações. O contato com outras pessoas que dividem uma experiência semelhante auxilia os pais e outros familiares a perceberem que não estão sozinhos nesta situação.

A organização de grupos de pais em UTI baseia-se nos bons resultados obtidos com grupos de pais de crianças de outras clínicas, como de crianças diabéticas, com fibrose cística e outras.

Conforme Baldini e Krebs (1998), a realização de dinâmicas de grupo é terapêutica, pois as pessoas que já conseguem assimilar sua situação de estar com o filho na CTI, podem servir como modelos para aquelas nos estágios iniciais da internação. O diálogo, as explicações e a tranquilização podem, segundo estas autoras, estimular os pais a se manterem ativamente participantes do tratamento do filho, auxiliando-os a formar um vínculo saudável.

Ainda, o grupo, tem papel importante na reavaliação das informações obtidas, trazendo melhor compreensão e auxiliam a dissipar medos e fantasias, com relação à UTI.

Prudhoe e Peters referenciados por Baldini e Krebs (1998) relatam que nem todos os pais acham útil estes grupos, considerando ineficazes ou desnecessários e, que algumas mães referiram que ouvir outras pessoas na mesma situação era difícil, pois estavam muito envolvidas com os problemas do próprio filho.

No entanto, Minde et al. *apud* Baldini e Krebs (1998) relataram que os pais que se envolvem nos grupos visitam mais a UTI, interagem mais com seus filhos, tocando-os, conversando com eles e olhando mais face a face, do que os pais que não participavam dos grupos. Os pais que recebiam este tipo de apoio também se consideravam mais competentes quanto aos cuidados com seu recém-nascido.

Em relação à participação da equipe de saúde, as pessoas devem perceber que nem todas as expectativas dos pais podem ser satisfeitas, mas devem ser valorizadas e ouvidas. Deve-se também lembrar que alguns pais alimentam expectativas fantasiosas em relação ao tratamento e prognóstico da doença do filho. A equipe pode auxiliá-los a esclarecer tentando fazê-los suportar a realidade mas sem esperar respostas e soluções mágicas. Muitas vezes, essas são formas de conseguir melhorias no atendimento às crianças e familiares.

### **5.2.3 Encontros de grupo com a equipe de enfermagem**

A partir das observações realizadas até esta etapa do desenvolvimento do estudo, dos encontros com os pais dos recém-nascidos e dos encontros individuais com a equipe de enfermagem, foram levantados aspectos, considerados relevantes, os quais serviriam de subsídio para as reflexões e discussões, durante os encontros de trabalho de grupo e até mesmo, no próprio ambiente da CTI, quando os cuidados eram prestados pela equipe ou pela mãe, quando isso era possível.

Através de uma avaliação preliminar dos dados levantados e do olhar crítico da realidade, foram organizados os encontros com a equipe de enfermagem participante do estudo.

Os conceitos que constituíram o marco conceitual foram discutidos praticamente em todos os encontros, os quais se caracterizaram como uma construção coletiva com a utilização de oficinas de trabalho e diálogo.

Ressalta-se, porém, que muitos assuntos que emergiram do grupo foram abordados sem que eu tivesse preparado previamente ou que o grupo tivesse planejado antecipadamente.

Ocorreram um total cinco encontros, que foram agendados em dias e horários, conforme sugestão e disponibilidade das participantes. Manteve-se uma frequência semanal, no horário das 19:30 às 21:30 horas, havendo uma média de dez participantes por encontro, tendo sido interrompido somente uma semana quando da minha participação no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermería, em Florianópolis.

Antes de cada encontro era enviado convite individual, entregue pessoalmente por mim, no mínimo três dias antes do dia agendado. Esses convites continham mensagens e alguns textos baseados em materiais bibliográficos, para estimular e fundamentar as discussões. Geralmente, estes textos eram relacionados às necessidades levantadas pelos participantes ou ao marco conceitual.

Durante os encontros foram feitas algumas anotações no Diário de Campo, mas foi solicitada permissão para que estes fossem gravados, para assegurar minha tranquilidade e confiabilidade nos registros.

Como atividade paralela aos encontros, o grupo foi estimulado a participar das reuniões com os pais realizadas todas às quartas-feiras, com duração de uma hora e meia, logo após o horário das visitas do turno da tarde, com o intuito de conhecer melhor os pais e familiares e, promover e fortalecer a interação da equipe com eles.

De uma maneira geral, houve uma certa resistência das funcionárias em participar. Elas alegaram que ficavam nervosas, se envolviam demais com algumas situações apresentadas e que não viam resolutividade para os pais.



Esse foi um tema que foi abordado em mais de um encontro, para esclarecer os objetivos dessas reuniões e estimular a participação da equipe. Nesses momentos, era discutida a situação de enfrentamento de doenças crônicas, da morte, de pacientes em fase terminal, do sofrimento dos pais e familiares e da equipe de saúde.

Esses são dilemas éticos enfrentados cotidianamente na CTI e que causam muito sofrimento e desgaste para a equipe. Muitas funcionárias têm filhos e frequentemente colocam-se no lugar dos pais para os quais gostariam de dar alguma resposta ou alívio, mas nem sempre isso é possível.

Com isso, muitos comentários em relação ao estudo foram feitos, as participantes faziam muitos questionamentos, mostrando interesse e envolvimento no que tinha sido discutido.

Diante de muitas dessas situações, relato o caso de Azaléia, quando em um plantão de final de semana, uma criança com doença crônica e que estava há cerca de dois meses na CTI, quase fez uma parada cardíaca.

Azaléia durante os procedimentos de recuperação da criança ficou muito nervosa e chorou. As colegas acharam um certo exagero de sua parte e conforme me foi relatado, fizeram críticas em relação ao fato. Na verdade, toda a equipe estava muito envolvida afetivamente com esse paciente.

Mas, Lírio, na segunda-feira, comentando sobre nossos encontros e sua influência nas atitudes das colegas da CTI, queria saber se Azaléia tinha condições de ficar na CTI. Dei minha opinião positiva, embora salientasse que era necessário lembrar sempre do equilíbrio emocional para não prejudicar o cuidado, principalmente numa emergência.

Lírio concordou e comentou que muitas colegas recriminaram Azaléia pelo ocorrido mas ela achava que, quem não tem sensibilidade é que não deveria estar neste setor.

Isso ilustra a interação da equipe para comigo, no sentido de solicitar ajuda em relação aos pacientes, esclarecer dúvidas sobre as patologias ou auxiliar a decidir sobre alguns cuidados.

Nesse sentido, muitas situações ocorridas na prática diária com as auxiliares de enfermagem fizeram com que também eu vivenciasse alguns dilemas éticos. Elas solicitavam minha supervisão, sendo que muitas vezes, a enfermeira responsável encontrava-se presente. Então, eu ficava em dúvida. Emitia minha opinião mas sempre dava a entender que o grupo deveria comunicar ou consultar a enfermeira.

Para o desenvolvimento desse estudo busquei refletir com as participantes a sua prática para promover uma interação melhor com os pais/familiares, estimulando sua **presença**.

Por acreditar, que os participantes são sujeitos ativos do processo e não apenas espectadores, é que optei por uma prática educativa, representada pelo Processo de Educar para o Cuidado, que permitiu a interferência destes sujeitos no fenômeno estudado, possibilitando mudanças e transformações na realidade estudada.

Os encontros foram realizados na sala de aula da unidade de internação pediátrica pois era o local de mais fácil acesso às pessoas, além de ser agradável, silencioso, com temperatura ambiental adequada e com equipamentos e recursos audiovisuais disponíveis como televisão, retroprojeto, projetor de slides. O rádio utilizado foi o do Curso de Enfermagem, já que uma música ambiental era mantida durante a realização das atividades.

Foram utilizadas algumas técnicas de dinâmica de grupo, pois segundo Vizzolto et al. (s.d., p.7), na sua experiência, sempre que essas foram aplicadas devidamente, observou-se que:

*as pessoas, além de participarem do curso com entusiasmo, demonstraram crescimento e disposição de fazerem algo, para desenvolver suas potencialidades em todas as dimensões. A preocupação com o outro e a proposta de melhorar a atuação no trabalho e no relacionamento com as pessoas, também foram constatadas.*

Cada encontro foi planejado para ser desenvolvido em três momentos básicos. No primeiro momento, eram realizadas técnicas de relaxamento, o segundo, caracterizou-se pelas oficinas de trabalho e reflexões e o terceiro, por momentos de integração do grupo, auto-conhecimento ou uma atividade que possibilitasse a descontração das participantes.

Algumas vezes, as atividades do momento inicial aconteceram no final e vice-versa. Essa estratégia foi utilizada pois tinha sempre como prioridade, o Processo de Educar para o Cuidado, que envolve o cuidado com quem cuida.

Para o desenvolvimento dessa dinâmica foram adotadas técnicas grupais, procurando sempre unir a criatividade e a sensibilidade, cujo produto serviu como base para as reflexões e discussões coletivas no espaço das oficinas.

### 5.2.3.1 Primeiro Encontro

O primeiro encontro ocorreu no dia 16/09/99 e teve como objetivo principal, refletir sobre o **Ser Humano**. No dia anterior ao encontro foi enviado um convite para cada participante contendo a parábola: O jovem rapaz e a estrela-do-mar (Anexo 7).

Após um exercício de relaxamento, foi realizada uma oficina, baseada no método de Ensino-Aprendizagem Construtivista-Participante (Patrício 1999). Conforme esta autora, esse método caracteriza-se por momentos de vivência interpessoal, apoiados em técnicas que compõem as oficinas de trabalho, denominadas Oficinas de Reconstrução de Referências Individuais e Coletivas, criadas e desenvolvidas pelo Núcleo TRANSCRIAR-UFSC.

Patrício (1999, p.93) refere que através dessas oficinas,

*desenvolve-se discussão-reflexão de conteúdos e de formas de interação, originados das expectativas dos participantes, de suas culturas (crenças, valores, conhecimentos, normas e práticas pessoais e profissionais) e sentimentos expressos no decorrer do encontro.*

Na oficina deste encontro, cada participante deveria desenhar algo que representasse o ser humano. A medida que iam terminando os desenhos, estes eram colocados numa tela de projeção e depois cada uma explicou o seu significado.

Surgiram reflexões sobre o ser humano, o ser humano recém-nascido e o ser humano trabalhador de enfermagem, sendo que várias colocações moldaram-se ao conceito desenvolvido no marco conceitual.

Para ilustrar esse momento, transcrevo as falas de algumas participantes, como a de Orquídea:

*(...) eu quero dizer que o ser humano é uma pessoa imprevisível. É como a flor que vai desabrochar ou um dia que nasce. Tu não sabe o que vai ser o dia. Então eu desenhei o sol nascendo atrás da água porque o mar também, as vezes está calmo, as vezes está agitado. Eu acho que os seres humanos são assim, imprevisíveis.*

Jasmim, representou o ser humano com o desenho de uma árvore.

*Nós somos como ela. Tem a raiz, que são os nossos ascendentes, os avós, a raiz, enfim. Dai a gente cresce, tem os frutos, que são os filhos. As folhas que caem que representam os desgostos, as tristezas. E a árvore é a vida, transmite a vida.*

Sobre a capacidade do ser humano se adequar ao ambiente, Rosa comentou:

*(...) o ser humano é assim: tá ruim, procura melhorar, achar uma forma de viver melhor. Se não está bom, tanta mudar para melhor.*

Amor Perfeito desenhou um olho, representando a razão e, um coração simbolizando a emoção. Explicou que o ser humano tem sentimentos, se envolve emocionalmente com os outros seres, mas é o único ser que tem capacidade de discernir entre o bem e o mal, o bom e o ruim e age com a razão, quando necessita decidir por algo.

Essa colocação provocou reflexões em relação à enfermagem, uma profissão, que trabalha com a emoção mas que precisa manter um equilíbrio entre esta e a razão, para poder enfrentar as situações de saúde-doença, de enfrentamentos éticos e profissionais, que surgem no cotidiano.

Orquídea, complementou, em relação à necessidade desse equilíbrio.

*Precisamos cuidar das pessoas, com emoção. A gente vê a família ali e sofre junto. E, precisa da razão porque a gente está ali para salvar vidas. Como aconteceu, hoje com o óbito da V. (Bebê de 6 meses que estava internada desde seu nascimento) A gente sofre muito, sente na*

*pele. Não quer perder, quer sempre ganhar. Só que, as vezes, se perde e fica-se muito triste.*

Em relação ao ser humano recém-nascido o grupo acha que ele é frágil, sensível e delicado. Algumas participantes referiram que gostariam de saber o que eles pensam. Rosa afirmou com muita veemência:

*(...) se é como a gente está falando aqui, eu não sei, mas que sente, sente. Porque ele percebe, quando o pai e a mãe estão juntos, ele não age da mesma forma. Eles ficam diferentes.*

Foi um encontro de muita sensibilidade, com idéias que foram compartilhadas por todas as participantes e reforçada por Amor Perfeito:

*(...) na minha opinião, o desenho que mais fechou com o ser humano foi a árvore. Ela engloba tudo, as frutas, as folhas secas que são coisas ruins, fases da vida que a gente passa, dificuldades, tristezas. As flores, as alegrias.*

No encerramento deste momento de reflexão, foi comentado sobre o nascimento do recém-nascido para a vida social e que o nascimento verdadeiro, aquele que a pessoa percebe-se como ser humano, dá-se conta de toda a sua potencialidade e passa a dar maior valor à vida, pode ocorrer em qualquer idade.

Frente a isso, Orquídea comentou:

*aquela poesia que nós lemos num treinamento, que o cara tinha 80 anos... Se ele fosse viver de novo, ele não seria tão perfeito, ele não pensaria tanto, andaria na chuva sem guarda chuva. Esse é então, o verdadeiro nascimento.*

Neste sentido, os profissionais da saúde necessitam ajudar as famílias, a gerar a criança para a vida biológica, mas não se pode esquecer de ajudá-los a gerá-la para o nascimento existencial. Segundo Patrício (1966, p. 126-127), para a criança *poder ser, para poder fazer, ter, estar...* é preciso *cultivar a vida*.

Conforme esta autora, o ser humano passa por três experiências de nascimento. A primeira é o nascimento biológico, que se dá através da passagem da placenta da mãe para a placenta social (a família, por exemplo).

O nascimento existencial ocorre geralmente na adolescência que é o momento de descobrimento e quando tomamos nossa posição diante daquilo que desejamos. O terceiro nascimento é o social, denominado nascimento coletivo, que segundo Patrício (1996) é aquele que *nos faz pertencer ao universo, que nos possibilita interagir nossas vidas biológica-existenciais com os outros, com o todo.*

Existem pessoas que passam a vida e morrem sem terem nascido existencialmente ou coletivamente. Esses nascimentos vão depender muito daquilo que as pessoas se permitirem realizar, das interações que ocorrem no dia-a-dia. Conforme Patrício (1996), *basta estar com os outros, com o mundo, com a natureza, com 'razão e coração' - razão e sensibilidade (...). é essa a 'posição ginecológica' para nascermos coletivamente.*

No terceiro momento do encontro, foi proposto uma confraternização que incluiu a entrega de um cartão com uma mensagem e um bombom. Cada participante lia a mensagem para a colega sentada à direita e falava alguma qualidade da mesma.

Todas se emocionaram e Rosa, na avaliação do encontro, comentou:

*(...) a gente nem pensa, fica no dia a dia. Parece um relógio, sem parar. Daí é legal parar, pensar, fazer um desenho, dar um abraço na colega, comer (risos). A gente parece uma máquina.*

Aproveitou-se para comentar a parábola: *O jovem e a estrela-do-mar*, distribuída como convite, ressaltando-se a importância da participação individual de cada uma e do próprio grupo no estudo e, no que pode ser feito no ambiente de trabalho para torná-lo melhor e mais prazeroso, pois todas são capazes de fazer a diferença e moldar o próprio futuro.

### 5.2.3.2 Segundo Encontro

O segundo encontro ocorreu no dia 24/09/99 e o objetivo foi refletir sobre a **Enfermagem**, o processo **saúde/doença** e a influência do **ambiente**, neste processo, comparando-se com o que estava registrado no marco conceitual.

Foi enviado um convite contendo um poema sobre *O Cuidador*, retirado do estudo de Souza (1995), (Anexo 8).

No primeiro momento foi realizado um relaxamento. Houve muita concentração, o grupo conseguiu relaxar e isto facilitou o momento seguinte, pois o dia tinha sido, segundo elas, muito estressante. Solicitaram que esse momento fosse realizado, sempre que possível, pois favorecia a integração do grupo e amenizava ansiedades.

O segundo momento do encontro foi marcado pela realização de uma Oficina de Sensibilização, com o objetivo de despertar a sensibilidade e a observação. Esta oficina foi baseada em Patrício et al. (1999).

O desenvolvimento dessa oficina incluiu a oferta de bolacha e chá aos participantes e a solicitação para que tocassem, observassem e degustassem lentamente, em silêncio. Após, as sensações foram compartilhadas. Foi comentado da importância de valorizar as pequenas coisas do dia-a-dia, os momentos vividos no ambiente de trabalho e fora dele e os momentos de partilha e troca de afetos.

*A gente não sabe, não observa. Aquele momento passa e você não observa. E é assim no dia a dia, a vida passa e você não percebe (Alecrim).*

*Não adianta dizer: amanhã vou me tratar melhor, tem que se tratar bem hoje porque amanhã não sei se vou estar viva (Lirio).*

*Mas a vida é gostosa como a bolacha. Mas tem que viver o hoje, procurar viver bem todos os dias... (Alecrim).*

O grupo discutiu o fato de que o trabalho na CTI é muito cansativo e estressante. Foi comentado sobre as possibilidades de tornar esse ambiente mais acessível, menos estafante e traumatizante, tanto para a equipe quanto para os familiares.

O trabalho da enfermagem é de um modo geral repetitivo e normativo. O tipo de atividades na CTI Pediátrica, suscita um fazer imediato originado nas necessidades presentes. Neste ambiente, há uma dinâmica rápida, ruidosa, que tem como centro, o cuidado imediato dos recém-nascidos e crianças maiores, no sentido de salvar suas vidas e devolver essas crianças às suas famílias, recuperadas.

Com isto, há a necessidade e o desejo, mesmo inconsciente, de uma reestruturação diária, individual e de grupo, no sentido de aliviar sentimentos de angústia, de sofrimentos, de carências, que sufocam o cotidiano da equipe de enfermagem.

Porisso é que muitas vezes, os profissionais valorizam os horários do lanche, do riso, do cochicho, os quais, podem ser caracterizados como *fugas*, mas que, conforme Martins e Ramos (1995, p.54), são nada mais, do que oportunidades para a pessoa vivenciar momentos de *alimentação, energia, revitalizando-se para enfrentar o desgaste, como para manter o seu lado saudável inteiro, como humano que é.*

No terceiro momento foi realizada uma Oficina de Trabalho, com montagem de cartazes, sobre os conceitos de Enfermagem, Saúde-Doença e Ambiente.

O grupo foi dividido em três subgrupos e foi distribuído revistas, pincéis atômicos, cola, tesoura, papel pardo. Após cada grupo explicou seus cartazes.

Antes de cada encontro havia sempre uma grande expectativa em relação ao que ia acontecer e que era sempre geradora de muito estresse. Eu tinha sempre uma certa insegurança na condução das atividades e do que iria resultar. Mas, não só nesse encontro como nos outros, a satisfação era enorme, pois as discussões eram muito ricas, os resultados surpreendentes, com as reflexões do grupo em sintonia com os conceitos do marco conceitual.

Na fala de Amor-perfeito, explicando o cartaz do seu grupo, observa-se as representações e a criatividade das participantes.

*(...) têm crianças em forma de anjinhos e outras em forma de diabinhos. Quer dizer que nossos pacientes, nem todos são iguais mas que a gente tem que tratá-los com igualdade.*

*O cérebro representa a Enfermagem que tem conhecimento científico. a máquina de lavar roupa, representa nossa rotina. Como a enfermagem, que funciona em etapas, o molho, o enxágüe. As vezes, nosso trabalho vira rotina, que a gente cumpre etapas, todos os dias.*

*O filho com o pai representando o cuidado, que é nosso trabalho, o cuidado ao paciente, ao ser humano.*

*Tem uma foto de Adão e Eva, que não representa o pecado, mas é a troca do carinho, que a gente dá ao paciente mas que também recebe dele, o carinho, o aprendizado entre nós, da enfermagem e o paciente.*



Na avaliação do encontro, foi solicitado ao grupo, se haviam aplicado alguma coisa no cotidiano, mediante as reflexões do encontro anterior. Todas assentiram e Orquídea respondeu verbalmente pelo grupo:

*nós comentamos com as colegas que foi muito bom e para aquelas que não vieram, contamos o que foi feito, falamos sobre o desenho do ser humano. Eu contei para o meu marido do desenho do olho, que representa a razão. Achei legal, a gente aprende muito.*

Gerânio complementou:

*(...) a gente sai cansada da CTI mas aqui passa tão rápido. O meu marido que brincou, que tipo de reunião é esta? Porque eu cheguei em casa e não quis jantar. Ele achou estranho, eu chegar em casa e não querer comer e chegar tão feliz. (risos).*

Como as participantes do estudo vinham para os encontros após o expediente de trabalho, elas se encontravam no vestiário do hospital e chegavam ao local do nosso encontro todas juntas. Conforme tinha sido o plantão, algumas pareciam muito cansadas, mas logo relaxavam e o grupo se tornava animado.

Procurava recebê-las com a sala pronta, modificava a posição dos móveis e sempre colocava música suave para proporcionar um clima de descontração e aconchego.

Antes de iniciar o trabalho propriamente dito, geralmente o grupo fazia comentários sobre o que tinha acontecido durante o expediente, especialmente na CTI, principalmente, quando coincidia com dias que eu não tinha tido atividades no setor.

