**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**A VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA NO CUIDADO AO RECÉM-
NASCIDO E AOS SEUS PAIS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: uma abordagem da fenomenologia
social**

CLAUDETE APARECIDA CONZ

**SÃO PAULO
2008**

CLAUDETE APARECIDA CONZ

**A VIVÊNCIA DA ENFERMEIRA NO CUIDADO AO RECÉM-
NASCIDO E AOS SEUS PAIS NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: uma abordagem da fenomenologia
social**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa
Merighi

**SÃO PAULO
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Conz, Claudete Aparecida.

A vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma abordagem da fenomenologia social. / Claudete Aparecida Conz. – São Paulo, 2008.

177 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi.

1. Recém-Nascido. 2. Vínculo Afetivo. 3. Cuidado de Enfermagem.
4. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 5. Pesquisa Qualitativa.
I. Título.

Nome: Claudete Aparecida Conz

Título: A vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma abordagem da fenomenologia social

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao Deus eterno, invisível, mas real, meu Criador e Senhor, que esteve ao meu lado em todos os momentos, capacitando-me, fortalecendo-me e encorajando-me a vencer mais este desafio, sendo um amigo mais que um irmão.

A Ele, a honra, a glória, a força e o louvor para sempre!

Este estudo é também dedicado às pessoas que são muito importantes em minha vida

Thaís e Gabriel que me ensinaram o que é amar incondicionalmente.

Minha mãe que sempre acreditou em mim e me apoiou.

Minha irmã Adriana, por ter me ajudado a ser uma pessoa melhor, uma amiga dedicada e única.

Toda minha família, tão preciosa, e companheira.

A todos, o meu muito obrigada.

*“As pessoas esquecerão do que você disse..
Esquecerão do que você fez...
Mas as pessoas nunca esquecerão
Do que você as fez sentir” .
(Autor desconhecido.)*

Meus Agradecimentos mais sinceros

À professora Miriam Aparecida Barbosa Merighi, pela sua paciência, compreensão, generosidade, dedicação e acolhimento. Por ter acreditado em mim, e me ensinado os primeiros passos, passos estes tão importantes e necessários, sem os quais eu jamais teria conseguido alcançar meu objetivo. À ela que me permitiu construir e concluir este sonho com o meu saber e vivência, minha eterna gratidão.

Agradecimento Especial

À professora Maria Cristina de Jesus Pinto, por tão valiosa colaboração, dividindo seu conhecimento no referencial filosófico, e por aceitar fazer parte da banca de defesa.

À professora Maria de Jesus Belli, por sua amizade, colaboração, e por aceitar fazer parte da banca de defesa.

Agradecimentos

Às professoras Isabel Cristina Bonadio e Amélia Fumiko Kimura, pela importante colaboração na elaboração do meu projeto e qualificação, com reflexões e ponderações pertinentes, permitindo a evolução qualitativa deste estudo.

Aos meus amigos, Edson, Geraldo e Célia que muito me ajudaram na aquisição do material bibliográfico.

Aos meus amigos, Acácia, Eny, Elisa e Roseli que tiveram paciência e boa vontade em ler este estudo.

Aos meus colegas de trabalho, Paulo, Graziela, Stefânia, Paula, Simone e Myrcea, pelas trocas dos plantões que muito viabilizaram a realização deste estudo. À encarregada Célia, que as tornou possíveis.

Às enfermeiras, sujeitos da pesquisa, que participaram deste estudo, com carinho e prestatividade, permitindo-se serem entrevistadas.

As gerentes de enfermagem e as chefias das unidades neonatal por autorizarem a realização das entrevistas.

Às secretárias da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela disponibilidade e compreensão. À Silvana, por estar sempre sorridente e pela sua prestatividade.

Aos secretários(as) do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, pelo acolhimento e atendimento e solicitude.

Às bibliotecárias, pela atenção e auxílio na procura dos artigos e teses. À Nadir, por sua importante colaboração e boa vontade.

Ao Marcello, secretário do Departamento ENP, pela ajuda e disponibilidade na formatação deste trabalho.

À professora Joana, pela minuciosa revisão da língua portuguesa e oportunidade de aprendizado.