Este caráter dialógico e informal utilizado neste Processo de Educar para o Cuidado, tinha um propósito, um objetivo a ser alcançado, que era a interação do grupo para comigo e entre elas, proporcionando um espaço para aprendizagem e crescimento, enquanto pessoas e trabalhadoras.

Para encerrar o encontro desse dia, foi realizado um momento de energização baseado em Vizzolto et al. (s.d.), com o objetivo de trocar energia positiva e passar calor humano.

Esta técnica consiste em solicitar que as participantes fiquem em pé e formem duplas, uma frente a outra, *olho no olho* e em silêncio. Pede-se para que esfreguem as

mãos para aquecê-las e em seguida coloquem, em cima das mãos da colega em sua frente. Todas olham-se nos olhos, e em silêncio, passam mentalmente uma mensagem positiva. Todas no final, se abraçaram.

Nesse momento, foi comentado da importância do abraço e da afetividade que podemos demonstrar ao outro e da possibilidade de aplicação desta técnica com os amigos, filhos e outros familiares e, com as crianças na CTI.

### 5.2.3.3 Terceiro Encontro

O terceiro encontro ocorreu no dia 14/10/99 e teve como objetivo refletir sobre **as visitas dos familiares na CTI Pediátrica.**

No convite para essa ocasião foi enviado um artigo que escrevi como requisito para avaliação da disciplina de Fundamentos da Administração da Assistência de Enfermagem, que trata sobre *A enfermagem frente às visitas à recém-nascidos de alto risco de uma CTI Pediátrica* (Anexo 9).

No início do encontro, como acontecia em todos, a reunião anterior era validada e esse momento era eficaz pois servia para situar na evolução do trabalho, aquelas participantes que não tinham comparecido. A maioria delas, quando não podiam participar por motivo de doença, folga, férias ou qualquer outro compromisso particular, faziam questão de justificar antecipadamente ou enviar recados, comunicando a ausência.

Após a validação, foi realizado um momento que teve como objetivo promover o auto-conhecimento e conhecimento do grupo. Esta técnica foi baseada em Vizzolto et al. (s.d.) e é denominada, *EU: Presente, Passado e Futuro* (Anexo 10).

Foi fornecido folhas de ofício, com questões a serem respondidas individualmente. Posteriormente, cada participante lia para o grupo suas respostas, sendo que algumas eram acompanhadas de comentários das colegas, concordando ou não e com gracejos e brincadeiras caracterizando um marcante momento de descontração.

No momento seguinte foi realizada a leitura do artigo que havia sido entregue para posterior discussão. Durante as discussões, não somente neste encontro especificamente, mas nos outros também, algum tema sempre emergia que dispersava, daquele que havia sido proposto. Mas, era muito produtivo, pois eram comentadas ansiedades e dúvidas que surgiam naquele momento, e que todas as participantes colaboravam com suas opiniões e colocações, sendo marcados por importantes oportunidades de aprendizagem.

Haviam momentos que os silêncios surgiam. Por vezes, essa situação deixou-me ansiosa pois tinha a impressão que o grupo não poderia ir além, não conseguiria expressar seus sentimentos ou sugerir algo sobre determinada situação. Segundo Saupe (1998), isto pode nos levar a pensar que as pessoas se calam diante da força esmagadora de *situações limite* e adaptam-se a elas.

Estas situações devem ser enfrentadas pois senão, elas ressurgirão com força redobrada mais adiante e, as pessoas só poderão prosseguir e crescer, se conseguirem enfrentá-las. Os silêncios do grupo geravam um pouco de ansiedade no início dos trabalhos, mas a medida que os encontros aconteciam, percebia que eram momentos de igual importância e significado.

Do mesmo modo, apareciam chistes e comentários, que fugiam do tema e que eram utilizados como tempo para pensar e descontrair o ambiente. Esses momentos podem ser justificados pela necessidade das pessoas de terem alguns respiradouros e aliviar a tensão. Exemplo dessa situação pode ser dado com relação a colocação de Gerânio, quando o grupo referiu que o ser humano é imprevisível, tendo sido indagado do porquê desse comportamento. Ela disse:

*(...) as vezes, nem a gente sabe porque. Um dia está bem e outro, sem nada de ruim acontecer, já se está chateada. Acho que são os hormônios... (risos)*

O uso de chistes pode ser visto como mecanismos de *existência* ou *resistência*, os quais, segundo Rezende (1995), são considerados *respiradouros* ou *válvulas* de escape. Para que possa se utilizar destes mecanismos, o ser humano se utiliza de *máscaras*, que lhe dão a possibilidade de enfrentar e conviver com determinada realidade.

Nem sempre é aconselhável se expôr e se revelar, diante de uma determinada situação e a máscara pode ser uma garantia de equilíbrio, autocontrole e integração ao meio. Estes mecanismos têm sido utilizados na enfermagem para tornar mais ameno o seu cotidiano de trabalho.

Comentários sobre as visitas dos pais e familiares, tema central desse encontro surgiram, confrontando a opinião das participantes, como demonstram as falas de Cravo e Orquídea, respectivamente:

*(...) os pais não têm condições e a gente não tem condições de trabalhar. E é assim, qualquer barulhinho eles chamam prá gente ir lá, qualquer coisinha e isso nos atrapalha. (...)*

*É que, Rejane, a gente não está acostumada a lidar tanto com os pais. Talvez por isso que a gente não dá tanta importância para isso, no nosso dia-a-dia é não ter os pais lá. A gente não dá tanto estímulo.*

Mas, todas concordaram que a visita, a **presença** dos familiares é muito importante, para eles e para os recém-nascidos, e que a participação da equipe nas reuniões com os pais é fundamental para auxiliar no relacionamento dela com os familiares.

Os pais reagem ao ambiente da CTI de várias maneiras, alguns concordam com as normas enquanto que outros, já são mais resistentes.

O grupo concluiu que isso acontece porque falta orientação aos familiares e que essa orientação deve ser fornecida pela enfermeira, com a colaboração dos auxiliares de enfermagem, mas que deve ser enfatizada nas reuniões com os pais.

O tema sobre as visitas dos pais e familiares às crianças apareceu não somente nesse encontro, mas também em outras oportunidades em que foram discutidas as condutas, normas e rotinas do serviço de enfermagem no setor.

No último momento do encontro, reservado para promover a integração do grupo, foi utilizada uma técnica muito rápida e acessível, a *Técnica do Nó*, baseada em Vizzolto et al. (s.d.), que tem como objetivo desenvolver no grupo a habilidade de relacionamento, percepção, poder de decisão e cooperação.

Esta técnica consiste em solicitar que as componentes do grupo permaneçam de mãos dadas e cada uma deve observar quem está a sua direita e a sua esquerda. Dado

um sinal, todas soltam as mãos e, de olhos fechados, se movimentam, andando no espaço ocupado pelo círculo. Ao novo sinal dado, todas param no lugar onde estão, abrindo os olhos. A seguir, solicita-se que cada uma, volte a dar a mão direita para a pessoa que estava a sua direita e a mão esquerda para a que estava a sua esquerda, fazendo um grande nó. A um novo sinal o grupo tenta desfazer o nó, sem soltar as mãos, numa tentativa de voltar à forma do círculo anterior.

Foi um momento de muita descontração, sendo que as participantes concluíram que com união, força de vontade e espírito de equipe, as dificuldades podem ser enfrentadas e superadas com mais facilidade.

#### 5.2.3.4 Quarto Encontro

O quarto encontro ocorreu no dia 20/10/99 e teve como objetivo refletir sobre a **importância do toque e trabalhar com o conceito de Presença**.

Foi enviado junto com o convite para esta reunião um texto elaborado especialmente para ser utilizado na Prática Assistencial - *Tocar: o significado para quem cuida e é cuidado* (Anexo 11). Este texto foi baseado no livro de A. Montagu - *O significado humano da pele* (1988).

Além disso, havia solicitado nos encontros anteriores e estimulado durante a convivência com o grupo nas atividades diárias na CTI, que observassem situações de **presença**, principalmente nos horários de visitas.

No primeiro momento foram validadas as colocações do encontro anterior, no qual foi salientada pelo grupo, a importância dos pais permanecerem junto ao filho, mas que eles necessitam ser orientados para ficar na CTI. Foi comentado que já está havendo uma maior conscientização da equipe de enfermagem, em relação à família, pois até agora havia uma preocupação maior em relação ao cuidado técnico e não era dada tanta ênfase ao cuidado que envolvesse a família.

Guareschi e Martins (1997), ao escreverem sobre o relacionamento entre a equipe multiprofissional, a criança e os acompanhantes, no caso, os familiares, alertam para a importância dessa equipe, gerar sentimentos de confiança e segurança.

Os pais podem parecer indiferentes, super protetores, ansiosos ou calmos e, pelo fato de geralmente se sentirem culpados pela doença do filho, poderão agredir aqueles que estão prestando cuidados, solicitando e reclamando uma melhor assistência. As ações da enfermagem junto à família, são a observação, para identificar necessidades e detectar problemas e, a orientação aos pais para estimulá-los e encorajá-los na participação efetiva nos cuidados ao recém-nascido.

Segundo Guareschi e Martins (1997, p. 421),

*Quando os pais estão devidamente informados sobre a hospitalização e procedimentos realizados com seus filhos, estão mais capacitados para superar a experiência da hospitalização, acompanham de perto os filhos e fazem mais perguntas sobre a doença e procedimentos.*

Nesse sentido, a equipe de saúde, especialmente a de enfermagem, deve ser coesa e estar preparada para prestar esta assistência, gerando um ambiente mais agradável, facilitando o convívio, promovendo uma **presença de boa qualidade** da família e colaborando no restabelecendo da saúde do recém-nascido.

Num segundo momento, foi discutido o texto preparado para o encontro. Eu havia planejado, como sempre, iniciar a reunião com uma sessão de relaxamento. Mas ao validar as discussões do encontro anterior, o texto já entrou em discussão e não quis interromper.

O grupo achou interessante e foi muito comentado a diferenciação entre *o tocar e o manipular*. Neste sentido, Suspiro referiu que: (...) *O tocar não pode ser uma coisa automática, isso daí é manipular*. E, logo após, complementou:

*(...) nós até comentamos esses dias, depois que lemos esse texto, sobre as nossas crianças. As vezes elas ficam agitadas, chorosas, a gente manipula, põe de um lado, do outro e não sabe o que fazer para acalmar.*

*Depois, então, a gente passa a mão, começa a fazer carinho, eles chegam a ficar "estufados", "enchem o peito". Aqueles prematuros, parece que os olhinhos falam, que querem carinho. Só de passar a mão, fazer carinho, eles se acalmam.*

Lírio, no decorrer da discussão, comentando que tem o hábito de tocar nas pessoas, nos bebês para estimulá-los ou acalmá-los, salientou que a gente valoriza as pessoas, tocando-as.

Conforme Bretas e Silva (1998), o ato de tocar o bebê com atenção e carinho estabelece um canal de comunicação corporal e contribui para um ambiente suficientemente bom. Estes autores corroboram o que Winnicott (1990), vislumbra sobre o ambiente *suficientemente bom*, quando ele afirma que este é *absolutamente essencial para o desenvolvimento natural do ser humano que está começando a viver*.

O toque é a primeira linguagem do recém-nascido. Neste sentido Montagu (1988) refere que o toque pode ser complementado com a massagem, sendo este, um momento propício para criar condições de ambiente emocional e promoção de presença afetiva. Montagu ainda ressalta que (...) *a estimulação tátil tem efeitos profundos sobre o organismo, tanto fisiológica quanto comportamentais (...)*.

Existe convergência nas opiniões de muitos autores como Montagu (1988) e Nielsen, McClure, Leboyer referenciados por Bretas e Silva (1998), no sentido de que o desenvolvimento de massagem, do toque, ajuda a aumentar o envolvimento afetivo dos pais para com o bebê, o qual é um fator de vital importância para promover um **Cuidado-Presença** e desenvolvimento da saúde mental e vínculo familiar.

O que marcou muito nesse encontro foi a necessidade sentida pela equipe de *se sentir e de ser cuidada*. Comentaram da importância da instituição empregadora valorizar o trabalho dos funcionários e de investir no bem estar deles.

Essa necessidade pode ser representada na fala de Suspiro:

*Rejane, você vai continuar trabalhar com a gente, com os teus alunos? Você podia elaborar estes tipos de brincadeiras, relaxamento, essa busca do conhecimento nosso, desse equilíbrio. Porque a gente fala e depois esquece e está sendo tão bom!*

*Teria que nos treinamentos, trabalhar esse tipo de coisa, esse lado. Daí o resto vêm de lucro, porque a gente vai ter cabeça para trabalhar melhor, se conhecer e conhecer e falar melhor com os pais.*

Saliento aqui, um dilema ético discutido e vivenciado pelas participantes, que é a questão da valorização da equipe de enfermagem, do direito ao aprendizado, tanto dos profissionais como dos próprios pacientes e seus familiares.

O conhecimento ético vai além de conhecer-se as normas ou códigos de ética da profissão. A ética deve ser vista como a problematização da prática para buscar alternativas adequadas ao cuidado com o cliente e discutir sobre os direitos e deveres dos profissionais e da população.

O compromisso ético e a responsabilidade se voltam mais, atualmente, para a educação e orientação das pessoas do que, simplesmente, resolver problemas relacionados à danos físicos ou psíquicos. E, estas questões foram vivenciadas no cotidiano da implementação do Processo de Educar para o Cuidado desenvolvido neste estudo.

No momento seguinte o grupo foi subdividido em três subgrupos e enquanto compartilhavam o lanche, montaram cartazes com conceitos ou palavras chaves que definissem a **Presença**.

Enquanto faziam essa atividade, observei a ótima interação entre elas, as conversas paralelas que aconteciam e a capacidade de rapidamente se entrosarem novamente no trabalho. Notei que o grupo realizava a atividade proposta com muito prazer.

Segundo Aurélio (1994), constructo é aquilo que é elaborado ou sintetizado com base em dados simples, especialmente um conceito. Muitas frases e constructos foram ricamente elaborados, baseados no conhecimento e experiência do grupo.

Entre tantos, Orquídea, relatando o que seu grupo tinha produzido, referiu:

*(...) a presença também é trazer um pouco do lar ao recém-nascido internado. A mãe diz: Ah! O mano está te esperando. Teu quartinho está pronto te esperando. Então, a gente achou que é uma forma de trazer um pouco do lar e marcar presença.*

O grupo de Cravo salientou:

*Presença é sentir o toque como presença. Tem pais que estão ali por estar, está presente mas a cabeça está em outro lugar. Cada um tem sua maneira de demonstrar e cabe a nós descobrir o tipo e perceber os sinais de presença que o pai demonstra prá nós. Cada um é diferente e demonstra seus sentimentos de uma forma.*

O terceiro grupo, que teve como relatora Azaléia, colocou:

*Presença é estimular a mãe e o pai no cuidado. Acho que é um meio deles se sentirem presentes, dar o banho, trocar as fraldas e acarici-*



*ar. A gente nota que tem uns pais que tem medo de tocar, de machucar. Ficam olhando de longe.*

Também foi comentado sobre o papel da enfermagem na prática da maternagem. Suspiro, relata que, quando tem algum paciente que ninguém vem visitar, ela pega no colo e diz: *Mamãe não veio mas a tia está aqui para te cuidar.* Mas, complementa que (...) *as vezes, eu fico triste quando me dou conta que falho. Quando eu penso que poderia ter dado mais atenção para a mãe, para o pai. É tão duro.*

Nessa situação, o próprio grupo concluiu que a gente nem sempre faz o que deveria e poderia ser feito mas, que é importante se reunir e debater para haver uma maior conscientização e *diminuir as coisas que não são feitas tão bem.*

Esses momentos, nos quais as próprias colegas interferem para opinar e contribuir para o crescimento do grupo, caracteriza os momentos de construção coletiva que ocorreram, não só nesse momento e encontro. Em vários espaços de reflexão e discussão, essa situação apareceu com muita propriedade.

Considero positiva essa percepção do grupo, uma vez que, desta forma compreendem a importância de seus cuidados com o recém-nascido, em função das necessidades específicas do bebê, relacionados ao atendimento de suas necessidades básicas, incluindo-se aí, as afetivas, de prevenção de infecções, de termoregulação, entre outras.

No desenvolvimento do Processo de Educar para o Cuidado a equipe de enfermagem participante do estudo teve a oportunidade de refletir e verbalizar sobre si, sobre seu trabalho, percebendo-o como importante para a qualidade de vida do recém-nascido.

A maneira positiva que vêem seu desempenho no trabalho, provavelmente tenha auxiliado na sensibilização para a promoção de sua **presença** e da família no cuidado do recém-nascido.

Ainda, nesse encontro foi discutido sobre a importância do vínculo do bebê com os pais, a influência de situações ocorridas na gestação e que podem interferir nesse vínculo e no crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos.

Em relação a esse assunto, Suspiro comentou:

*(...) é isso que acontece com alguns pais. Eles não receberam amor e não sabem dar esse amor (...) Isso influencia sim. Quando a criança é pequena, ela se apega em quem gosta dela.*

Os pais frequentemente, têm dificuldades em se relacionar de forma afetiva com o filho, pela grande quantidade de aparelhos que ele está utilizando. Estes equipamentos podem atuar como barreiras mecânicas prejudicando a interação dos pais com o recém-nascido. Violeta exemplificou esse momento, relatando a atitude de uma mãe ao entrar na CTI para ver o filho.

*Quando a vi, me assustei. Ela chorava muito. Achei que era a primeira vez que via o bebê. Daí eu não me toquei. Depois de um tempo, me dei conta e perguntei se chorava devia à encubadora. Ela afirmou, mexendo com a cabeça. Claro! Antes do recém-nascido estava no berço aquecido e ela se assustou. Eu disse que não se preocupasse e expliquei. Foi um alívio para ela.*

A equipe deve atentar para essas situações e auxiliar os pais e outros familiares no reconhecimento dos equipamentos e do próprio funcionamento da unidade, aliviando suas ansiedades e diminuindo suas preocupações. Desse modo poderá ser a mediadora do estímulo e formação de vínculo dos pais com o filho internado.

Antes da atividade de encerramento do dia, foi distribuído um formulário (Anexo 12), para que, durante a semana, as participantes do estudo preenchessem individualmente ou em grupo, com propostas de cuidados, condutas, enfim, com o que poderia ser feito pela equipe da CTI Pediátrica, para promover a **presença** dos pais/familiares no setor, para ser proposto no próximo encontro. Para as pessoas que não haviam participado da reunião foi entregue na CTI, durante a semana.

Para encerrar, foi realizado um exercício de massagem, cujo objetivo foi promover um momento de relaxamento e oportunizar às pessoas a se aproximarem fisicamente.

A técnica desenvolvida foi solicitar para que todas em pé, formassem um círculo, colocassem as mãos nos ombros da colega da frente. Fizessem massagem durante 2 minutos e após esse tempo, voltassem para o sentido oposto, repetindo o mesmo com a colega da esquerda.

Todas se despediram alegremente, dizendo que repetiriam o exercício antes de iniciar as atividades diárias na CTI.

Nesse encontro ficou muito forte o objetivo proposto para a realização do estudo, que era aplicar um marco conceitual através de uma prática educativa com a equipe de enfermagem para promover a **presença** dos familiares junto aos recém-nascidos.

Observava, não somente nos encontros, que durante o dia-a-dia na CTI, muitas participantes já apresentavam mudanças na maneira de se relacionarem com os familiares, comigo, com os acadêmicos e entre elas mesmo.

#### 5.2.3.5 Quinto Encontro

Para este último encontro, que ocorreu no dia 27/10/99, foi enviado antecipadamente, como planejado, um convite para a reunião ( Anexo 13). Para esta atividade, como aconteceu em todos os encontros, foi preparado um coquetel.

O objetivo desse encontro foi apresentar os **pressupostos** descritos no estudo, o **conceito de presença** e elaborar uma **proposta para a CTI Pediátrica para promover a presença dos familiares**.

Também, apresentar o desenho preliminar do marco conceitual para críticas e sugestões do grupo participante.

Para iniciar as atividades foi feito um momento de meditação com o objetivo de oportunizar momentos de calma e harmonia. Nesse dia, o ambiente na CTI estava tenso, com muitas crianças graves e o grupo estava estressado. Mas, mesmo diante dessa situação estavam animadas para esse encontro.

Após a meditação, as colocações da reunião anterior foram validadas com a leitura do que tinha sido escrito nos cartazes sobre a **presença**.

A seguir, apresentei, em transparências, os pressupostos que direcionaram o estudo. A medida que iam sendo lidos, algumas participantes interrompiam para co-

mentar, confirmar, lembrar fatos que tinham sido discutidos durante os outros encontros ou na CTI, durante as atividades diárias com os bebês e seus familiares.

Comentando sobre a influência do ambiente, Orquídea mencionou:

*(...) num treinamento que nós fizemos, foi colocado que o bebê sente se a mãe e o pai estão brigando. Ele pode pensar que é culpado. Então, se ele é prematuro, doente, talvez seja porque os pais não se dão bem.*

Esse treinamento, referido por Orquídea, foi uma palestra com um padre convidado, promovido pelas enfermeiras da CTI, dentro do programa de Educação Continuada, com a proposta de conversar com toda a equipe de funcionárias, sobre aspectos éticos, salientando a valorização da vida e enfrentamento da morte. Fui convidada para participar, juntamente com os acadêmicos de enfermagem.

Essa oportunidade foi relevante para o estudo pois freqüentemente nos encontros aparecia algum comentário sobre essas questões éticas e havíamos trabalhado em relação à valorização da vida em um dos encontros.

A cada pressuposto apresentado havia comentários que mostravam que os assuntos abordados nos encontros mantinham uma certa harmonia com o marco conceitual e que o grupo fazia a inter-relação de muitos conceitos.

Quando comentado que o vínculo deve se estabelecer precocemente pois há risco de abandono e maus tratos ao bebê, que os pais devem adequar o bebê imaginário com o bebê real, surgiram colocações como a de Rosa.

*Minha mãe conta que quando eu nasci eu era horrorosa e que ela não queria nem me ver. E, olha como agora sou linda..(risos)*

Isso mostrou que a equipe tem suas crenças, modos de pensar, que podem interferir no modo de cuidar e influenciar nas experiências de cada uma.

Após a apresentação dos pressupostos, foi lido o conceito de **presença** para que o grupo opinasse, complementando com o que já tinha sido discutido. Todas concordaram com as colocações e Suspiro comentou:

*(...) eu concordo plenamente. Acho assim, que isso aí é união, se a gente fizer com amor e união, dá certo. Só que as vezes a gente é ofendida, é... (risos). É verdade... Tem que haver alguma coisa que façam para nós. Como você falou na outra reunião, do equilíbrio. As*

*vezes me falta. As vezes eu deixo a mãe ali, aí eu me dou conta. Eu bem sentada e ela ali em pé.*

No momento seguinte, o grupo foi dividido em três subgrupos para organizar uma proposta para a CTI, para estimular a presença dos familiares do recém-nascido de alto risco internado na CTI, conforme planejado.

Após discussões e apresentação de cada subgrupo, foi feita uma síntese dessas propostas que, após transcrita, foi encaminhada uma cópia para cada componente do grupo, para validação.

Foram mantidos os termos utilizados pelas participantes dos grupos, sendo que somente organizei, para manter certa seqüência lógica, conforme Quadro 1, apresentado a seguir.

## **QUADRO 1 - Síntese de uma proposta para estimular a presença dos familiares do recém-nascido de alto risco de uma CTI Pediátrica, elaborada pela equipe de Enfermagem**

1. Mudar o horário das visitas da tarde, deixando estabelecido, das 15:00 horas às 15:30 horas.
2. Criar um horário de visitas intermediário, das 12:15 horas às 12:30 horas.
3. Re-elaborar o informativo da CTI, com informações mais completas, com linguagem simples e apresentação gráfica mais colorida e com motivos infantil.
4. Explicar aos familiares, na primeira visita, as rotinas da CTI, assim como o funcionamento do equipamento envolvido no cuidado do recém-nascido e a necessidade do bebê em utilizá-lo.
5. Estimular o contato da mãe/pai com o filho permitindo o envolvimento deles com o bebê, facilitando a execução de cuidados como troca de fraldas, oferecimento de alimentação por via oral ou por sonda nasogástrica.
6. Facilitar a presença dos pais junto à criança, sempre que possível, fora do horário de visitas.
7. Incrementar as reuniões com os pais, tornando-as mais atrativas, através de distribuição de mensagens e utilizando material audiovisual como filmes, slides e fotos.
8. Incentivar a participação dos pais nas reuniões, avisando o dia dos encontros e explicando os objetivos dos mesmos.
9. Estimular a participação de toda a equipe nas reuniões, incluindo as auxiliares de enfermagem, as enfermeiras, a psicóloga e os médicos.
10. Receber bem os familiares, dando prioridade a eles, no horário de visitas. Conversar, ficar ao lado do bebê e dos pais, explicando o funcionamento do equipamento e dos cuidados necessários.
11. Observar os cuidados para com os pais, oferecendo cadeira para a mãe sentar, principalmente no pós parto imediato.
12. Estimular para que os pais conversem com o seu recém-nascido, toquem nele e se possível, o peguem no colo.
13. Mostrar como fazer a estimulação do recém-nascido sem aumentar o estresse do bebê.
14. Incentivar a amamentação materna.
15. Colocar no berço ou encubadora, cartaz com o nome do bebê (já é colocado). Mas, se possível, acrescentar o nome dos pais e dos irmãos, se houver. Por exemplo: Eu me chamo... Meus pais se chamam e meus irmãos...
16. Chamar a mãe o pai pelo nome. É diferente do que chamar "mãe" e "pai".
17. Orientar os familiares e incentivá-los para que tirem fotos do recém-nascido.
18. Orientar os familiares para que tragam objetos que possam ser pendurados no berço ou encubadora. Também, eles podem trazer travesseiros, meias ou roupinhas, mesmo que essas não possam ser usadas imediatamente.
20. Mostrar-se disponível para esclarecer as dúvidas dos familiares. Caso não saiba as respostas, procurar esclarecê-las. Procurar responder as perguntas dos pais de forma amável, mesmo que já as tenha respondido mais de uma vez.
21. Incentivar e respeitar a espiritualidade dos pais.
22. Reduzir ruídos ambientais. Observar fluxo de oxigênio e ar comprimido, controlar volume dos rádios, cuidar ao manusear as encubadoras, controlar volume das vozes.
23. Implantar musicoterapia, com música ambiental adequada, estipulando horários.
24. Intensificar a presença da psicóloga na CTI, principalmente no horário de visitas.
25. Estabelecer com a equipe médica, critérios para fornecer informações aos familiares.
26. Estipular junto à equipe médica, horários para informações médicas aos familiares.
27. Implementar um trabalho de apoio à equipe da CTI, no sentido de reavaliar conceitos e revisar técnicas, através de oficinas e reuniões.
28. Promover diariamente, a integração entre colegas, através de diálogo, do toque, de sessões rápidas de relaxamento.
29. Promover a integração com as funcionárias novas no setor, através de diálogo e explicações de como funciona o setor e qual a metodologia de trabalho.
30. Implantar avaliação da CTI Pediátricas pelos familiares e analisar e discutir os resultados, em período pré-determinado.

Algumas propostas já estão sendo colocadas em prática, principalmente no que se refere à maneira como o grupo participante do estudo tem se conduzido mediante a **presença** dos pais. A equipe tem procurado conversar mais, ficar mais tempo ao lado deles, principalmente no horário de visitas e tem interagido melhor com os recém-nascidos, mesmo àqueles pouco responsivos e comatosos.

Após alguns dias sem ir na CTI, pois precisei ausentar-me para realizar atividades do Curso de Mestrado em Florianópolis, uma das participantes do Processo de Educar para o Cuidado, referiu espontaneamente:

*(..) olha, Rejane, quando você não estava, nós continuamos a fazer o que combinamos nos encontros. Estamos dando mais atenção ao bebês, aos pais e outras pessoas da família. Sempre que a gente lembra, estamos praticando. E, está sendo bem legal!*

A intenção de expandir e divulgar essa proposta de trabalho a todos a funcionárias da CTI também foi contemplada. Participei de uma atividade proposta dentro do programa de Educação Continuada, realizada mensalmente com toda a equipe de enfermagem do setor e, o foco principal do encontro foi a humanização do atendimento e promoção da **presença** da família no cuidado às crianças que internam na CTI.

Saliento porém, que no desenvolvimento desse estudo vivi muitos momentos de encanto mas devo confessar que também vivenciei alguns raros desencantos, pelo menos momentaneamente. Isto porque, observei que algumas participantes dos encontros e outras que foram na reunião planejada dentro da Educação Continuada, em muitas situações, não colocavam em prática a proposta de **Cuidado-Presença**, mesmo tendo ótimas oportunidades para isto.

Para ilustrar uma dessas ocasiões, relato um episódio ocorrido durante a visita de pais. No box 4, no qual ficam os recém-nascidos com cuidados mínimos, dois deles receberam visitas dos pais. As mães colocavam as mãos no bebê através das portinholas da encubadora enquanto que os pais ficavam parados, em pé, com as mãos para trás, observando o filho e o ambiente ao redor.

Percebendo que os bebês estavam sem oxigenioterapia, sem infusão venosa, rosados, com boa perfusão periférica e responsivos aos estímulos maternos, indaguei às mães se elas não tinham pego os recém-nascidos no colo. Responderam que sim, mas

como eles haviam vomitado na manhã anterior, a 'enfermeira' falou que não dava para pegar no colo. Coincidentemente, os dois bebês estavam apresentando o mesmo quadro clínico.

Relato este fato, pois, muitas vezes parece que pequenas alterações, quaisquer intercorrências servem para impedir o contato direto dos pais com seu bebê. Se os recém-nascidos tinham apresentado alguma intercorrência, há mais de vinte quatro horas, e, estavam estáveis, sob o ponto de vista clínico, não haveria impedimentos para as mães segurá-los no colo.

Essas formas de atendimento humanizados e individualizado podem dar um pouco mais de trabalho à equipe de enfermagem mas é fundamental que isto seja feito, se a enfermagem realmente quiser fazer uma enfermagem diferente e humanizada.

Referi, inicialmente que são desencantos momentâneos, pois logo refleti que, as mudanças de conduta são lentas, é necessário muita insistência, muitas reflexões, vários momentos de sensibilização para que mudanças ocorram.

Esta é a importância de um Processo de Educar para o Cuidado, enfatizado em forma de Educação Continuada para que ocorra o comprometimento e vontade de toda a equipe para fazer um cuidado diferenciado.

Este estudo vem de encontro aos objetivos do GAM (Grupo de Apoio Multidisciplinar), da CTI Pediátrica. Fronza et al. (1999), ao relatarem as propostas e atividades desse grupo, enfatizam que, para que haja uma assistência humanizada é fundamental que a equipe de saúde tenha um preparo específico para lidar com situações emocionalmente conflitantes.

Um fator limitante à dinâmica do GAM é representado pela pouca participação da equipe médica. A maioria alega não dispor de tempo para participar, outros demonstram claramente que não têm vontade de se envolver. Alguns profissionais mesmo não participando ativamente do grupo, reconhecem sua importância e quando detectam dificuldades relacionais dos pais com os filhos ou com eles próprios, encaminham a dupla parental para participação no grupo de pais ou para entrevista individual com a psicóloga.



Em relação ao envolvimento de toda a equipe de saúde na filosofia da unidade, Fronza et al. (1999, p.8) ressaltam,

*O sucesso de uma Unidade de Terapia Intensiva poderia ser comparada ao de uma orquestra onde os músicos necessitam de um desempenho harmonioso. Esta cooperação depende da equipe médica, de enfermagem, psicológica e de todo o pessoal envolvido.*

Outras propostas estão sendo discutidas pelo GAM, no sentido de implementá-las, o mais breve possível. Na verdade, essas mudanças vão acontecendo lentamente, até porque o GAM se reúne semanalmente e, quando há intercorrências na CTI, as reuniões são suspensas. As enfermeiras do setor que participam do grupo, o fazem no seu turno de trabalho e isso interfere no dinamismo das reuniões com a equipe multidisciplinar.

Neste quinto e último encontro, enquanto aplicação do Processo de Educar para o Cuidado, foi mostrado ao grupo, os desenhos propostos para a representação do marco conceitual.

A seguir apresento a representação gráfica do marco conceitual construída conjuntamente com o grupo participante do Processo de Educar para o Cuidado.

#### **5.2.4 Representação gráfica do marco com enfoque na presença da equipe de enfermagem e família no cuidado ao recém-nascido de alto risco de uma CTI Pediátrica**

Minha primeira intenção era representar o marco conceitual com um desenho que tivesse flores, sendo que essas representariam a equipe de enfermagem, os familiares e até o próprio recém-nascido.

Mas, no decorrer do estudo, fui percebendo que a questão do estar junto, do toque, da proximidade, entre outros, ficou muito forte. Achei que mãos, pudessem representar de forma sensível e clara os conceitos utilizados (Figura 4).

Ao mostrar o esboço dos desenhos e justificar a opção pela representação com mãos, todas as participantes concordaram. Não fizeram sugestões em relação à arte propriamente dita, mas optaram por um dos desenhos, a qual foi prontamente atendida pois, a escolha do grupo coincidiu com a minha preferência por um dos esboços.



**FIGURA 4 – A Presença da equipe de enfermagem e da família no cuidado do recém-nascido de alto risco internado em CTI Pediátrica.**

A partir do entendimento que a **presença** é uma experiência interhumana, que faz parte do ato de cuidar e que é uma necessidade básica do recém-nascido para seu crescimento e desenvolvimento saudável, busquei construir o marco conceitual desse estudo, baseada em autores da literatura da área, que direcionaram a elaboração dos pressupostos e conceitos.

Considerando que a **presença** é um recurso que as pessoas tem e podem colocar à disposição para prestar o cuidado e facilitar a interação, contribuindo para a situação de saúde-doença do recém-nascido de alto risco que está internado numa CTI, busquei representá-la utilizando desenhos de mãos, as quais simbolizam a enfermagem e a família.

O ser humano recém-nascido de alto risco, apesar do maior risco de adoecer e morrer, devido às condições que alteraram o curso normal de eventos relacionados ao seu nascimento e sua capacidade adaptativa à vida extra-uterina, aparece como ser único dentro do grupo social e familiar a qual pertence.

Na CTI, ele é o centro da atenção da equipe de saúde, e, apesar de todas as intercorrências que essa situação pode trazer, ele poderá de forma, as vezes, sutil, manifestar seus desejos, necessidades, satisfações, dores e prazeres.

O ambiente da CTI Pediátrica deve ser um ambiente facilitador, o qual é representado no desenho, pela cor amarela, com emissão de raios luminosos, representando uma estrutura que cuida dos bebês e dos familiares. É constituído pelos materiais, equipamentos e pelos seres humanos, que se relacionam e interagem, resultando nos recursos que podem atender as necessidades do recém-nascido e sua família.

Segundo Winnicott (1996), o recém-nascido deve ter um *ambiente de facilitação* e deve *ser bem segurado*. Isto significa, segundo este autor, tornar seguro, firmar, amparar, impedir que caia, agarrar, conter, prender, garantir, afirmar, tranquilizar, serenar, sossegar, não se desfazer de, conservar, afirmar, apoiar. Esses são atributos de cuidado fundamentais para atender as necessidades físicas, emocionais e de segurança, do recém-nascido internado numa CTI.

A enfermagem poderá se fazer **presente**, intermediando e promovendo uma relação afetiva, mostrando a unidade aos familiares, apresentando a equipe e os equipamentos, para tornar esse ambiente mais conhecido e suportável, no sentido de tornar melhor a situação de estar na CTI.

A enfermagem é representada pela mão de cor verde, que *segura* esse recém-nascido procurando de maneira não intrusiva, desenvolver ações de cuidado que promovam sua própria interação com o recém-nascido, com os pais e familiares, assim como a interação desses com o filho.

Os profissionais de enfermagem promovem o encontro, o compartilhamento, o estar presente, possibilitando que a família participe desse processo.

A família é representada pelas mãos de cor rosa e de cor azul, tocando e envolvendo o recém-nascido de alto risco, o que determina uma interação afetiva, marcada pela **presença** dessa família.

O partilhar de experiências dos familiares e seus recém-nascidos e da equipe de enfermagem, deve ser sincero e com disponibilidade e se dá nesse encontro, nessa presença, com manifestações caracterizadas pelo toque, pelos gestos, olhares, palavras e expressões corporais e faciais, vivenciadas nessa relação.

Conforme Gilje ( 1992) , a **presença** é uma relação intra e inter subjetiva com o lugar, com o objeto e com as pessoas e que resulta em uma experiência plena de significado.

Dessa forma, procuro demonstrar que, quando as pessoas se fazem **presentes**, não só fisicamente, há possibilidades de formação de vínculos afetivos, o qual, acontece com a convivência das pessoas envolvidas e que esse vínculo, facilitará a promoção de um **Cuidado-Presença**, influenciando nas condições de saúde e no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido de alto risco internado na CTI.

Alguns dilemas éticos emergiram durante o desenvolvimento deste estudo. Estes foram discutidos no decorrer dos encontros e no cotidiano com as participantes. Diante de sua importância para o estudo e pelo valor dado pelas participantes do trabalho, apresento-os no Quadro 2 a seguir.

**QUADRO 2 - Alguns dilemas éticos que emergiram no decorrer do estudo.**

- A problemática da informação sobre a situação de saúde dos recém-nascidos aos pais e familiares, sendo que a equipe de enfermagem se sente limitada nesta função. Não há concordância e sintonia com as informações que os médicos dão aos familiares e a equipe não tem autorização para fornecer estas informações. Essa situação é geradora de muita ansiedade e frustração, pois os componentes da equipe de enfermagem se sentem incompetentes;
- O enfrentamento de situações de crianças em fase terminal e a morte;
- O respeito à vida, aos direitos e dignidade das pessoas, inclusive o recém-nascido. Mas, também, o respeito e dignidade dos cuidadores da enfermagem, no sentido de valorização da profissão por outros profissionais e pelos pacientes e familiares;
- O uso da tecnologia em detrimento do carinho, do toque, da afetividade, sensibilidade e espiritualidade;
- A discussão sobre os valores dos seres humanos.

Nos encontros com a equipe de enfermagem que se propôs a desenvolver esse estudo, quando surgiam esses dilemas éticos, as discussões ocorriam na tentativa de equacionar possíveis soluções. Mas, logicamente, o grupo não encontrou respostas para todos os questionamentos.

No entanto, pode-se afirmar que a ética permeou todas as discussões e que esse Processo de Educar para o Cuidado permitiu aos participantes a oportunidade de adoção de uma postura ética mais comprometida com o ser humano, em especial, o ser humano recém-nascido.

Não havia previsto no início do estudo, a utilização de um instrumento de avaliação dos encontros de grupo. Mas em todos os encontros eram realizados momentos de avaliações, através de depoimentos verbais e pensei ser interessante, tê-las por escrito. Por este motivo, entreguei uma ficha de avaliação (Anexo 14), para que fosse preenchida pelas participantes.

Todas as participantes avaliaram os momentos de trabalho de grupo do Processo de Educar para o Cuidado como ótimos, tendo sido referido por quase todas, que esse trabalho contribuiu para sua valorização e transformação pessoal e profissional.

Destaco uma sugestão dada pelo grupo, de que esse tipo de atividade fosse introduzida na Educação Continuada da CTI Pediátrica pois, a equipe acha importante o desenvolvimento de uma proposta que reconheça os sentimentos das pessoas e valorize-as como seres humanos, levando em consideração suas potencialidades e suas limitações.

Uma participante referiu:

*(...) me senti muito bem ao participar desses encontros. Posso dizer realizada, pois aprendi a dar mais atenção aos familiares. Quando vou cuidar de algum bebê, quando vou desenvolver uma técnica, lembro dos encontros e dou maior importância.*

E, uma colega complementou:

*começamos a observar e valorizar mais a presença da família. Estamos melhorando o atendimento ao recém-nascido e estamos mais unidas, mais amigas em prol de um atendimento melhor, mais produtivo.*

A maioria referiu que se a equipe for valorizada e sentir-se bem no seu ambiente de trabalho, o atendimento ao paciente e familiares certamente melhorará.

Para encerrar o encontro, houve despedidas mas com promessas de retorno para devolução dos dados do estudo e até mesmo para validação de alguma contribuição, que se fizesse necessária. Foi realizada leitura de mensagem (Anexo 15), e entrega de lembrança para cada participante como forma de reconhecimento e agradecimento pela disponibilidade, amizade, empenho e vontade de realizar algo para melhorar o desempenho profissional e pessoal.

## CAPÍTULO VI

### **A QUALIDADE DA PRESENÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E FAMILIARES NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: da Presença Comprometida á Presença-Cuidado**

*... é a aprendizagem da sintonia,  
da capacidade de ver e de ouvir  
os outros e a si;  
às vezes, é simples  
às vezes, muito complicado.  
É pensar e sentir,  
Sentir e pensar,  
Chegar e aproximar-se mais  
Dos outros e de si.*

*Maria Tereza Maldonado*

Neste capítulo apresento a avaliação da aplicação do marco conceitual na Prática Assistencial focalizando a presença no Processo de Educar para o Cuidado desenvolvido com a equipe de enfermagem da CTI Pediátrica. Reforço, que esse conteúdo, emergiu da análise qualitativa da descrição desse processo. Acompanha essa análise a discussão reflexiva acerca do tema.

Apresento os atributos que compõe a presença de qualidade e identifiquei algumas implicações que este construto tem para a prática de enfermagem, para a educação e pesquisa.



A construção desse estudo foi possível através da utilização de um marco teórico, que embora tenha sido uma elaboração mental, ampliou-se e agregou-se no desenvolvimento do trabalho, para concretizar-se na prática.

O uso de um referencial teórico permite captar as questões a serem observadas, as relações a serem efetivadas e as reflexões e interpretações a serem realizadas. Ele serve como um termômetro, um apoio, um guia norteador, para a prática da enfermagem e representa algo em que o profissional acredita e valoriza.

Ao desenvolver esse estudo com equipe de enfermagem de uma CTI Pediátrica, juntamente com familiares e seus recém-nascidos, aplicando um marco conceitual baseado em um Processo de Educar para o Cuidado, com enfoque na **presença** da equipe e da família junto ao recém-nascido de alto risco, busquei sensibilizar o grupo participante para reflexão e discussão dos conceitos que compõe esse marco e que permeiam nossas práticas diárias, no sentido de promover essa **presença**.

Ao realizar a re-leitura dos pressupostos que fundamentaram a elaboração dos conceitos do marco conceitual, posso re-affirmá-los, de forma concreta, através desse Processo de Educar para o Cuidado com a equipe de enfermagem, familiares e seus recém-nascidos.

No capítulo onde apresento o marco, enfatizei o ser humano e ser humano recém-nascido, pois é para ele que se destina especificamente esse estudo e os cuidados de quem trabalha na área da neonatologia.

O conceito de ser humano profissional da enfermagem também foi considerado, tendo sido muito valorizado pelas participantes do Processo de Educar para o Cuidado. Isto porque possibilitou através dos encontros realizados, a reflexão sobre o ser humano que os profissionais de enfermagem são, suas inter-relações com o ambiente onde vivem e trabalham, com suas possibilidades e necessidades.

A questão do ser humano, relacionado à natureza foi um fato acrescentado ao conceito de ser humano, que emergiu com os desenhos realizados pelas participantes, no desenvolvimento do primeiro encontro com o grupo.

Reportando-me à Patrício (1996, p.48) enfatizo, o que esta autora caracteriza como ambiente.

*Ambiente é o contexto, o espaço, micro e macro onde o Ser Humano vive. É a natureza física, energética (natural ou já modificada pela cultura-ação), representada pela terra, o sol, a lua, o ar, a água, pelos seres vegetais, minerais e animais... Sendo assim o homem também é natureza em sua essência.*

A família, interagindo com o recém-nascido e a equipe de saúde também foi enfatizada nos encontros, como sendo muito importante, mas o grupo salientou que é primordial um processo educativo, que influencie essa tríade, preparando-os para o desenvolvimento de uma prática educativa e assistencial, que torne possível a **presença** da família junto ao recém-nascido, promovendo sua saúde.

Durante o estudo, foi acrescentado, pressupostos referentes à equipe de enfermagem, pois, confirmei com esse trabalho, que apesar dos progressos científicos ocorridos na profissão, existem muitas dificuldades no cotidiano, em relação ao desempenho das funções desses profissionais, às condições gerais de trabalho, remuneração, reconhecimento no meio profissional e social.

Quando o ser humano está imerso nas ações rotineiras, no seu fazer diário, ele tem dificuldades de visualizar sua vida concreta e não se sente capaz de transformá-la. Há necessidade de que ele receba o estímulo de alguém para que sua realidade emerja, ele tome consciência dela e então, seja capaz de transformá-la.

A maioria das trabalhadoras da enfermagem está imersa em suas ações rotinizadas e marcadas pela história da profissão, pelo sistema de formação e pela sistemática adotada de educação continuada das instituições.

Segundo Meurer (1998, p. 17),

*As ações da enfermagem tem se rotinizado e cristalizado, ao longo da história, como forma de se tornarem inquestionáveis, imutáveis, tornando-se, tão somente, atos mecânicos, que podem ser desempenhados sem reflexão.*

Percebi com este estudo, que apesar disso, a equipe de enfermagem tem um potencial riquíssimo. A grande maioria dos profissionais é disponível para engendrar mudanças e ampliar seus conhecimentos, no sentido de melhorar a assistência de enfermagem.

Nesse sentido, o Processo de Educar para o Cuidado propõe uma assistência que se caracteriza pelo respeito ao ser humano, para o qual o cuidado se destina, bem como os seus familiares, com toda sua subjetividade e especificidade. O que se faz necessário é ter uma equipe preparada técnica e emocionalmente para atender o recém-nascido e sua família de forma humanizada, promovendo uma forma de **Presença Comprometida** que leve a uma **Presença-Cuidado**, influenciando favoravelmente o processo saúde-doença do recém-nascido de alto risco.

Porém, ainda existem trabalhadoras que são resistentes à entrada e à participação da família nos cuidados com o recém-nascido, prioritariamente por não compreenderem a crise porque passa a mãe, pai e outros familiares, e os sentimentos que eles experienciam.

O Processo de Educar para o Cuidado desenvolvido com a equipe de enfermagem favoreceu para que houvesse, uma sensibilização e o início de uma caminhada para a compreensão necessária desses sentimentos. Esse trabalho caracterizou-se como um **Cuidado-Presença** desenvolvido com a equipe envolvida.

Acrescentei um pressuposto dirigido aos aspectos éticos, pois confirmei que a ética deve permear todas as nossas atividades, não somente profissionais mas pessoais. Foi com esse espírito e com consciência e responsabilidade que desenvolvi este estudo, procurando manter uma postura profissional que considerou os recém-nascidos e seus familiares, assim como a equipe de enfermagem.

Neste sentido, prestei todas as informações necessárias a respeito de benefícios e riscos que poderiam ocorrer, sempre respeitando as pessoas e zelando pela promoção do seu bem estar, segurança, privacidade e autonomia.

No transcurso deste estudo, deixei emergir meus sentimentos, questionamentos e os significados da realidade na qual vivenci esta experiência. O modo como os pais dos recém-nascidos se portaram e a forma como a própria equipe realiza os cuidados, foi apreendido no acontecer dos fatos, no ambiente da CTI, sem pré-julgamentos, tentando ser fiel à realidade, ali manifestada na relação com os recém-nascidos, seus familiares e equipe de enfermagem.

Considerando estes aspectos, houve a preocupação constante de nos encontros com os envolvidos no estudo, ver os fatos como eles se mostraram, evitando que mi-

nhas crenças interferissem no processo, mantendo o compromisso com o rigor dos fatos e dos depoimentos.

A compreensão da complexidade e da riqueza das vivências foi construído num movimento de ir e vir, em um espaço e tempo delimitados e definidos, dentro dos recursos disponíveis. Nesta convivência, minhas experiências se construíram e reconstruíram, mostrando-me a intersubjetividade que pode acontecer quando ocorre o relacionamento das pessoas e a importância de perceber esta intersubjetividade na prática assistencial.

A constante revisão da literatura neste estudo e a própria vivência que tive em campo mostraram que a **presença** é um construto fundamental no cuidado, sendo um elemento universal do cuidado interpessoal.

Para a enfermagem, a importância da **presença** tem sido conhecida intuitivamente por muito tempo. Entretanto, agora, que esse fenômeno interhumano está começando a ser reconhecido e articulado como uma valiosa experiência na dimensão humana. Neste estudo, a análise da qualidade da **presença** torna-se um processo necessário para clarificar caminhos e conhecimentos sobre este construto do cuidado e o desenvolvimento do conhecimento básico para a enfermagem.

Da leitura intuitiva e reflexiva dos dados emergiram categorias que caracterizam uma **Presença-Comprometida**, autêntica, sólida e de parceria e que leva a um **Cuidado-Presença**, enquanto envolver o ser humano na sua integralidade.

Nesta perspectiva, uma **Presença-Comprometida** é permeada por valores como **sensibilidade, sinceridade, reciprocidade, paciência, comprometimento, responsabilidade, convivência, disponibilidade, preocupação, envolvimento, interesse, acolhimento, intimidade, valorização, parceria**, entre outros. Estes valores podem e devem ser cultivados e respeitados pelos pais e outros familiares e a equipe de enfermagem, nas suas relações e na promoção do **Cuidado-Presença**, ao recém-nascido de alto risco internado em CTI Pediátrica.

A **qualidade da presença** expressa atributos que lhes são peculiares. Segundo Gilje (1992), o maior atributo da presença está na habilidade de psicológica ou emocionalmente, *estar com ou atender a outra pessoa, lugar ou objeto*.

Para ter uma experiência significativa é necessário uma congruência com o corpo, mente e espírito e, sendo esta experiência marcada por uma **presença de boa qualidade**, pode resultar numa **relação interpessoal de amor, significado, propósito, esperança, intimidade, envolvimento, responsabilidade, participação, cuidado transpessoal**.

Gilje (1992) salienta que através da **presença**, as pessoas experienciam a ética, a estética, o empírico e o caminho personalizado para o conhecimento. A presença é o elemento chave das interações com os clientes, no caso deste estudo, do recém-nascido e sua família, bem como com a equipe profissional.

Os atributos da presença podem se manifestar diferentemente, quando se trata de recém-nascidos de alto risco e suas inter-relações com outras pessoas e com o ambiente, pois esse recém-nascido inicia seu processo de crescimento e desenvolvimento em defasagem, se comparado ao bebê normal e, precisa vencer muitas etapas para ser considerado fora de risco e engendrar no desenvolvimento condizente desta etapa do seu processo de viver.

Estudos prospectivos de diversos autores, especialmente de Bowlby e Klein, referenciados por Lebovici (1987) relatam a existência de uma vida afetiva muito precoce e asseguram que o recém-nascido é muito mais vulnerável, do ponto de vista emocional.

É prioritário que ele receba conforto e carinho, logo após a vivência de ansiedade do parto e possíveis traumas ou eventos associados ao seu processo de nascimento.

Lebovici (1987), entre outros, mostram que o desenvolvimento afetivo inicial, entre o bebê e sua família se dá especialmente, através das capacidades perceptivas de cada um de seus integrantes. A mãe ao atender as necessidades do filho, ao mesmo tempo que vai respondendo ao apelo do bebê, provoca nele estímulos. Com isso, vão aparecendo situações e manifestações entre os participantes desta relação, que vão servir para consolidar os laços afetivos.

Klaus e Kennel (1993) afirmam que quando separados, horas e dias, como acontece quando o recém-nascido necessita internar em uma CTI, a ligação pode ser dificultada para *alguns* recém-nascidos e *algumas* mães. Para formação do vínculo é necessário que os pais se **façam presentes**, sendo para alguns pais, um processo relati-

vamente longo e contínuo e que exige que eles permaneçam o maior tempo possível e façam jús deste tempo, para conhecerem-se a si mesmos e o bebê.

Em relação a este fato, Brazelton (1988, p. 13) diz o seguinte:

*o melhor recurso para que se adquira o melhor papel como pai ou mãe certamente é a liberdade de conhecer a si mesmo, de seguir as próprias inclinações e os melhores sinais para saber-se quando se está no caminho certo, com o bebê, são dados pelo próprio bebê.*

Os recém-nascidos que ficam na CTI são muito vulneráveis em função das suas condições clínicas e das características físicas e fisiológicas que apresentam. A grande maioria dos recém-nascidos está em situação grave e são mantidos por uma gama de aparelhagem que determina uma visão, muitas vezes, dolorida e desagradável do bebê. Ele pode, na busca de melhorar suas condições de saúde, encontrar-se, por momentos, aparentemente isolado, cercado por equipamentos, sem haver uma relação maior com as pessoas que o cercam.

Acredito que esta situação possa frustrar os pais, além de determinar a forma como a equipe vai conduzir e comportar-se em relação a seus cuidados.

Essas condições do recém-nascido são extremamente ansiogênicas, especialmente tendo em vista sua extrema debilidade, seu pequeno tamanho e sua incapacidade de reagir à estímulos. Esse bebê de alto risco é intensamente manipulado durante grande parte do dia, para coleta de exames, punções, troca de curativos, imobilizações. É recomendado que as pessoas o manuseiem o mínimo possível, para evitar infecções, perda de peso, consumo de energia e outras intercorrências, embora isso seja difícil de ser observado na prática cotidiana da CTI.

Este é um paradoxo no atendimento ao recém-nascido de alto risco, que pode interferir no estímulo e **Cuidado-Presença**, pois ao mesmo tempo que se impede o manuseio pela gravidade do bebê, se estimula que os pais tentem e tenham contato físico com os filhos. Ocorre que muitas vezes esses contatos, quando os pais estão presentes e até da própria equipe, fica restrito aos cuidados básicos e necessários e, não no sentido de preservar o recém-nascido da dor, do desconforto e do isolamento na incubadora ou berço aquecido, imposto pelos aparelhos e procedimentos.

Com tudo isto, a situação do recém-nascido gera nos pais e outros familiares, necessidades e sentimentos de cuidá-lo, acariciá-lo, de permitir que ele se liberte de tudo o que o incomoda e causa desconforto e dor. Por outro lado, o fato de os bebês pouco reagirem, reclamarem, manifestarem sua desvalia e mal estar, faz com que muitas vezes, o contato com as pessoas que o cuidam, se torne impessoal e distante.

Por esta razão, é prioritário que haja interferência nestas relações, estimulando o processo de comunicação deste bebê com as pessoas ligadas a ele e com o meio ambiente, o que vai influenciar diretamente no desenvolvimento afetivo e interativo deste bebê.

Nestas interações deve ser dada atenção especial aos prematuros. Eles são menos alertas, respondem menos aos estímulos, têm menor coordenação motora, além de apresentarem dificuldade de serem consolados.

Suas manifestações não são direcionadas especificamente à estímulos externos. As vezes, sem estimulação alguma, eles se movimentam, fazem caretas, abrem a boca. E isto faz com que não haja sua participação efetiva com e no ambiente como acontece com os bebês maiores e em melhores condições de saúde. Isto implica em pensar sobre a precariedade dos seus recursos e sua relação com as figuras parentais, que colocam em risco a persistência da família de estar junto com o bebê e no modo como eles ficam, interferindo na **qualidade de sua presença**.

O ambiente da CTI tem interferência direta na qualidade desta presença pois é considerado um ambiente especial e que tem várias barreiras para os pais, entre elas, os equipamentos. Tomando como exemplo a encubadora, considerada pela equipe de saúde um equipamento muito simples, de fácil manuseio e que na CTI representa, para a equipe e para os familiares, a melhora do recém-nascido e diminuição do seu fator de risco, ela pode ser uma barreira mecânica significativa.

Essa barreira protege o recém-nascido de alterações de temperatura, ruídos ambientais, infecções mas também o protege de contatos físicos. A mãe e o pai, mais especificamente, podem ter a sensação que o filho não lhes pertencem e que ele não lhes foi entregue totalmente.

Essa situação dificulta a relação da mãe e do pai com o bebê, principalmente se o contato for realizado apenas pelas portinholas da encubadora; interfere na possibilida-

de do bebê perceber a **presença** dos pais, prejudicando as manifestações de afetividade, demonstradas através do calor, do toque e até do cheiro.

O ambiente da CTI pode ser um dos fatores que mobiliza o distanciamento físico e emocional dos pais. Esse distanciamento é percebido quando eles não visitam o filho, não tocam ou quando o contato ocorre, é frágil e rápido. Essas dificuldades parentais podem causar perturbações no apego, fazendo com que os pais não demonstrem preocupação com a situação do filho, não reconheçam o filho como *seu*, achando-o feio e sem graça, principalmente se nasceram prematuros, com alguma má formação ou quando eles estão com inúmeros aparelhos, que impedem a visualizada adequada do bebê.

Esses pais têm muitas dificuldades de experimentar sentimentos ternos e maternos, são lacônicos em sua expressividade e geralmente preferem olhar o filho de longe ou prestar atenção aos outros bebês internados. Essa situação pode gerar um quadro que é comum ser observado na CTI, no qual os pais vêm visitar o filho, mas não participam da rotina do setor, não se engajam nos cuidados que são possíveis de fazer para com o bebê, descaracterizando uma **Presença Comprometida** com a promoção e recuperação da saúde física e mental do recém-nascido, bem como contribuir para seu bem estar.

Essas manifestações podem provocar uma má comunicação com a equipe levando à perda de controle e à relacionamentos bruscos. Com isto, a equipe que não tem uma percepção clara desta situação, pode achar que os pais são *complicados*, pode responder igualmente com relacionamentos bruscos, limitando o diálogo com os familiares, reduzindo os recursos de interação e comunicação, necessários para que a família se sinta inserida no ambiente e no cuidado do recém-nascido.

Estes conflitos geram sentimentos de culpa, perda, solidão, impotência, desalento, medo, ansiedade, ira, incompetência, ciúmes, perseguição, hostilidade, frustração, inibição.

Durante a gestação, os pais e toda a família, se preparam para a chegada do bebê. Vão preparando um espaço para ele, dentro de um tempo já previsto para uma gravidez. Quando o bebê nasce antes, este tempo vai faltar para os pais mas também para o bebê que ainda não alcançou um desenvolvimento suficiente que permita sua inserção na família de forma prazerosa e participativa. Além disso, ele necessita ficar



em ambiente estranho e com pessoas que não fazem parte da família. As mães e os pais não conseguem fazer os cuidados normais a seus filhos. Esta situação pode causar estresse e afetar a interação da mãe/pai/recém-nascido/equipe de saúde.

É preciso portanto, respeitar os sentimentos daqueles que não podem se permitir a esta aproximação e que muitas vezes, manifestam-os através do medo, depressão, revolta ou outros sentimentos adversos. Em muitos momentos, na ansiedade de estimular a proximidade dos pais com o recém-nascido, a equipe não permite que haja um tempo para que eles se acostumem com a situação e com a aparência do recém-nascido.

Provavelmente, esta mescla de sentimentos vivenciados pelos pais determina manifestações de não-presença, como olhar de longe para o filho, não se aproximar do berço aquecido ou encubadora, observar mais os outros bebês do que o seu, permanecer em pé parado ao lado do berço, com as mãos para trás, e quando começam a tocar, geralmente é com relutância e na ponta dos dedos.

Klaus e Kennel (1993) relatam que é possível utilizar recursos baseados no cuidado e nos relacionamentos humanos para facilitar a **presença** desses pais junto ao filho, enfatizando aspectos relacionados à segurança, confiança, esclarecendo-os de que sua presença e participação é fundamental para superar estas dificuldades, facilitar a recuperação do filho e manter a integridade familiar.

É óbvio, que, as condições da família devem ser avaliadas pela equipe antes de cobrar dela, a presença necessária. Quando acontece uma internação hospitalar, os familiares se deslocam do seu ambiente, a mãe fica mais tempo no hospital internada ou acompanhando a evolução do bebê, o pai precisa trabalhar. Caso não morem no mesmo local do hospital, o que é muito comum, têm dificuldade de encontrar um local para se hospedarem e os outros filhos precisam ficar com outras pessoas, nem sempre ligadas diretamente à família.

Sem dúvida, esta situação interfere nas possibilidades de **Presença Comprometida** e participativa e representa também, uma situação de risco, pois de um modo geral, toda a família se envolve, necessitando amparo, acompanhamento e cuidado.

Por outro lado, a tarefa dos profissionais que trabalham na CTI é árdua, desgastante e que exige muita habilidade e conhecimentos tendo em vista as necessidades de cuidado do bebê. Frequentemente ocorre um envolvimento afetivo da equipe com o

recém-nascido e há uma enorme responsabilidade quanto ao cuidado prestado, pois a utilização de medidas precisas e rápidas, vai implicar na recuperação deste bebê e na prevenção de seqüelas.

Assim, é que se no ambiente de atendimento for possível iniciar um processo de interação abrangendo a equipe e a família, abre-se a possibilidade de realizar um trabalho preventivo que estimulará não apenas o desenvolvimento físico mas também afetivo de todos os bebês, além de mobilizar a equipe de saúde para investir na prevenção do abandono e dos maus tratos a esse recém-nascido.

O recém-nascido de alto risco, no início ou em momentos na sua internação, devido a seu grave estado, tem seus canais inoperantes, sua participação nas relações interpessoais é inexistente. Por isso, é importante que ele tenha um parceiro, representado pela equipe e a família, que vai determinando o significado dele estar na CTI e que vai mostrando que ele não é um bebê isolado. Esse parceiro, pode estimular uma resposta ao ambiente externo, que não seja o doloroso, para que ele se torne um bebê acompanhado, que buscará o prazer, a companhia, a troca.

Os pais precisam se conscientizar de que a separação inicial é necessária e a internação na CTI é um recurso disponível para que seus filhos sejam cuidados e tratados para que sobrevivam da melhor maneira possível. Mas que, diante desta situação, eles podem participar do cuidado e se tornar uma **presença efetiva e afetiva**, explorando seus melhores recursos, no manejo de toda esta situação difícil e angustiante.

Desta maneira, há a possibilidade de que o recém-nascido seja reconhecido como pertencente a uma família, com uma história e fazendo parte de um contexto de integração, compartilhamento e que possa usufruir da melhor maneira, tudo que de melhor se apresenta, nesta situação não desejada. Os pais devem ser estimulados a valorizar tudo o que foi e é realizado pelo e para o bebê e o que já foi superado.

Quando o vínculo com o bebê torna-se fortalecido, os pais demonstram gratificações com o convívio, expressam sentimentos de prazer principalmente quando produzem respostas no recém-nascido e se sentem responsáveis por elas. Os laços emocionais se desenvolvem e os pais são capazes de realizar grandes sacrifícios pelo filho. Muitas mães colocam em risco até sua saúde, pois nos primeiros dias, se lhes for dada a oportunidade, ficam várias horas do dia na CTI.

Sabe-se que nos primeiros dias após o parto, as puérperas são muito vulneráveis e necessitam de tranqüilidade e repouso. Mas, ao se referirem sobre esta situação, as queixas de mal estar, tristeza, cansaço físico, não têm muito valor, tendo em vista a situação do bebê, principalmente quando há perspectivas de sair da ventilação mecânica, iniciar com a alimentação e ganhar peso.

Os pais ficam muito felizes e estimulados quando o bebê tem condições de ser transferido para o box de cuidados mínimos pois isso representa a estabilização do quadro, a suspensão de um rol grande de medicações, diminuição da necessidade de oxigenioterapia. Neste período há o preparo para a alta à unidade de internação e posteriormente, alta para o lar.

O **Cuidado-Presença** manifesta-se pela relação dialógica, que consiste num partilhar de experiências entre os pais e outros familiares, os recém-nascidos e a equipe de saúde, em especial a da enfermagem.

Quando ocorre a **Presença Comprometida**, o encontro se dá de forma sincera e com disponibilidade, sendo que as pessoas envolvidas neste encontro, se mostram presentes, num relacionamento que envolve ações afetivas, caracterizadas **por toque, gestos delicados, olhares, palavras, timbre de voz, expressões corporais e faciais**, vivenciadas subjetiva e objetivamente nas relações.

Conforme Cyrulnik (1995), encontro é a ação de ir em direção de alguém que está vindo. Esse encontro é necessário *para criar um campo sensorial que permita que nossas aptidões se manifestem e realizem suas performances*. Segundo este autor, a conversa monta o cenário comportamental que permite a posterior sincronização das emoções sendo que isto, exige alto grau de humanidade. É preciso saber se aproximar de alguém.

É importante a criação de uma *espaço emotivo* entre as pessoas, no qual poderá haver a troca de afetos, tendo que para isto, criar sinais de aproximação. No homem, a ritualização do encontro manifesta-se por gestos, as vezes de saudação.

Segundo Montagu (1986, p.101-102), a qualidade da estimulação tátil recebida, tem uma relação direta com o desenvolvimento qualitativo do organismo, a nível de todos os sistemas de órgão. Ele salienta,

*É por meio do contato corporal com a mãe que a criança faz seu primeiro contato com o mundo; através deste, passa a participar de um nova dimensão da experiência, a do mundo do outro. É este contato corporal com o outro que fornece a fonte essencial de conforto, segurança, calor e crescente aptidão para novas experiências (...).*

Montagu (1986, p. 106) reforça sua posição em relação ao cuidado afetivo com a criança.

*Para a criança se desenvolver bem, ela deve ser tocada, levada ao colo, acariciada, aninhada nos braços; deve-se falar carinhosamente. É o toque das mãos, do colo, das carícias, os cuidados, a proteção dos braços que queremos enfatizar, pois parece que, mesmo na ausência de muitas outras coisas, estas são experiências essenciais de tranquilização que o bebê precisa sentir para que possa sobreviver dentro dos parâmetros de saúde.*

Greene citado por Montagu (1986, p. 161-162) sugere que o bebê, separado da mãe está *exposto a novos estímulos...diferentes, menos persistentes, exóticos e, principalmente, até certo ponto ao acaso.* Ele refere, entretanto, que essas mudanças não necessitam ser totais.

*Os movimentos de balanço e tapinhas carinhosos que a mãe aplica no recém-nascido podem dotá-lo de um tipo de percepção objetual que faz a ponte com o parto e...se torna o modelo de todas as percepções que virão posteriormente. Embalar o bebê 'tende a uma sincronia com o ritmo respiratório da mãe e/ou com o do bebê', enquanto que os tapinhas 'aproximam-se dos ritmos cardíacos da mãe e/ou do bebê'. Em outras palavras, a mãe que embala e dá carinhosos tapinhas em seu bebê pode, em alguma medida, recriar os estímulos de sua respiração e do pulso, ritmos estes que foram significativos para o filho antes do nascimento; deste modo, ela dá ao bebê, diante do ambiente novo, a tranquilidade de um ambiente conhecido, algo de que ele tanto necessita.*

No Processo de Educar para o Cuidado, a equipe vislumbra as possibilidades de implementar e manter essa proposta de **Cuidado-Presença**, adotando uma relação com o recém-nascido, seus familiares e com ela própria, com o intuito de manter uma atitude de respeito, de aceitação dos mesmos como eles são, de confiança nas suas possibilidades e potencialidades para resolver seus problemas dentro da situação que se apresenta.

Nesse sentido, a enfermagem é a mediadora desse processo de **Cuidado-Presença**, para estabelecer esses relacionamentos afetivos, prioritariamente da

mãe/pai/filho, incentivando para que toquem, segurem o bebê, confortem, olhem, conversem, cantem, estimulando para que a mãe amamente quando possível. Estas situações acontecem num íntimo diálogo e mantendo atitudes próximas e de envolvimento que perpassem situações de *fazer com, torcer com, torcer por, estar com, lutar com e lutar por*, que podem caracterizar uma **presença de qualidade**.

Fazendo referência à amamentação, as mães têm consciência de sua importância, principalmente se o bebê tem baixo peso ou é prematuro. Em muitas situações, devido ao estado de saúde do recém-nascido, muitos deles necessitam ficar por vários dias sem receber alimentação e, quando iniciam esta é ministrada através de sondas. Há uma tendência à redução da produção do leite materno, levando-se em conta o estado emocional das mães e à dificuldade de ordenha do leite.

Esta é uma situação ansiogênica, que deixa a mãe preocupada e com sentimentos de culpa por não poder amamentar o filho. A equipe pode tranquilizar a mãe em relação a este fato, enfatizando que, esse procedimento é importante mas que existem leites especiais que podem substituí-lo perfeitamente, sem grandes riscos para a saúde do bebê.

Algumas mães têm limitações em relação ao ato de amamentar, muitas vezes devido aos próprios conflitos internos, possivelmente relacionados à experiências anteriores. Nesse caso, não deve-se forçar a amamentação pois existem outros mecanismos através dos quais as mães podem facilitar uma intimidade física com o filho. Segundo Winnicott (1996), em termos vitais, a amamentação é importante, *mas o ato de segurar e manipular o bebê é mais especial*.

A relação dialógica é inerente à enfermagem, que neste Processo de Educar para o Cuidado, foi reconhecida, agregando-se às palavras de Paterson e Zderad (1979), como uma profissão na qual há um *diálogo vivido*, principalmente quando os profissionais compartilham as experiências, indo ao encontro um do outro, tentando compreender as limitações, dificuldades e valorizando potencialidades.

A prática do cuidado pode ser nutrida e cultivada para que o ambiente se torne satisfatório, agradável, promovendo o crescimento individual e grupal, tanto em nível pessoal como profissional. Uma atmosfera fundada no **Cuidado-Presença** encoraja o diálogo, o debate e a prática de diferentes formas de conhecimentos na enfermagem.

Somente voltando nosso olhar para nossa maneira de cuidar e buscando a introdução de uma prática humanizadora, de compartilhamento e co-responsabilidade, poderemos compreender não só as situações vivenciadas pelos recém-nascidos de alto risco internados em CTI, pais e outros familiares, mas sim, ter uma melhor compreensão de nós mesmos, enquanto seres humanos e profissionais da área da saúde e, dos outros profissionais que convivem conosco no cotidiano.

Pude perceber e compreender nesta experiência, que práticas humanizadoras só serão possíveis se a enfermagem desenvolver uma relação de troca, de comprometimento que leve a um **Cuidado-Presença**, no qual as ações compartilhadas favorecerão a compreensão da situação dos pais que vivenciam e experenciam a internação de um filho em CTI.

A partir deste estudo, posso afirmar que cuidar dos recém-nascidos e crianças com seus familiares é possível e prazeroso. Parafraseando Freire (1979), o ser humano é capaz de criar, recriar e transformar o mundo e a si próprio, na busca contínua de *ser mais*.

Mas é fundamental que os seres humanos envolvidos no cuidado estejam abertos, receptivos, dispostos para utilizar suas possibilidades e potencialidades, para transformar sua existência e buscar melhorar e implementar as maneiras de cuidar, ensinar e aprender enfermagem.

Este trabalho poderá contribuir para repensar nosso cuidar, na busca de uma melhor qualidade desse cuidado, contribuindo com a produção de conhecimentos básicos e aplicados, principalmente na área da neonatologia, ampliando recursos e tecnologias de cuidados de enfermagem ao recém-nascido de alto risco, com apoio da família e equipe de enfermagem.

## CAPÍTULO VII

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quando tentamos realizar mudanças em nossas sociedades, somos tratados primeiramente com indiferença, depois com ridículo, depois com abuso e depois com opressão. E, finalmente, o maior desafio nos é lançado: somos tratados com respeito. É esse o estágio mais perigoso.*

*A. T. Ariyarante*

Neste capítulo trago as considerações finais, que emergiram das reflexões sobre o Processo de Educar para o Cuidado com enfoque na presença da equipe de enfermagem e família do recém-nascido de alto risco internado em CTI Pediátrica. Essas reflexões são chamadas de finais, por uma questão de localização na apresentação desse trabalho, mas elas não findam aqui.

Inicialmente, retorno brevemente à justificativa para a escolha desse tema e os objetivos que me levaram a realizar esse trabalho. Apresento, ainda, alguns aspectos que podem ser considerados como limitadores para a realização desse estudo, assim como aqueles que foram facilitadores à consolidação desta dissertação de mestrado.

Este capítulo representa teoricamente o final de uma etapa, que é o relato desse estudo, mas que provavelmente abrirá possibilidades para encaminhamento para outros estudos.

A opção por desenvolver um tema voltado ao recém-nascido com enfoque na **presença** de seus familiares e da equipe de enfermagem, sobreveio das minhas vivências na CTI Pediátrica como enfermeira assistencial nesta unidade e como docente de enfermagem em disciplinas que envolvem a saúde infantil.

A experiência com os participantes desse estudo, associada às reflexões e discussões no dia-a-dia e o apoio buscado junto aos professores e colegas do mestrado, bem como em eventos e na literatura sobre o tema, ajudou-me a compreender e reforçar minha idéia de estudar esse tema.

Ao vivenciar a realidade do mundo da CTI, juntamente com a equipe de saúde, as crianças e seus familiares tornei-me cada vez mais consciente da necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a **qualidade da presença** dos pais dessas crianças internadas e da presença da própria equipe de enfermagem, que acompanha toda a trajetória, geralmente penosa, difícil e desgastante das famílias desses bebês.

Dessa forma, esse estudo criou possibilidades para que eu visualizasse o cuidado prestado pelos pais e a equipe de enfermagem ao recém-nascido de alto risco sob um novo prisma, levando-me a olhar de modo diferente o ambiente da CTI, estimulando os seres humanos envolvidos neste contexto, a desenvolver um cuidado comprometido marcado por uma presença de boa qualidade, que favorecesse a recuperação e manutenção da saúde do recém-nascido.

A oportunidade de realização desse estudo trouxe-me descobertas, reflexões e muitos questionamentos sobre a importância da presença da família e da equipe de enfermagem no cuidado a esses recém-nascidos.

O que me marcou enquanto mestranda e enfermeira foi perceber a importância do enfermeiro se envolver com um trabalho sistematizado, com abrangência metodológica, teórica e prática.

Concordo com Trentini e Paim (1999), quando referem que a enfermagem, na construção de seu objeto, necessita desenvolver não só teorizações mas também elos



entre a teoria e a prática. Na construção desses elos, é necessário a operacionalização de conteúdos teóricos e o envolvimento do pesquisador na realidade pesquisada.

Esta consideração reforça minha opção pela escolha de um estudo baseado nos princípios de pesquisa participante, pois este é um método flexível e aberto, e que permite a interação dos sujeitos envolvidos, possibilitando que esses, analisem sua própria realidade. Segundo Haguette (1987), esse tipo de pesquisa é uma atividade educacional e orientada para a ação.

Percebi, também, a importância de utilizar o Diário de Campo, como um dos instrumentos para registrar os dados levantados nas observações, nos encontros e no cotidiano com os participantes do estudo. Mesmo aquelas informações, que a princípio, não tinham tanto valor, mas que agora percebo quão úteis poderão ser para embasar reflexões, discussões e até originar temas para novos estudos.

Sensibilizou-me o fato de perceber o quanto os familiares dos recém-nascidos e principalmente a equipe de enfermagem, se sentiram valorizados em participar desse estudo. Foi uma oportunidade ímpar, para questionamentos, para exporem suas opiniões e participarem de uma proposta para mudança da realidade.

Desde o início do Curso de Mestrado, minha intenção primeira era desenvolver uma temática que se voltasse ao recém-nascido e sua família e que tivesse um envolvimento e comprometimento da equipe de enfermagem. Ao concluir esta caminhada, percebo que fiz a opção certa e que estou no caminho que pretendia trilhar.

Nessa trajetória, tanto eu como a equipe que participou desse estudo, reafirmamos, reformulamos nossas posturas, nossos valores e nosso compromisso com o ser humano, ao mesmo tempo que desenvolvemos nosso auto-conhecimento. E, creio que este é o caminho que nos levará a descobrir outros caminhos, com o intuito de reforçar nosso compromisso com a vida humana.

Acredito que o Processo de Educar para o Cuidado desenvolvido, facilitou a aproximação das pessoas, fortaleceu os potenciais de cada uma delas e do próprio grupo, fazendo com que houvesse a valorização da saúde, a utilização de recursos disponíveis e também do exercício de cidadania.

Os momentos passados com o grupo propiciaram o compartilhamento de alegrias, dúvidas, angústias, preocupações, descobertas, trocas, vivenciados no cotidiano das participantes. Considerei importante o espaço criado para os encontros, tanto individuais quanto de grupo, os quais ocorreram num clima tranquilo e informal.

Apesar de em muitos momentos, ter me sentido ansiosa, temerosa de não obter um resultado satisfatório, insegura no conduzir o grupo às reflexões e discussões, ao detectar os resultados e observá-las na sua prática diária, considero que foi de extrema relevância.

Cada componente do grupo foi especial. A contribuição de cada uma, a troca de experiências e saberes, fundamentais. Nesses encontros nos transformamos a cada dia, a cada hora, caracterizando a complexidade deste processo. Sentia necessidade de a cada momento, desenvolver habilidades que me fizessem perceber as manifestações verbais e não verbais, seus estados de humor, de espírito, seus sentimentos de afeto, alegria, tristeza, cansaço e dores físicas.

Esse Processo de Educar para o Cuidado possibilitou o início de uma caminhada em direção ao meu crescimento e o do grupo, da transformação de suas práticas e no rumo de um caminho que leve à **presença de qualidade** dos familiares junto ao seu recém-nascido, além de possibilitar uma enfermagem mais participativa e humanizada.

Para desenvolver atividades de grupo é fundamental que a enfermeira desenvolva seu auto-conhecimento e adquira habilidades para atuar junto às pessoas que o compõe. A capacidade para cuidar implica que a cuidadora desenvolva seu auto conhecimento. Esta necessidade é referenciada por Mayeroff (1971), que enfatiza que o auto conhecimento facilita a que se possa conhecer também o outro e que a partir do conhecimento do que se é, se pode mostrar o que se quer ser.

O Curso de Mestrado possibilitou desenvolver esse auto-conhecimento e a aquisição de habilidades, com o desenvolvimento de atividades individuais e grupais. Ao mesmo tempo, tenho procurado aprofundar o aspecto da humanização, da criatividade, da sensibilidade, através do estudo de dinâmicas individuais e de grupo, de leituras, de assistir filmes com enfoque nestas abordagens, participando de eventos que subsidiem este lado, que considero primordial para um processo de cuidar adequado.

Quando na participação do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e do 10º Congresso Panamericano de Enfermería, realizado em outubro de 1999, em Florianópolis, optei pela realização de uma Oficina sobre Criatividade e Sensibilidade na Enfermagem, pois acredito que nossa profissão deve se voltar cada vez mais para o novo, para o belo, para a espiritualidade, para a busca de autonomia, não só como profissionais mas como seres humanos únicos e insubstituíveis.

Nesse sentido poderá haver o desenvolvimento da profissão como arte. Arte como maneiras ou habilidades de fazer algo, de transformar algo, corroborando com Patrício (1998, p.14). Ao justificar porque defende a idéia de que o cuidar é uma arte, essa autora assim se refere:

*(...) por que o processo de cuidar gera possibilidades de transformação através das técnicas (...), através dos cuidados, sejam de terapêuticas corporais ou dialógicas de educação em saúde, que expressam momentos intuitivos, sensibilidade, inspiração e criatividade do artista (trabalhador da enfermagem). Associados aos conhecimentos científicos e humanísticos sobre o 'objeto' a ser transformado pela arte. Ou quem sabe, melhor dizendo: sobre a obra de arte da natureza: a vida humana.*

Deixo claro, entretanto, que isto não significa continuar com o espírito caritativo que preconizou a história da profissão mas, que implica na sua valorização social e econômica.

Ao refletir sobre as diferentes atividades e ações que permearam esse estudo, pude identificar aspectos que podem ser entendidos como limitadores e outros como facilitadores ao seu desenvolvimento.

Como limitadores, posso pontuar o tempo necessário à dedicação como docente, com elevada carga horária, que interferiu no tempo e no desejo de dedicação exclusiva para leituras, reflexões e preparação para as atividades propostas.

Outro ponto importante e que limitou o desenvolvimento do estudo foi a necessidade de cumprir o cronograma. Com o tempo cronometrado ficou reduzida a possibilidade de realizar mais encontros para refletir e discutir sobre temas do marco e do interesse do grupo. De qualquer forma, o grupo participante sugeriu que esse trabalho tivesse continuidade, não somente para a equipe deste turno, mas para todas que trabalham na CTI Pediátrica.

Um fator que causou um certo desconforto e que pode ser considerado como limitador, foi a escolha da equipe de enfermagem do turno de trabalho da tarde. O grupo da manhã, gostaria de ter participado, pois algumas funcionárias, trabalharam comigo na CTI quando eu era funcionária do hospital.

Além disso, se os encontros realizados pudessem ser expandidos para as trabalhadoras dos outros turnos de trabalho da CTI Pediátrica, certamente haveria uma maior conscientização e mobilização, no sentido de melhorar, ainda mais, o cuidado prestado. Para atender essa necessidade, foi realizada uma reunião, com todas as funcionárias da CTI, dentro da proposta de Educação Continuada do setor.

Como facilitadores ressalto a escolha das participantes desse estudo, que caracterizou-se como um grupo dinâmico e disponível e que demonstrou muito interesse em se aperfeiçoar e a crescer tanto profissional como pessoalmente.

O apoio das enfermeiras do setor, no sentido de incluir a carga horária utilizada para o trabalho como educação continuada, o que facilitou a participação do grupo, também foi considerado de grande valia.

Outro fator facilitador foi minha permanência continuada nas atividades diárias como docente do Curso de Graduação em Enfermagem, com as disciplinas de Enfermagem na Saúde Infante Juvenil e ainda, na disciplina de Estágio Curricular I, criada a partir do currículo implantado em 1996, e que aconteceu pela primeira vez, durante a realização desse estudo.

Esta última, em especial, possibilitou a participação de acadêmicos, em entrevistas com os pais de recém-nascidos e promoveu discussões em relação à prática assistencial e a realização de pesquisa na área da enfermagem, que os orientaram, sobre a realização do seu próprio trabalho de conclusão de curso. Isso demonstrou que o Curso de Mestrado, muito contribuiu para fundamentar melhor a prática docente e melhorar o ensino de graduação.

Em relação à participação de acadêmicos, este estudo gerou o interesse de alunos e favoreceu a escolha da área da saúde da criança para o Estágio Curricular II de uma aluna do curso. No desenvolvimento do seu estágio na CTI Pediátrica, essa acadêmica utilizou a proposta elaborada pela equipe de enfermagem participante do estudo e a partir dela, embasou e realizou suas atividades. Na proposta de estágio dessa aluna, há

uma ênfase quanto à implementação do cuidado humanizado na CTI Pediátrica, com acompanhamento sistemático de familiares no horário de visitas, prestando as informações necessárias, estímulo a participação dos mesmos nos encontros do GAM e reelaboração do informativo da CTI (Anexo 16), entre outros.

A troca contínua, entre colegas do mestrado e nossa orientadora, e, eventualmente com outros professores do Curso de Mestrado e colegas que já concluíram o mestrado, tanto de idéias, como de reflexões e questionamentos, possibilitou momentos de extrema convivência, coleguismo, amizade e crescimento recíproco.

Nesta trajetória, sinto que mudei e, obviamente e felizmente, mudei para melhor. Estou mais crítica, mais participativa, cada vez mais ávida por conhecimentos e mais humana e sensível.

Mesmo antes de realizar o mestrado, sempre pensei em realizar estudos que fossem inéditos, que realmente contribuíssem para o desenvolvimento prático da enfermagem. Com formação basicamente tecnicista e intervencionista e tendo trabalhado por muito tempo em intensivismo, achava que uma pesquisa só traria benefícios para a profissão se pudesse ser altamente inovadora e ter uma aplicação prática, mas fundamentada em tecnologia e equipamentos.

Demorei um tempo até entender que a produção de conhecimentos e a ampliação de recursos e tecnologias do cuidado não precisaria ser algo inédito e difícil de alcançar. Percebi que essas tecnologias emergem da problematização do cotidiano e de fatos muito comuns e que embora sejam, muito estudados e discutidos, ainda não estão, muitas vezes, no rol de prioridades dos profissionais da enfermagem.

Giovanni (1986) e Patrício (1996), entre outros autores contemporâneos que estudam os relacionamentos humanos e o cuidado, salientam que estamos começando a descobrir nossos sentidos negligenciados. Enfatizam que os seres humanos, na atualidade, têm condições de alcançar outros planetas, mas com frequência não conseguem atingir seus semelhantes. E, isto têm trazido muitas insatisfações, fazendo com que a dimensão humana encontre-se constrangida e refreada.

Hoje iniciando um novo milênio, o discurso predomina sobre o valor da ciência em relação à vida do ser humano. Concordando com Capra referenciado por Patrício (1996), de fato, à medida que estudamos os problemas sociais que permeiam a atualida-

de, mais atentamos para a visão mecanicista do mundo e sistemas de valores que estão aí associados, que geraram muitas tecnologias e *estilos de vida patológicos*.

Nesse sentido, percebi a importância de estudar o dia-a-dia, de resgatar as formas simples mas fundamentais de cuidar, especialmente de recém-nascidos de alto risco, em um sentido mais humano. Segundo Waldow (1998, p.15), o cuidado deve ser sentido e vivido e para que ele faça parte do nosso cotidiano, *é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós mesmas, transformá-lo em estilo de vida*.

Neste estudo, pude reforçar a minha crença de que a **presença** da família é primordial para que o recém-nascido e ela própria, potencializem seus recursos para vivenciar, da melhor maneira possível, a situação de estar numa CTI e, que a equipe de enfermagem pode ser um recurso facilitador para que essa **presença** ocorra.

Pretendo, ainda, enfatizar a importância de uma **Educação** que transforme os indivíduos, desde o ensino básico à pós-graduação, no sentido de torná-los participantes e responsáveis, promovendo o seu auto-conhecimento e estimulando a transformação de sua realidade.

Em relação aos aspectos que envolvem a educação, concordo com Bevis citado por Waldow (1998), no que se refere à educação para o cuidado. Segundo este autor, a educação é um compromisso político, filosófico, mas sobretudo, ético e moral. No processo de educar, a conscientização dos profissionais é prioritária, podendo ser considerada, como um valor e um imperativo moral.

Nesse sentido, os docentes das escolas de Ensino Técnico e essencialmente os da Graduação em Enfermagem, podem atuar como modelos de uma forma de ensinar e aprender enfermagem, mais ampla e construtivista.

Costa (1991, p.11) põe em evidência a Pedagogia da Presença colocada em prática com jovens em dificuldades sociais, mas que podem ser consideradas para qualquer tipo de educação.

*O trabalho educativo é e sempre será uma fonte inesgotável de aprendizagem. Basta querer aprender. O automatismo e a rotina fazem com que experiências valiosas se percam por falta de sensibilidade, interesse e sutileza do educador em captá-las e delas fazer a matéria de seu crescimento, como pessoa, como profissional e como cidadão. Quando a experiência do dia a dia é valorizada a rotina se*

*transmuda em aventura. A relação educador-educando se oferece como espaço de desenvolvimento pessoal e social de seus protagonistas.*

Concordo com Waldow (1998), quando refere que não existem receitas ou manuais que prescrevam ou ensinem o cuidado, pois este deve ser vivido pelos participantes do processo de ensino-aprendizagem.

As instituições educadoras, em especial as de ensino superior, devem fomentar a preparação para a vida, estimulando todo potencial do ser humano no sentido da sensibilidade, ética e criatividade e não somente com ênfase a uma formação técnica.

As habilidades técnicas compõem a rotina e mobilizam o fazer da enfermagem. Mas, conforme Waldow (1998, p. 156),

*Realizar procedimentos no paciente é diferente de realizar procedimentos 'para' e 'com' o paciente, interagindo com o mesmo. Da mesma forma, desempenhá-los mecanicamente, sem conhecimento do que se está fazendo e do motivo pode resultar em danos ao paciente, além de contribuir para o desprestígio da profissão.*

Formas inovadoras de cuidar, as experiências da equipe de enfermagem em relação ao cuidado são temas que necessitam continuar sendo investigados e que podem oferecer valiosas contribuições tanto para as instituições de saúde, quanto para as instituições de ensino superior, que possuem cursos na área da saúde, especialmente da enfermagem.

Para tanto, é de suma importância que os docentes, juntamente com seus alunos, observem e discutam procedimentos e comportamentos de cuidado, por parte da equipe de saúde, em especial a de enfermagem. Nessas discussões, além de valorizarem as implicações de um cuidado técnico competente, é necessário relevar como primordial para a profissão, o desenvolvimento de práticas de cuidado humanizado.

Também, é fundamental criar oportunidades para compartilhar questões e dilemas éticos vivenciados pelos profissionais, pelos pacientes e seus familiares, podendo inclusive, contar com a participação de representantes da equipe de saúde, do local onde os alunos e professores realizam suas atividades teórico-práticas.

Nesta perspectiva, abre-se possibilidades para a implementação de pesquisas na área da enfermagem, atividade primordial para que os profissionais compreendam os

fenômenos que os inquietam, articulem a prática assistencial com os conhecimentos teóricos, sendo partícipes de um processo contínuo de ação-reflexão-ação.

O conhecimento não é estático, deve-se continuamente aprender a aprender. Neste sentido existem muitos grupos de pesquisa na área da enfermagem, podendo ser citados o Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver Saudável (TRANSCRIAR), o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAN) e o Grupo de Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN), entre outros, da Universidade Federal de Santa Catarina.

O Curso de Mestrado propiciou aos docentes do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo a possibilidade de criar grupos de pesquisa, mais especificamente, o Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação e Cuidados de Enfermagem (EDUCARE) e o Grupo de Estudos Interdisciplinares do Cuidado da Qualidade de Vida (QUALIVIDA), do qual faço parte e auxiliiei na sua formação e implementação.

Esses grupos possibilitarão o desenvolvimento de estudos inter e multidisciplinares, constituindo-se em um imperativo na produção e articulação do conhecimento, transformando-o em instrumento para a melhoria da saúde individual e coletiva, implicando na melhoria da qualidade de vida da população.

Nesta experiência vivenciada com os recém-nascidos, seus familiares e a equipe de enfermagem, a semente foi plantada. A equipe mostra-se disponível, as colegas enfermeiras, assim como a equipe de enfermagem da CTI, mostram-se animadas e ansiosas para colocar em prática, pelo menos algumas sugestões que emergiram na proposta elaborada pelo grupo, refletindo sobre suas maneiras de cuidar dos bebês e suas famílias e procurando ir na direção de uma experiência, o mais aproximada possível com essa proposta.

Ao refletir sobre minha vivência na CTI pediátrica com a equipe de enfermagem, os recém-nascidos e suas familiares percebo que o caminho a ser trilhado para a enfermagem na busca de uma assistência idealizada à saúde é árdua.

Diante dessa premissa é que não pretendi com esse estudo, apresentar soluções, pois entendo que a medida que novas vivências vão surgindo, novos modos de pensar e agir também vão acontecendo. Isto se justifica pelo caráter de mutação existente no



contexto assistencial, onde pontos de vistas diferentes podem implicar na construção de conhecimentos teóricos e/ou aplicados, muitas vezes paralelos ou que se sobrepõem.

Como sugestão complementar, posso pontuar a de que as enfermeiras que trabalham em CTI Pediátrica e/ou neonatal, pudessem nas suas prescrições diárias de cuidado, considerar a prescrição de cuidados maternos. Essa idéia vem corroborar com autoras como Patrício (1998), que enfatiza a necessidade de prescrição para que a equipe desenvolva os cuidados de forma maternizada. Nesse estudo, complementa-se a prescrição dos cuidados que podem ser realizados também pelos pais.

Nesse caso, a prescrição não seria de forma alguma impositiva mas teria como objetivo direcionar melhor o olhar da equipe para os cuidados que são realizados e para aqueles que a família pode executar, levando-se em conta as condições físicas e fisiológicas, as necessidades de estimulação, os cuidados afetivos necessários ao desenvolvimento saudável do bebê.

Talvez isso fosse necessário até que toda a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, tornasse essas práticas cotidianas e as introjetasse num novo pensar e na filosofia de cuidado do ambiente de trabalho.

A partir da compreensão do **Cuidado-Presença**, é possível trilhar novos caminhos para um Processo de Educar para o Cuidado, no intuito de construir uma prática voltada para o mundo do recém-nascido, sua família e equipe de enfermagem.

A partir da compreensão do **Cuidado-Presença**, é possível trilhar novos caminhos para um Processo de Educar para o Cuidado, no intuito de construir uma prática voltada para o mundo do recém-nascido, sua família e equipe de enfermagem.

As facetas desveladas nesta experiência vivenciada através desta dissertação de mestrado, junto com os recém-nascidos de alto risco da CTI Pediátrica, seus pais e outros familiares e equipe de enfermagem, lançam rumos a outros caminhos que poderão estimular estudos no sentido de modificar e melhorar a compreensão do cuidado neonatal de risco.

O desvelar deste estudo poderá trazer alternativas para um repensar o cuidado em termos de **presença**, resgatando toda a potencialidade desses bebês e dos seres humanos que os acompanham e cuidam para seu viver saudável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AURÉLIO, B.H.F. **Dicionário Aurélio Eletrônico**. Versão 1.3. Nova Fronteira: 1994.
- BALDINI, S.M., KREBS, V.L.J. Grupos de pais: necessidade ou sofisticação no atendimento em unidades de terapia intensiva? **Pediatria**, São Paulo, v.20, n.4, p.324-331, 1998.
- BARBOSA, S.de F.F. **Indo Além do Assistir - Cuidado e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em Unidade de terapia Intensiva**. Florianópolis: UFSC, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Mestrado da UFSC.
- BARROS,A .de J.P.de., LEHFELD,N.A .de S. **Projeto de Pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis:Vozes,1996.
- BECK, C.L.C. **O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva**. Florianópolis:UFSC, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Mestrado da UFSC.
- BELLI, M.A .de J. Validação de um roteiro para orientação e participação da mãe no cuidado ao filho internado na UTI Neonatal. **Rev.Paul. Enf.** São Paulo, v.14, n.1, p. 36-52, 1995.
- BOEHS, A. E. **Prática do cuidado ao recém nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado da UFSC.
- BORDENAVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. In: **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor - área da saúde**. Coordenação geral de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde,1994.
- BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BRAZELTON, T.B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

- BRÊTAS, J.R.da S., SILVA, C.V. Mudanças na vida privada familiar: repercussões para maternagem e desenvolvimento da criança. *Acta Paul. Enf.* São Paulo, v.11, n.1,p. 38-45, jan/abr, 1998.
- BRÊTAS, J.R.da S., SILVA, M.G.B. Massagem e estimulação de bebês: relato de experiência. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.22, n.6, p.331-340, nov./dez., 1998.
- COSTA, A.C.G.da. **Por uma Pedagogia da Presença**. Governo do Brasil. 1991.
- CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Porto Alegre: 1994.
- CRAMER, B. A psiquiatria do bebê: uma introdução. In: Brazelton et al. **A dinâmica do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- CRESTI,L.,LAPI,J. O esboço da relação Mãe/bebê e a Instituição Hospitalar: díade ou tríade? In: LACROIX, M.B. & MONMAYRANT, M. **Os laços do encantamento: a observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- CUNHA, I. da. **Treinamento perinatal - Conhecimentos básicos para a promoção de uma melhor qualidade de vida**. Porto Alegre: Sagra, 1991.
- CYRULNIK, B. **Os alimentos do afeto**. São Paulo: Ática. 1995.
- ELSEN, J. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In BUB,L.I.R., et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
- FERRAZ,M. A ., CHAVES. R.L. Bebês prematuros: aspectos emocionais envolvidos. **Ped. Moderna**. Rio de Janeiro, v. XXX, n.7,p. 784-790, dez., 1996.
- FREIRE, M. O que é um grupo. In: GROSSI, E.P. e BORDIN, J. **Paixão de Aprender**. Petrópolis: Vozes, 1992.
- FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 1979.
- FRONZA, D. et al. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva e Neonatal do Hospital São Vicente de Paulo. *Revista Médica HSVP*, n.25, p. 7-9, jul/dez, 1999.
- FURTER, P. A educação do nosso tempo. In: GADOTTI, M. **História das idéias pedagógicas**. São Paulo: Ática, 1998.
- GAPEFAN - **Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família**. Florianópolis: 1999. (mimeografado)
- GELAIN, I. **Deontologia e Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1998.

- GILJE, F. Being there : na analysis of the concept of presence. IN: GAUT, D. A . **The presence of caring in nursing**. New York: national League for Nursing Press, 1992.
- GIOVANNI, N. Prefácio à terceira edição. In: MONTAGU, A . **Tocar - O significado humano da pele**. São Paulo: Summus Editorial: 1986.
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. de S. (Org.), DESLANDES, S.F. NETO, O .C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- GRIFFIN, T., WISHBA, C. KAVANAUGH, K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterms infants. **Journal of Pediatric Nursing**, v.13, n.5, p.290-295, october, 1998.
- GUARESCHI, P.D.F., MARTINS, L.M.M. Relacionamento multiprofissional x criança x acompanhante: desafio para a equipe. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v.31, n.3, p.423-436, dez., 1997.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO. **Relatório - HSVP**. Passo Fundo, 1998.
- KLAUS & KENNEL. **Pais/Bebês - a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- LAMY, Z.C.P., GOMES, R., CARVALHO, M. de. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, p. 293-298, 1997.
- LEÃO, S.C. A importância do vínculo afetivo mãe-filho. **Jornal de Pediatria**, v.57, n.4, p.381-382, 1984.
- LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe o psicanalista**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- LEOPARDI, M.T. **Teorias em Enfermagem**. 1998 (mimeografado).
- LUDKE, M., ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1996.
- MARTINS, C.R. RAMOS, F.R.S. Banal sim...Desencantado não: Quotidiano – A Sátira. In: REZENDE, A .L.M., RAMOS, F.R.S., PATRICIO, Z.M.(Org.) **O Fio da Mouras - o afrontamento do destino no cotidiano da saúde**. Florianópolis: Ed: da UFSC, 1995.
- MAYEROFF, M. **On Caring**. New York: Harper Perennial, 1971.
- MEURER, C.D. **Assistência de Enfermagem humanizada ao recém-nascido- uma proposta educativa baseada em Paulo Freire**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado da UFSC.

- MINAYO, M.C.deS. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC. Abrasco, 1993.
- MINAYO, M.C.de S. (Org.), DESLANDES, S.F.NETO, O .C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MONTAGU, A . **Tocar - O significado humano da pele**. São Paulo: Summus Editorial: 1986.
- MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem: Abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.
- MORAIS, E.P.de. Reflexão sobre negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescente. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.8, n.2, p.352-355, mai./ago., 1999.
- MORSCH, D.S. et al. Programa de acompanhamento e visitação aos irmãos de bebês internados em UTI neonatal. **Ped. Moderna**. Rio de Janeiro, v.XXXIII, n.7, p. 481-487, jul., 1997.
- NELSON, D.B., EDGIL, A .E. Family dynamics in families with very low birth weight and full term infants: a pilot study. **Journal of Pediatric Nursing**, v.13, n.2, p.95-103, April, 1998.
- NETO, C.N. Mãe e filho: um abraço que começa no útero. **Pediatria Moderna**. Rio de Janeiro, v.XXXI, n.5, p.837-838, ago., 1995.
- NEVES, E.P., GONÇALVES, L.H.T. **As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem**. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis: 1984.
- OLIVEIRA, M.E.de. **Cuidando-Aprendendo Enfermagem com Amor: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo**. Florianópolis: 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado da UFSC.
- PATERSON, J.G., F.Zderad, L.T. **Enfermeria Humanística**. Editorial Limusa: México, 1979.
- PATRÍCIO, Z.M. **A Prática do Cuidar/Cuidado à Família da Adolescente grávida solteira e seu recém - nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado da UFSC.
- 
- \_\_\_\_\_ . **Estrutura Referencial: A Base de um Processo de Construção**. 3. Texto utilizado como mediador nas dinâmicas das Oficinas de Recriação de Referenciais e Construção de Processo de Trabalho. TRANSCRIAR-UFSC.
- 
- \_\_\_\_\_ . O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida. **Texto Contexto-Enferm.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.58-74, jan./jun., 1994.

- \_\_\_\_\_. Administrar é trabalhar com gente... A Inter/Transdisciplinaridade no Processo de cuidar indireto através da Educação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.5,n.2,p.55-57,jul./dez., 1996.
- \_\_\_\_\_. **Ser saudável na felicidade-prazer** - uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico. Pelotas. Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis:PPG em Enf., UFSC, 1996.
- \_\_\_\_\_. **A arte de cuidar.** Trabalho apresentado na Semana Acadêmica da enfermagem, promovida pelo Diretório Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo, Maio, 1998.
- PATRÍCIO, Z.M., GUERRA, F.S., MAIA, P.D. De dentro para fora de fora para dentro: a qualidade de vida na reconstrução do corpo individual-social. In: PATRÍCIO, Z.M., CASAGRANDE, J.L., ARAÚJO, M.F. (Org.) **Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas.** Florianópolis: Ed. do autor, 1999.
- PENNA, C.M. de M. Uma questão conceitual. In: BUB, L.I.R., et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
- PETITAT, A. Ciência, Afetividade e Cuidados de Enfermagem. In: MEYER, D.E., WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- PEY, M. O. **A escola e o discurso pedagógico.** São Paulo: Cortez, 1998.
- PILON, A. F. Desarrollo de la educación en salud – una actualización de conceptos. **Rev.Saúde Pública,** São Paulo, v.20, n.5, p.391-396, 1986.
- PURSLEY, W.M., CORHERTY, J.P. identificação do recém-nascido de alto risco e avaliação da idade gestacional, prematuridade, pós-maturidade de crianças grandes e pequenas para a idade gestacional. In: CLOHERTY, J.P., STARK, A. R. (Org.) **Manual de Neonatologia.** MEDSI: Porto Alegre, 1993.
- REZENDE, A. L.M., RAMOS, F.R.S., PATRÍCIO, Z.M. (Org.) **O Fio da Mouras- o afrontamento do destino no cotidiano da saúde.** Florianópolis: Ed: da UFSC, 1995.
- SAUPE, R. (org.) **Educação em Enfermagem** - da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1998.
- SEIDEMAN, R.Y. et al. Parent stress and coping in NICU and PICU. **Journal of Pediatric Nursing.** v.12, n.3, p.169-177, 1997.
- SILVA, A. L. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. (Org.) **Marcas da Diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

- SOUZA, J.J. **No cuidado com os cuidadores - em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica, fundamentada em Paulo Freire.** Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado da UFSC.
- SOUZA, M.F.de S. **Referencial Teórico.** Trabalho apresentado na SBPC. São Paulo, 1984.
- SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- TAMEZ, R.N., SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco.** Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1995.
- TRENTINI, M. **Relação entre teoria, pesquisa e prática.** Florianópolis (s.d.)
- TRENTINI, M.; DIAS, L.P.M. **Meu Primeiro Projeto Assistencial.** Florianópolis (s.d.).
- TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial.** Florianópolis: UFSC, 1999.
- WALDOW, V.R. **Cuidado Humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- WHALEY, L.F., R.N., S.; WONG, D.L.R.N., M.S. **Enfermagem Pediátrica - Elementos essenciais à intervenção efetiva.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 1998.
- WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.®
- \_\_\_\_\_ . **A criança e o seu mundo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1982. ®
- VIZZOLTO, S.M., SEGANFREDO, C.A., KLEIN, A .C. **Dinamizando os grupos.** Florianópolis: Lunardelli. (S.D.P.)

## **ANEXOS**



## Anexo 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL  
CAPES/UFSC/FAPERGS - UPF**

**TÍTULO:** *DESPERTANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA PARA A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO-PRESENÇA AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO, ATRAVÉS DE UM PROCESSO DE EDUCAR PARA O CUIDADO*

**INSTRUMENTO:** Diário de Campo

Mestranda: Rejane Maria Agne de Carvalho

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício

Encontro n<sup>o</sup>:

Data:

Horário:

Duração:

Local:

Objetivos do dia:

<b>NOTAS DE CAMPO</b>	<b>NOTAS DO ENFERMEIRO-PESQUISADOR</b>	<b>ANÁLISE</b>

## Anexo 2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL  
CAPES/UFSC/FAPERGS - UPF**

**TÍTULO:** *DESPERTANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA PARA A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO-PRESENÇA AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO, ATRAVÉS DE UM PROCESSO DE EDUCAR PARA O CUIDADO*

**INSTRUMENTO:** Roteiro para encontro individual com a equipe de enfermagem

Mestranda: Rejane Maria Agne de Carvalho

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício

Data:

Duração:

Local:

**Dados de Identificação:**

- Idade:
- Estado civil:
- Número de filhos:
- Grau de instrução:
- Categoria de enfermagem:
- Tempo de trabalho na enfermagem:
- Tempo de trabalho na CTI pediátrica:
- **CODINOME:**

**Questões norteadoras**

1. Como foi seu ingresso na CTI pediátrica?
2. Recebeu algum treinamento específico? Qual?
3. Como está sendo para você trabalhar na CTI Pediátrica?
4. Qual o significado do recém-nascido para você?
5. Fale sobre o relacionamento da enfermagem com os familiares da CTI Pediátrica?
6. Descreva as visitas dos pais e familiares à criança.
7. Como você avalia essa visita?
8. Qual sua participação na visita dos familiares?
9. Qual o significado da presença da família na CTI para você?
10. Quais os cuidados que você acha que o recém-nascido necessita?
11. Como deve ser o cuidador desse recém-nascido?
12. Questões que emergiram da observação participante.

### Anexo 3

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL  
CAPES/UFSC/FAPERGS - UPF**

**TÍTULO:** *DESPERTANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA PARA A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO-PRESENÇA AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO, ATRAVÉS DE UM PROCESSO DE EDUCAR PARA O CUIDADO*

**INSTRUMENTO:** Roteiro para encontro individual com os pais dos recém-nascidos de alto risco internados na CTI Pediátrica

Mestranda: Rejane Maria Agne de Carvalho

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício

Data:

Duração:

Local:

#### **Dados de Identificação:**

- Respondente:
- Parentesco:
- Constituição familiar:
- Idade do bebê:
- Idade do pai:                      - Ocupação:
- Idade da mãe:                    - Ocupação:
- Tipo de residência:
- Procedência:
- Causa da internação do bebê:
- Número de dias de internação:

#### **Questões norteadoras**

1. Qual o significado desse bebê para vocês? (Como foi a concepção, interações da mãe, pai, outros, interação no hospital)
2. Quais as expectativas que vocês têm em relação ao bebê neste momento?
3. Qual o significado da visita ao bebê no hospital para vocês? E para a criança?
4. O que vocês gostariam de fazer com o bebê nos momentos da visita?
5. O que vocês acham dos horários das visitas?
6. Como vocês se sentem para cuidar do bebê?
7. Há alguma coisa que gostariam de acrescentar?

## Anexo 4

### CARTA CONVITE

Passo Fundo, 16 de junho de 1999.

Prezada Colega

Como já é do seu conhecimento, conforme contato verbal anterior, estou desenvolvendo um estudo sobre o tema: **Despertando a equipe de enfermagem e a família para a importância do Cuidado-Presença ao recém-nascido de alto risco, através de um Processo de Educar para o Cuidado**, sob orientação da Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício.

Para tanto, gostaria de obter sua concordância em participar deste estudo, afim de que possamos discutir e aprofundar aspectos relacionados com a qualidade da presença dos pais e familiares dos recém-nascidos de alto risco.

É fundamental que fique claro que serão assegurados, o sigilo dos dados e informações que possam lhe comprometer, o anonimato, a participação facultativa e o direito de desistir da participação do estudo, se caso for seu desejo.

Para facilitar os registros das informações, solicito sua permissão para gravar os encontros, as entrevistas, garantindo que após a análise desses dados, a fita será destruída. Caso concorde em participar, queira assinar o presente termo de aceite.

Antecipadamente, agradeço sua valiosa colaboração e participação.

Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício  
Orientadora

Rejane Maria Agne de Carvalho  
Mestranda

Ass: \_\_\_\_\_

## Anexo 5

### CARTA CONVITE

Passo Fundo, 16 de junho de 1999.

Senhores Pais

Como professora da Universidade de Passo Fundo e aluna do Curso de mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/Pólo Passo Fundo, estou desenvolvendo um estudo sobre o tema: **Despertando a equipe de enfermagem e a família para a importância do Cuidado-Presença ao recém-nascido de alto risco, através de um Processo de Educar para o Cuidado**, sob orientação da Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício.

Para tanto, gostaria de obter sua concordância para participar deste estudo, o qual envolverá uma entrevista abordando aspectos relacionados ao tema. É fundamental que fique claro que serão assegurados, o sigilo das informações que possam lhes comprometer, o anonimato, a participação facultativa e o direito de desistir do estudo, se caso for seu desejo.

Sua participação será muito importante e contribuirá para aperfeiçoar a qualidade do cuidado prestado ao recém-nascido para melhoria de sua qualidade de vida e da atenção ao familiar no ambiente hospitalar.

Caso concorde em participar, queira assinar o presente termo de aceite.

Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício  
Orientadora

Rejane Maria Agne de Carvalho  
Mestranda

Ass: \_\_\_\_\_

---

**INFORMATIVO**

---

**DA**

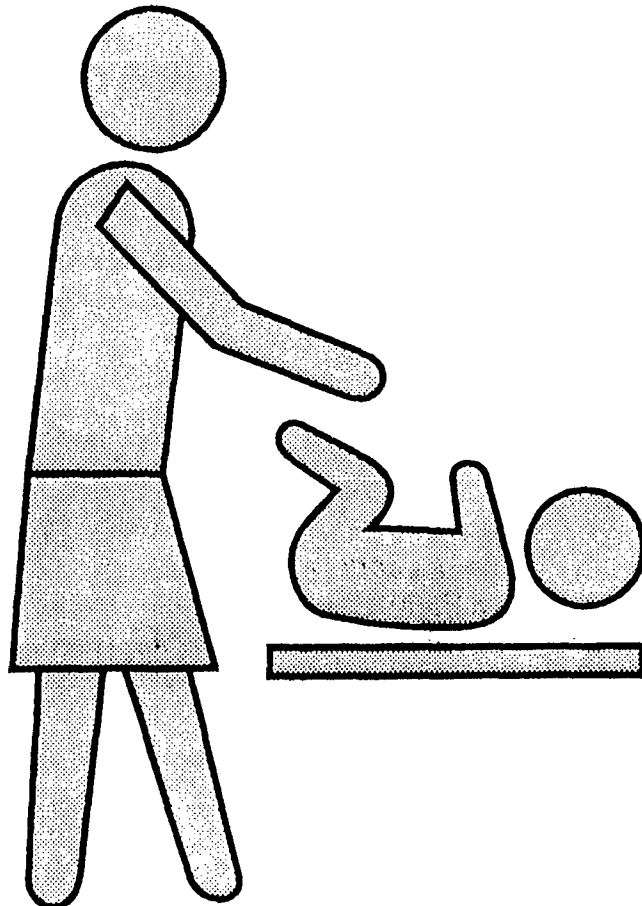
---

**UTI**

---

**PEDIÁTRICA**

---



A UTI Pediátrica do HSVP é o local destinado a atender crianças de 0 até 12 anos, com o objetivo de prestar assistência às crianças que necessitam de cuidados intensivos.

A UTI - Pediátrica tem capacidade para 18 leitos, distribuídos entre neonatal e pediátrico, e conta com equipamentos especializados e uma equipe multi-disciplinar formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicóloga, fisioterapeutas e nutricionistas, a qual forma uma rede de apoio na luta contra a doença e o sofrimento.

Nosso objetivo é promover o cuidado ideal das crianças muito doentes para que possam curar suas doenças, crescer e levar uma vida útil, produtiva e feliz.

Para o melhor funcionamento e atendimento das crianças é necessário que sejam seguidas algumas normas:

**1ª** Horário de visitas: (Restrito aos familiares: pais, irmãos e avós)  
7h30min - 8h  
13h00min - 13h30min  
19h30min - 19h45min

**2ª** Aguardar a abertura do horário, obedecendo a ordem de chamada. Podendo entrar 2(duas) visitas, de cada vez, por paciente, com a apresentação do cartão.

**3ª** Lavar as mãos sempre antes de tocar nas crianças

**4ª** Não trazer: alimentos, bebidas, utensílios, brinquedos, remédios,

roupas, etc..., sem autorização prévia do médico ou da enfermeira.

**5ª** As informações sobre o paciente serão fornecidas pelo médico assistente pela parte da manhã, ou através do boletim médico no setor de informações.

**6ª** A participação dos pais ou responsáveis no GAM - Grupo de Apoio Multidisciplinar, é muito importante. As reuniões são semanais, realizadas com a equipe, e avisadas com antecedência.

Além dos cuidados intensivos, a criança também necessita de carinho e proteção dos familiares. Você pode demonstrar isso beijando, conversando e tocando na criança. Antes disso, solicite orientações da enfermagem, lave as mãos e tome cuidado com soros e equipamentos.

*Agradecemos a colaboração dos pais e familiares das crianças internadas em nossa UTI, estes com sua fé e perseverança nos estimula diariamente com uma força interior inesgotável.*

*Às crianças que, com todo o seu sofrimento, persistem na luta diária pela vida sem se abater, nos ensinando a manter o otimismo mesmo nas mais trágicas situações.*

*A elas nossos maiores sentimentos de amor e esperança.*

Equipe Multidisciplinar

## Anexo 7

### Convite para o primeiro encontro com a equipe de enfermagem

#### O Jovem rapaz e a estrela-do-mar

Um homem sábio fazia um passeio pela praia, ao alvorecer. Ao longe, avistou um jovem rapaz que parecia dançar ao longo das ondas. Ao se aproximar, percebeu que o jovem pegava estrelas-do-mar da areia e as atirava suavemente de volta à água.

Então o homem sábio lhe perguntou:

- O que você está fazendo?

- O sol está subindo e a maré está baixando; se eu não as devolver ao mar, irão morrer.
- Mas meu caro jovem, há quilômetros e quilômetros e praias cobertas de estrelas-do-mar... Você não vai conseguir fazer diferença.

O jovem se curvou, pegou mais uma estrela-do-mar e atirou-a carinhosamente de volta ao oceano, além da arrebentação das ondas. E retrucou:

- Fiz diferença para essa aí.

A atitude daquele jovem representa alguma coisa de especial que existe em nós. Todos somos dotados da capacidade de fazer diferença.

Cada um de nós pode moldar o próprio futuro.

Cada um de nós tem o poder de ajudar as pessoas e nossas instituições a atingirem seus objetivos.

(Historia inspirada em Loen Eiseley)

**Aguardo você para o nosso encontro de 5ªfeira, dia 16/09, às 19:00 horas e 30 minutos, na sala 328, na pediatria.**

**Sua presença será muito importante.**

**Setembro/99**

**Rejane Carvalho**

**Mestranda do Curso de mestrado em Assistência de Enfermagem  
UFSC- UPF**



## Anexo 8

Convite para o segundo encontro com a equipe de enfermagem

### O cuidador

O cuidador é aquele que ri e que chora  
Que abraça, que afaga, que segura a mão  
Diminuindo os limites da solidão.

O cuidador é aquele que emprega  
Boas horas a permitir a expressão  
Das angustias de quem chora.

O cuidador

É um ser que zela pelo conforto  
Que age com carinho,  
Que as vezes proporciona  
Um colinho incondicional.

O cuidador

É um ser que conhece e reconhece  
A importância dos conceitos que a teoria tece.

O cuidador

É um ser pela vida formado,  
Pela escola diplomado e  
A quem chamamos de profissional.

O cuidador

É aquele que ultrapassa  
Os horizontes hierárquicos e de formação,  
Que cria e reinventa

As artes do cuidar mesmo que tenha  
Que desafiar academias

Suplantar teorias para dizer que  
O cuidado se faz na realidade do dia a dia e  
Que não se repete jamais.

O cuidador

É um ser em potencial  
Que gerencia atitudes, transforma atos em fatos.

É um ser especial

Que descobriu as artes do cuidar e confortar  
Em sintonia com a profissão

Percebendo que para tanto  
É necessário a reflexão e a ação e  
Muito amor no coração.

Ana Isabel Jatobá de Souza

No nosso encontro de Sexta-feira, dia 24 de setembro, vamos refletir sobre o nosso papel enquanto cuidadoras.

Aguardo você

ABRAÇOS.

Rejane Maria Agne de Carvalho  
Mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem – UFSC/UPF

## Anexo 9

**Convite para o terceiro encontro com a equipe de enfermagem e texto sobre:  
A Enfermagem frente às visitas à recém-nascidos  
de alto risco de uma CTI Pediátrica.**



*" O aparecimento de um novo ser é um grande mistério impenetrável (...). Existem apenas duas pessoas e eis que aparece um novo ser, um novo espírito, completo, acabado como nunca o pôde fabricar mão humana - um novo pensamento, um novo amor. Chega a ser terrível ... Não há nada maior no mundo"*

*F. M. Dostoiévski (1875)*

*Aguardo você para mais um encontro, no dia 14 de outubro, quinta-feira, às 19hs e 30min na sala 328, na Pediatria.*

*Rejane Carvalho*

*Mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem*



## A ENFERMAGEM FRENTE ÀS VISITAS À RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO DE UMA CTI PEDIÁTRICA<sup>1</sup>

Rejane Maria Agne de Carvalho<sup>2</sup>

Embora a abertura de algumas CTIs, no sentido de incentivar a presença da mãe da criança e da família, tenha acontecido nos últimos tempos, essa prática é ainda muito insipiente. De uma maneira geral, os familiares continuam visitando seus bebês em horários pré-fixados, sendo que as instituições de saúde justificam essa conduta, levando em conta o reduzido espaço físico, o acúmulo de tarefas que sobrecarrega a equipe de saúde e também com a falta de preparo dos pais e familiares para presenciar e compreender intercorrências que são comuns em uma unidade de terapia intensiva, mas que são geradores de ansiedade e estresse.

As reações dos pais à situação de saúde do filho internado são muito variáveis. Há aqueles que compreendem essa condição e aceitam as práticas da unidade, cuidam do recém nascido, visitam-no regularmente, porém existem pais que manifestam reações adversas a estas, caracterizando atitudes de distanciamento, de negação, de má comunicação com a equipe, não visitando seus filhos e quando o fazem, não tocam no bebê, não se fazem presentes nos momentos em que esta **presença** é oportunizada.

Muitas vezes, deparo-me irritada e angustiada, com os pais, que não visitam o filho e quando visitam, sua presença não é satisfatória, no sentido de manter uma interação adequada com o recém nascido e, também, com a equipe de saúde, pois a mesma não propicia e estimula suficientemente, **a presença dos pais**, sendo este um fator que pode afastá-los do ambiente da CTI e do filho internado. Quando os pais não correspondem ao que a equipe preconiza como tendo uma boa relação com o recém nascido e com ela mesmo, pode-se estabelecer conflitos e relacionamentos frios e impessoais.

Segundo Felisbino *apud* Beck (1995), o relacionamento humano que se estabelece na UTI entre o cliente, a família e o pessoal que trabalha na unidade pode influenciar na forma como o cliente percebe sua doença, o ambiente, a aparelhagem e o tratamento nos quais é submetido durante sua internação na CTI. Considero cliente, no caso da assistência neonatal, não somente o recém nascido mas toda a sua família, que pode se fazer **presente**, transmitindo ao bebê, a segurança necessária para o seu restabelecimento. Através de um relacionamento mais humano, a enfermagem promove uma interação adequada, promovendo a **presença** desses familiares.

<sup>1</sup> Esse estudo fará parte da Dissertação de Mestrado da autora. Sua divulgação é restrita à DR<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann, professora da disciplina de Fundamentos da Administração da Assistência de Enfermagem

<sup>2</sup> Prof<sup>a</sup> Adjunto II da Universidade de Passo Fundo, mestranda do Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem – UFSC/UPF



Gomes *apud* Beck (1995, p.20), refere que *ser presença ao lado do indivíduo e não uma testemunha, manter o relacionamento eu-tu e não eu-coisa são características da enfermagem comprometida.*

Além da situação crítica do recém nascido, o próprio ambiente físico da CTI impõe estresse aos pais e familiares. O equipamento sofisticado e a tecnologia utilizada podem dar ao ambiente aparência de frieza, ao mesmo tempo que o desconhecimento ou a falta de informações com relação a utilização dos equipamentos e aparelhos pode aumentar a tensão. Além disso, nem todas as CTIs são decoradas com motivos infantis e uma sala de espera inadequada e desconfortável, ou o que é mais grave, a inexistência dela, pode agravar a impressão que o familiar tem dessa unidade de tratamento. McGregor et al *apud* Takahashi (1986, p.113), consideram que

*muito do ambiente pode interferir na qualidade da comunicação entre familiares e membros da equipe; (...) e que as salas de espera devam ser coloridas e relaxantes uma vez que os familiares passam grande parte do seu tempo nesses locais.*

Com o avanço tecnológico, cada vez mais novas tecnologias são incorporadas no cuidado ao recém nascido. O surgimento das CTIs trouxe muitas possibilidades à assistência ao recém nascido de alto risco, os quais permitiram a sobrevivência de bebês que há bem pouco tempo atrás, teriam poucas chances de sobreviver. Além disso, essa tecnologia tem permitido a recuperação desses bebês, com baixíssimos riscos de seqüelas.

Mas, diante de toda essa tecnologia há a necessidade dos profissionais de enfermagem, fortalecerem junto ao recém nascido e sua família, suas relações interpessoais, refletindo sobre sentimentos, ansiedades e expectativas. Essa conduta é prioritária, em se tratando de CTI neonatal, pois neste setor a capacidade técnica é fundamental para a sobrevivência dos recém natos mas, a priorização das questões relacionadas às necessidades psicoafetivas dos bebês e de seus familiares, não deve ser deixada de lado.

Tendo em vista essas necessidades é que os horários de visitas deveriam ser momentos, nos quais, o envolvimento dos pais e familiares com a equipe de enfermagem, poderia ser intensificado, no sentido de promover o apego deles com o recém nascido. Ainda, é a oportunidade da enfermagem prestar as informações, não necessariamente sobre o quadro clínico mas sobre o funcionamento do setor, equipamentos e sobretudo, demonstrar seu interesse pela **presença** e pelos cuidados que podem ser prestados pelos familiares junto ao recém nascido.

Esses momentos de visitas devem ser valorizados pela equipe, pois eles servem de indicadores para avaliar a capacidade dos pais de manter uma relação de apego com o bebê. Neste período, pode-se acompanhar a duração do tempo que os pais visitam o bebê e como eles agem, como dirigem sua atenção, que comentários fazem durante a visita e que habilidades, mostram ter, que propicie um cuidado satisfatório a seu filho.

Outro aspecto importante em relação às visitas e que influencia na **qualidade da presença** é o tempo cronometrado imposto pelo setor, que limita a liberdade de contato e de expressão dos familiares e do bebê. Nesta situação, deve-se considerar as particularidades de cada pessoa, pois cada indivíduo tem seu próprio tempo para estabelecer contatos. Conforme Paterson e Zderard *apud* Barbosa (1995), as autoras consideram que o tempo cronológico é vivido de modo diferente



por cada um (enfermeiro e cliente). Segundo elas (p.98), os clientes e aí inclui-se a família, (...) *vivem seu tempo em relação ao aborrecimento, à dor, à separação, à espera (...)*. Neste sentido, continua Barbosa, (...) *nem sempre o tempo vivido pelo cliente está em sincronia, simultaneamente com o nosso, pois ao ter esta percepção criamos possibilidades para ampliar a liberdade de expressão, favorecendo conhecer melhor os clientes e conseqüentemente como vivenciam sua experiência.*

Green *apud* Klaus e Kennel (1993, p.180), descreveu o empenho das famílias e comenta sobre a questão dos minutos e horas vivenciados, no acompanhamento do recém nascido de risco.

*(...) Para os pais, o tempo parece voar e, contudo, permanece imobilizado. Geograficamente deslocados, seu trabalho e vida perturbados, seus ritmos biológicos desordenados, atônitos, ansiosos e terrivelmente cansados, os pais, no delírio da crise, são simplesmente incapazes de compreender o que está acontecendo.*

Com isto, o tempo dispensado para o horário de estarem com o filho pode ser desperdiçado se não houver alguém que oriente sobre a conduta junto ao bebê, promovendo uma **presença** adequada.

É fundamental lembrar que os pais precisam juntamente com os familiares, inclui-se aí os outros filhos, conhecer este mundo no qual passam, sem estarem preparados, a fazer parte. Portanto, eles podem compartilhar suas preocupações, tristezas, alegrias, decorrentes do estado de saúde do recém nascido. Klaus e Kennel (1993), recomendam a participação dos irmãos do bebê na CTI neonatal. Segundo experiências referenciadas por Morsch, Carvalho e Lopes (1997), nenhuma criança que visitou a CTI neonatal, apresentou qualquer alteração no seu comportamento que preocupasse os pais. Ainda, salientam que diante de vários estudos, como de Ballard et al , não foi observado nenhuma relação entre infecções e visitas.

Conforme Espírito Santo *apud* Beck (1995), o enfermeiro é o elemento da equipe mais indicado na identificação de sinais e sintomas que expressem desequilíbrios emocionais, sendo capaz de promover o ajustamento do paciente ao meio. Isso se deve ao contato geralmente prolongado que a enfermeira tem com os pacientes, o que contribui para o desenvolvimento da percepção e da observação do enfermeiro. Em se tratando de assistência ao recém nascido, estas considerações podem ser aplicadas também à família, pois essa sofre desequilíbrios na segurança emocional, econômica, emocional e até religiosa.

Faz parte das atividades do enfermeiro, auxiliar a família na adaptação à CTI sendo que, afirma Kurcgant *apud* Beck (1995, p. 6)

*uma área de competência do enfermeiro diz respeito a seu papel enquanto elo de ligação entre o paciente e a família. Os familiares, em geral, estão sob tensão, inseguros e com medo do que poderá ocorrer com o paciente.(...)*

Esta autora refere que é no horário de visitas que o enfermeiro tem a oportunidade de proporcionar informações à família *valorizar as 'pistas' que a família tem a cerca da vida do seu familiar antes da internação.* No caso dos recém nascidos, estas informações são válidas para auxiliar a conhecer os hábitos, costumes e valores da família e investigar como o bebê foi desejado, concebido e como ocorreram as interações do mesmo, com a mãe, pai e outras pessoas do ambiente, mesmo antes de nascer, caracterizando a **presença** recíproca, desta relação.

Conforme Barbosa (1995), na assistência em CTI, temos que ter em mente que a assistência plena se fará não apenas dentro do contexto da unidade, mas além dos *limites físicos do hospital*. Frente a isso, pode-se conceber uma assistência mais ampla, buscando alcançar a proximidade com o *todo* do cliente. O recém nascido, considerando sua singularidade, não é um ser isolado e o recebimento de visitas significa o início das suas relações com o mundo fora do hospital.

A enfermagem deve ter consciência disso e observar que a padronização de condutas é importante, levando-se em conta que, geralmente o número de recém nascidos internados ultrapassa a capacidade de internação do setor. Mas deve-se ter o cuidado para não torná-las inflexíveis, o que poderá causar afastamento dos pais e familiares do bebê, causando prejuízo ao desenvolvimento do apego, tão importante para o crescimento e desenvolvimento desse recém nascido.

O enfermeiro, como geralmente é quem administra essas unidades deve considerar os momentos de visitas prioritários, para torná-los mais eficazes. As instituições hospitalares estabelecem normas administrativas, nas quais são consideradas exclusivamente fatores institucionais e raramente as necessidades dos pacientes e seus familiares. Desta forma, as rotinas existentes, quanto às visitas de familiares, consideram os interesses administrativos, não tendo, como objeto básico minimizar o problema da separação da família. Patrício (1996, p. 60), no que diz respeito ao Processo de Trabalho de Enfermagem, enfatiza que o

*(...) administrar serviços de saúde de qualquer natureza é um Processo de Cuidar indireto; que Cuidado Indireto envolve atividades de Educação e de Planejamento, Organização; Coordenação, Acompanhamento/Avaliação; que todas essas atividades envolvem interações humanas de diferentes culturas/valores, sentimentos (...)*

Os cuidados dispensados à criança pelos pais e responsáveis constituem momentos estimuladores, com grande riqueza de experiências. A importância das tarefas cotidianas não podem ficar subjugadas pela rotinização nas instituições e no difícil dia-a-dia das famílias e da equipe de enfermagem. Tais atos não podem se tornar mecanizados e a intervenção preventiva dos profissionais torna-se necessária, para que atos tão importantes para o bem-estar do bebê sejam alcançados.

Segundo Winnicott e Spitz *apud* Brêtas e Silva (1998), é na experiência vivida na maternagem que se dá a primeira relação de um ser humano e esta será determinante na personalidade dessa pessoa. A maternagem deve ser estimulada em nível das intervenções junto à família e os horários de visitas são momentos favoráveis a isso, para que esta possa usufruir, profunda e qualitativamente, dos momentos que dispõe para estar com seu bebê.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, S.de F.F. **Indo Além do Assistir - Cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em Unidade de Terapia Intensiva**. Florianópolis: UFSC, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Mestrado da UFSC. 1990.
- BECK, C.L.C. **O Processo de viver, adoecer e Morrer: Reflexões com familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva**. Florianópolis: UFSC, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). 1995.
- KLAUS & KLENNEL. **Pais /Bebês**. A formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MORSCH,D.S.;CARVALHO,M.de; LOPES,J.M.de A. Programa de acompanhamento e visitação aos irmãos de bebês internados em UTI neonatal. **Pediatria Moderna**. São Paulo, v.XXXIII,n.7,p. 481-487, jul, 1997.
- PATRÍCIO, Z.M. Administrar é trabalhar com gente... A Inter/Transdisciplinaridade no Processo de cuidar Indireto através da Educação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.5,n.2,p.55-57, jul./dez. 1996.
- TAKAHASHI, E.I.U. Visitas em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev.Paul.Enf.**, São Paulo, v.6,n.3,p.113-115, jul./set., 1986.

## Anexo 10

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL  
CAPES/UFSC/FAPERGS - UPF

**TÍTULO:** *DESPERTANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA PARA A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO-PRESENÇA AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO, ATRAVÉS DE UM PROCESSO DE EDUCAR PARA O CUIDADO*

Mestranda: Rejane Maria Agne de Carvalho  
Orientadora: Dr<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício

**Técnica: EU: Presente, Passado e Futuro**

Objetivo: Oportunizar o conhecimento e si mesmo e das colegas

Duração: 30 minutos

Nome ou Codinome:

**COMPLETE AS FRASES:**

- Dois traços do meu caráter que me definem \_\_\_\_\_
- Três coisas que eu gosto de fazer \_\_\_\_\_
- Alguma coisa que acredito fazer bem \_\_\_\_\_
- Meu maior defeito \_\_\_\_\_
- Minha maior qualidade \_\_\_\_\_
- O que quero ser \_\_\_\_\_
- O que faço para alcançar minhas metas e objetivos \_\_\_\_\_
- Como eu me vejo no ano 2005 \_\_\_\_\_



## Anexo 11

**Convite para o quarto encontro com a equipe de enfermagem e texto sobre:  
TOCAR: o significado para quem cuida e é cuidado.**



*" É preciso o autorizar-se a pensar, permitir-se perguntar, o deixar espaço à imaginação e ao prazer de aprender e, em consequência, ao prazer de ensinar"* Alicia F.

*Como combinado, nosso encontro essa semana será 4ª feira, dia 20/10, às 19hs e 30min, na sala 328, na Pediatria.*

*Como sempre, sua PRESENÇA será de grande valor.*

*OBS: Gostaria, se possível, que você lesse o texto em anexo para facilitar nossa reflexão no dia do encontro.  
Obrigada.*

*Rejane Carvalho  
Mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem*



## Anexo 11

### TOCAR - O SIGNIFICADO PARA QUEM CUIDA E É CUIDADO

\* Rejane Maria Agne de Carvalho

Não pode haver saúde, nem funcionamento pleno se os seres vivos não estiverem ou não mantiverem contato entre si. Talvez por isso é que estejamos tão doentes, nos falta proximidade, contato. Não trocamos carícias nem gostamos que toquem em nós.

Segundo Gaiarsa, quanto mais civilizados, mais assépticos, mais distantes e mais frios são nossos relacionamentos. Geralmente, acontece observarmos nas relações “só palavras, pouca mímica, nenhum contato. Por isso foi tão fácil inventar robôs. Estamos cercados o tempo todo daquilo que mais desejamos e ninguém ousa se apropriar, tocar, acariciar – olhos nos olhos.”

Talvez seja por isso que estejamos nos perdendo e caminhando a passos largos em tantas direções destrutivas e não nos juntamos em defesa da vida de todos nós, tão ameaçada por tantos perigos. O homem tem condições de alcançar outros planetas, mas não consegue atingir seu semelhante pois tornamo-nos prisioneiros de um mundo de palavras impessoais, sem toque, sem sabor, sem gosto. A impessoalidade da vida no mundo chegou a tal ponto que produziu-se uma raça de intocáveis.

Segundo Giovanni, o nosso papel como seres humanos é buscar sempre aprender a “amorosa gentileza”. E mais, relata ele: “Aprender a aprender, aprender a amar e a ser gentil, estão intimamente interrelacionados e tão profundamente entrelaçados, em especial com o sentido do toque, que seria muito benéfico à nossa reumanização se dedicássemos mais atenção à necessidade de experiências táteis, sentida por todos nós.”

Tocar é a principal forma de linguagem. As comunicações que transmitimos por meio do toque é o mais poderoso meio de criar relacionamentos humanos. E, o amor e a humanidade começam onde começa o toque: no intervalo de poucos minutos que se seguem ao nascimento.

---

\* Prof<sup>a</sup> adjunto II da Universidade de Passo Fundo, mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC/UPF. Texto elaborado para ser utilizado nos encontros da Prática Assistencial, baseado em MONTAGU, A. *Tocar. O significado Humano da Pele*. São Paulo: Summus, 1986.



Tanto para os animais quanto para os humanos, as experiências com o tato desempenham um papel fundamental no crescimento e desenvolvimento de todos os mamíferos.

Vejamos um exemplo de experiências, neste sentido.

Numa série de experimentos executados pelo Dr.º Benjamim, de Colorado, um grupo de 20 ratos de laboratório, que recebeu exatamente os mesmos tipos e quantidades de alimentos e condições de vida, foi acariciado e aconchegado pelo pesquisador, enquanto o outro grupo foi tratado friamente. “Parece tolice”, teria dito um dos pesquisadores, “mas os ratos mimados aprenderam mais depressa e cresceram mais rápido”.

Longe de parecer tolice, é exatamente isso que esperaríamos que tivesse acontecido. O organismo vivo depende, em grande medida, da estimulação do mundo externo para seu crescimento e desenvolvimento. Estes estímulos precisam, em sua maioria, ser de natureza agradável, como também devem sê-lo na aprendizagem. Portanto, os animais que foram manipulados depois de nascidos mostram-se então mais propensos a condutas menos emocionais, a defecar e urinar menos e a exibir mais interesse pela exploração de um ambiente não familiar, do que os animais que não foram manipulados no período anterior ao desmame.

Os ratos acariciados mostram mais vitalidade, curiosidade e capacidade de resolução de problemas que os ratos não acariciados. Tendem também a ser mais dominadores que os não acariciados. O crescimento do esqueleto e do corpo é mais adiantado nos ratos acariciados que nos não acariciados, o alimento é melhor aproveitado e eles mostraram um sistema imunológico mais eficiente. O animal inadequadamente acariciado é uma criatura emocionalmente insatisfeita.

O fato é que a necessidade de taticidade é uma necessidade básica, já que deve ser satisfeita para que o organismo sobreviva. Se ocorrer uma cessação de estimulação, o organismo morre.

Essa experiência leva-nos a pensar no recém nascido. Ele precisa da experiência de contatos reconfortantes com outro corpo pois as novas experiências introduzidas na vida desse recém nascido confrontam-no com o tipo de inseguranças que assola o besouro virado de costas, cujas patinhas perdem o contato com o solo. Não pode haver dúvidas de que a estimulação tátil é necessária ao seu desenvolvimento saudável. As evidências indicam que a pele é o órgão sensorial primário para o bebê humano e que durante seu período de ligação afetiva reflexa é a experiência tátil, o elemento crítico para o prosseguimento do crescimento e do desenvolvimento.

Provence e Lipton, comparando 75 bebê institucionalizados com 75 bebês criados em família, descobriram que os institucionalizados reagiram de modo esquisito quando levados ao colo, empregaram muito tempo em se balançar, eram silenciosos e dormiam em excesso. “Não adaptavam bem seus corpos aos braços dos adultos, não se aninhavam e era visível uma ausência de maleabilidade... pareciam um pouco bonecos recheados de pó de serragem; mexiam-se, dobravam-se com facilidade nas juntas certas, mas davam a impressão de serem duros, ou de madeira.”

É vigorosa a necessidade que o bebê tem de contato corporal. Se essa necessidade não for adequadamente suprida, mesmo que todas as demais sejam gratificadas, ele sofrerá. Uma vez que as conseqüências de falta de satisfação de necessidades básicas como fome, sede, descanso, sono, eliminação vesical e intestinal e evitação de estímulos perigosos e dolorosos são evidentes, estamos conscientes da importância de satisfazê-las. No caso das necessidades de tato, do toque, como não se tem muita consciência das conseqüências que podem trazer sua carência, essas necessidades tem sido muito negligenciadas. É importante que



começamos a compreender o quanto é necessário para o crescimento e para o desenvolvimento saudável da criança que suas necessidades táteis sejam adequadamente satisfeitas.

O processo do parto representa uma série de choques que o bebê experimenta e nada existe com poder maior para amenizar os efeitos desse choque, que acariciar e amamentar o bebê, gestos que a mãe tem toda possibilidade de executar para seu filho. Mas se o bebê não for agraciado com essa oportunidade de aliviar o impacto do choque, este choque permanecerá agindo e afetará, com intensidade maior ou menor, seu desenvolvimento.

Temos, então, enquanto cuidamos e orientamos os pais para o cuidado com seu bebê, que diferenciar o “manipular” e o “tocar suavemente”. Muitos pesquisadores interpretam que “manipular” significa o equivalente a uma experiência geradora de estresse, ao passo que “tocar suavemente” vem sendo considerado a experiência reconfortante e tranquilizadora para a pessoa exposta a ela.

Visto que, a comunicação tátil é essencialmente um processo interativo, desde o primeiro contato com as mãos da pessoa que tocarem o corpo do bebê até o contato com o corpo da mãe, qualquer comprometimento significativo nessas experiências de contato, pode desencadear um distúrbio ou fracasso profundo nos futuros relacionamentos interativos, que eventualmente pode se manifestar como autismo, esquizofrenia, assim como uma variedade de outros distúrbios.

Diante dessas breves considerações, sugere-se que a estimulação tátil deve começar com o bebê recém nascido e sempre que possível, este deve ser levado ao colo da mãe e deve ser evitada qualquer interrupção súbita nos carinhos dispensados ao bebê. Os pais devem ser estimulados a manifestar seu afeto pelo outro e pelos filhos de modo mais expansivo. Não são tanto as palavras, mas os modos como é comunicado esse afeto.

Segundo Montagu, “difícilmente se corre o risco de exagerar quanto a carinhos e afagos a serem dados ao bebê – um ser humano sensato não tem grandes chances de estimular exageradamente um bebê; portanto, se é para se cometer algum erro, que a direção seja, preferencialmente, na do excesso de carinho que na de falta”.

O significado humano de tocar ocorre quando o afeto e o envolvimento são ricos de significado, contribuindo para que a pessoa tenha a capacidade de criar relacionamentos saudáveis com outras pessoas.

Essas considerações são sementes que nos inspiram a buscar novas possibilidades de experiências, em desenvolver novos sentidos para nossas vidas e em aumentar a capacidade de contato conosco mesmo e com os outros. E, lembrar que, conforme um autor desconhecido refere, “O homem é um animal que cresce e seu direito inato é desenvolver-se”, mas considero, desenvolver-se com uma qualidade de vida adequada as suas necessidades.

**Anexo 12**

**Formulário para montar a proposta da equipe de enfermagem  
para promover a presença dos familiares na CTI Pediátrica.**

Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de Mestrado Interinstitucional  
Mestrado em Assistência de Enfermagem  
CAPES/UFSC/FAPERGS-UPF



Prezada colega:

Para complementar nosso trabalho sobre: **A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO RECÊM-NASCIDO DE ALTO RISCO DE UMA CTI PEDIÁTRICA: A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**, gostaria que desse sua contribuição, listando os cuidados, as condutas, enfim, o que pode ser feito pela equipe de enfermagem da CTI Pediátrica, para promover uma presença de qualidade dos pais junto ao seu bebê.

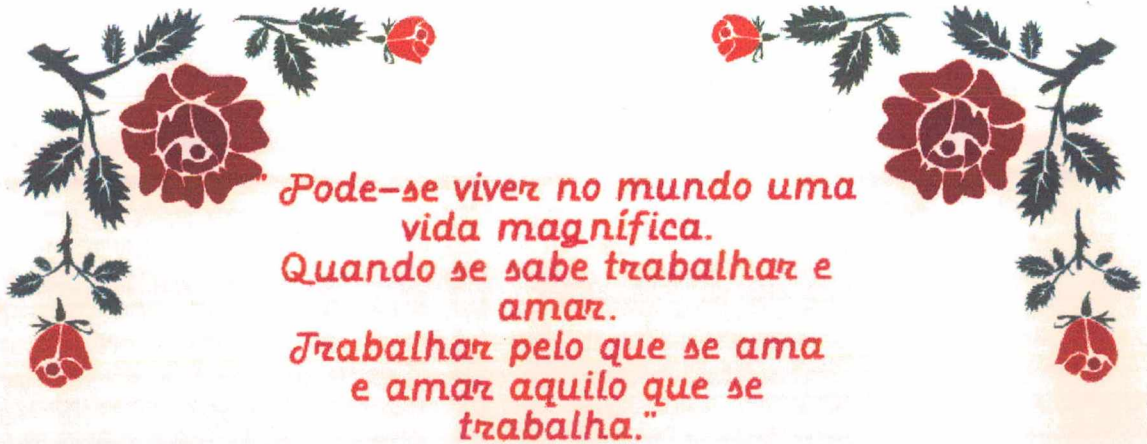
Agradeço sua colaboração.

Rejane Carvalho  
Mestranda no Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem



Anexo 13

Convite para o quinto encontro com a equipe de enfermagem.



*Jolstai*

*Quarta-feira, dia 27 de outubro, das 19 h e 30 min às 21 h e 30 min, na sala 328, faremos nossa última reunião da Prática Assistencial.*

*Sua participação será muito importante.*

*Aguardo você.*

*OB: Lembre-se de levar para o encontro a lista de cuidados sobre a presença.*

*Regiane Carvalho  
Mestranda do Curso de Mestrado  
em Assistência de  
Enfermagem/UFSC/UFPE*



Anexo 14

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL  
CAPES/UFSC/FAPERGS-UPF

DESPERTANDO A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA PARA A  
IMPORTÂNCIA DO CUIDADO-PRESENÇA AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO  
RISCO, ATRAVÉS DE UM PROCESSO DE EDUCAR PARA O CUIDADO

Mestranda: Rejane Maria Agne de Carvalho  
Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Zuleica Maria Patrício

AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

1) Como você se sentiu durante esse trabalho?

---

---

2) Cite um momento do trabalho que tenha mais gostado. Porque?

---

---

3) Cite um momento do trabalho que não tenha gostado ou tenha achado pouco produtivo. Porque?

---

---

4) O que você acha que mudou com a realização desse trabalho? (Com você, com as colegas, com o ambiente de trabalho)

---

---

5) Sugestões.

---

---

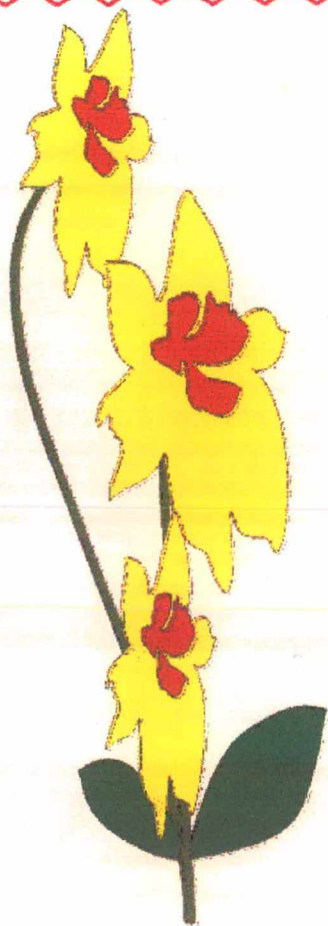
Obs: Não é necessário assinar.

Obrigada



## Anexo 15

### Convite para o quinto encontro com a equipe de enfermagem.



Querida colega

Nós, cuidadoras da enfermagem, somos privilegiadas pois, segundo refere um autor desconhecido "Na Enfermagem acompanhamos o ser humano desde o seu primeiro abrir de olhos, com os cuidados do recém-nascido, até o deslizar da última lágrima desses mesmos olhos que um dia irão fechar-se para sempre."

Por isso, temos que exercer nossa profissão com profissionalismo, competência, responsabilidade e amor.

Coríntios, 13.1-3, diz:

"Ainda que eu fale as línguas dos homens e dos anjos, se não tiver amor, serei como o bronze que soa ou como o címbalo que retine. Ainda que eu tenha o dom de profetizar e conheça todos os mistérios e toda a ciência; ainda que tenha tamanha fé, a ponto de mover montanhas, se não tiver amor nada serei. E ainda que distribua todos os meus bens em sustento dos pobres, e ainda que entregue meu próprio corpo para ser queimado, se não tiver amor, nada serei."

Quero agradecer sua participação e dizer que essa troca de experiência foi muito rica e fez com que resultasse em algo muito especial, que é nossa amizade.

Rejane Carvalho  
Mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de  
Enfermagem-UFSC/UPF



# INFORMATIVO DA UTI PEDIÁTRICA

\* Fernanda Garbin  
\*\* Enf. Giovana Ely Flores - Josevane Conte  
\*\*\* Enf. Rejane Carvalho

Às crianças que, com todo o seu sofrimento, persistem na luta diária pela vida sem se abater, nos ensinam a manter o otimismo mesmo nas mais trágicas situações.

A . elas nossos maiores sentimentos de amor e esperança.

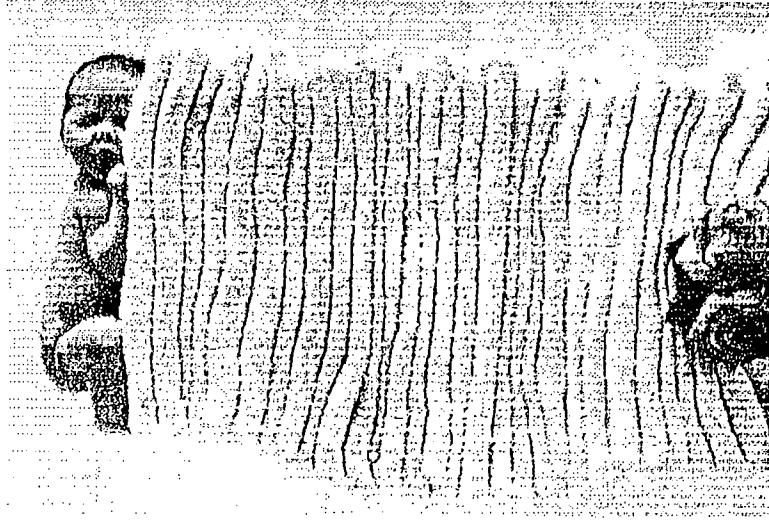
## Equipe multidisciplinar

Além dos cuidados intensivos, preciso de carinho e de proteção. Vocês podem demonstrar estes sentimentos através de beijos, de conversas, do seu toque em meu corpinho. Apesar de pequenino saberei retribuí-los, quem sabe através de lágrimas ou de um olhar, do bracinho estendido, de um resmungo... Preste atenção em mim e verás como seu toque e seu carinho me fazem feliz e ajudam em minha recuperação.

Solicitem informações a Equipe de Enfermagem, lavem bem as mãos e me dêem todo o seu carinho

\* Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, na disciplina do Estágio Curricular II  
\*\* Enfermeiras da UTI-pediátrica do Hospital São Vicente de Paulo, orientadoras na disciplina do Estágio Curricular II.  
\*\*\* Professora supervisora da disciplina do Estágio Curricular II.

## Anexo 16



Oi!

Mamãe, Papai, Maninhos, Vovô, Vovó, Titio, Títia e todos aqueles que eu amo e que tenho certeza, também me amam.

Estou precisando de todo seu carinho, amor e compreensão. UTI-Pediátrica é o nome do lugar onde estou, é um "cantinho" do Hospital São Vicente de Paulo onde os bebês e crianças que por alguma razão necessitam de cuidados intensivos ficam. Recebem aqui todos os cuidados necessários para que se restabeleçam. Existem aqui, todos os equipamentos e medicações para o suporte da vida e uma grande equipe multiprofissional composta de médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogas, todos trabalhando juntos para vencer a doença e o sofrimento.

O objetivo desta equipe é promover o cuidado ideal para nós, que hoje estamos doentes, para que assim possamos alcançar a cura, crescer e levar uma vida produtiva e feliz ao lado de vocês.

A UTI-Pediátrica atende crianças de 0 a 12 anos e tem capacidade para 18 leitos.

Para melhor funcionamento do setor e um melhor atendimento a nós, as crianças, existem algumas normas de grande importância:

✿ As visitas ocorrem em três horários:

# 07:30 – 08:00

# 13:00 – 13:30

# 19:30 – 19:45

Procurem me visitar sempre que possível sua presença é muito importante para minha recuperação. Estou esperando vocês.

✿ O horário de visita é aberto pela secretária ou por uma das auxiliares que me cuidam. Somente duas pessoas de cada vez podem entrar no box. Assim, além de evitar tumultos eu consigo me lembrar de todos que demonstraram carinho e atenção.

✿ Antes de me encherem de beijos ou de fazerem carinho em mim, lembrem sempre de lavar as mãos.

✿ Se quiserem trazer alguns brinquedos, roupas ou alimentos, antes conversem com uma das enfermeiras responsáveis ou com meu médico.

✿ As informações sobre o meu estado de saúde serão fornecidas pelo meu médico pela parte da manhã ou através do boletim médico, lá na portaria no setor de informações. Mas sempre que tiverem alguma dúvida perguntem, todos estão dispostos a ajudá-los.

✿ Descobri que aqui existe o Grupo de Apoio Multidisciplinar (GAM), que dá apoio a vocês enquanto eu estou aqui internado. Gostaria muito que vocês participassem, as reuniões são semanais e ocorrem as quartas-feiras logo após a visita da tarde.

Agradeço a compreensão de todos vocês. Todos os dias sua fé, perseverança e amor me fortalecem tomando a minha força interior inesgotável.

Obrigado.

Seu filho(a)