A todos que, embora não estejam citados, muito contribuíram para a realização desta pesquisa.

EPÍGRAFES

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse o amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine...

O amor não folga com a injustiça, mas sim com a verdade...

O amor tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta...

Que permaneça a fé, a esperança e o amor, estas três, mas a maior destas é o amor”.

I Cor. 13

“Todos os homens buscam uma meta; sucesso ou felicidade. O único modo de se obter sucesso verdadeiro é expressar-se completamente no serviço à sociedade. Em primeiro lugar, ter um ideal definido, claro, prático - uma meta, um objetivo. Em segundo lugar, ter os meios necessários a atingir seus objetivos na sabedoria, dinheiros, materiais e métodos. Em terceiro lugar, ajustar seus meios a esse objetivo”.

Aristóteles, 384-322 a.C.T

Conz CA. A vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma abordagem da fenomenologia social [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Este estudo teve como trajetória desvelar o fenômeno: enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), e a sua ação na formação de vínculo afetivo. Para tanto, objetivou: conhecer a vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na UTIn; compreender como as enfermeiras vivenciam o processo de vínculo afetivo entre recém-nascidos internados em UTIn e seus pais, e apreender o típico da vivência das enfermeiras em ações que envolvem este cuidado. Com tal proposta, optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, segundo a abordagem da fenomenologia social, com base nas questões norteadoras: Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais? O que você espera com o seu atendimento? Dos discursos das enfermeiras, identificou-se categorias concretas do vivido, que expressam aspectos significativos da vivência, considerando os *motivos por que* e os *motivos para* que determinam a relação de suas ações e que foram interpretadas, segundo o referencial de Alfred Schütz. Por meio da análise dessas categorias, chegou-se ao tipo vivido do grupo social *“enfermeira que atua em UTIn junto aos recém-nascidos e aos seus pais”* como sendo: aquela que é competente técnica e cientificamente no cuidado ao recém-nascido de risco, prioriza o cuidado em rotinas e protocolos, mas sente-se despreparada para lidar com os pais dos neonatos. Devido a esse contexto, percebe-se a necessidade de aprimorar seus conhecimentos sobre humanização e relações humanas, para poder informar e preparar esses pais sobre o ambiente, equipamentos da UTIn, a fim de que possam continuar o cuidado ao filho em casa e, conseqüentemente, conquistar a valorização e a confiança desses pais. Reconhece ser o elo de aproximação entre eles, ajudando-os, juntamente com a instituição, a aceitarem e a conviverem com o filho internado, favorecendo, assim, a formação do vínculo afetivo. A Sociologia Fenomenológica de Alfred Schütz possibilitou a compreensão dos motivos existenciais que apontam para um cuidar mais humanizado aos recém-nascidos internados na UTIn e aos seus pais, por meio de aprimoramento, informação e preparo, conquista do reconhecimento e confiança desses pais e ações que promovam o contato humano, favorecendo a formação de vínculo afetivo entre pais e filhos.

DESCRITORES: Recém-Nascido. Vínculo Afetivo. Cuidado de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Pesquisa Qualitativa.

Conz CA. Nurses' experience in care for newborn infants and their parents at the Neonatal Intensive Care Unit: a social phenomenology approach [thesis]. São Paulo (SP): University of São Paulo School of Nursing; 2008.

ABSTRACT

The trajectory of this study was to unveil the phenomenon: nurse in care for newborn infants and their parents at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), and her action in affective bonding. Therefore, the goal was to: get to know the nurse's experience in care delivery to newborn infants and their parents at the NICU; understand how the nurses experience the affective bonding process between newborn infants hospitalized at the NICU and their parents, and to apprehend what is typical about the nurses' experience in actions involving this care. With this goal, a qualitative design was chosen, according to the social phenomenology approach, based on the following guiding questions: How do you, nurse, experience care delivery to newborn infants at the NICU and their parents? What do you expect to achieve through your care? Based on the nurses' discourse, concrete categories were identified, which express significant aspects of the experience, considering the *reasons why* and the *reasons for* that determine the relation among their actions and that were interpreted according to the reference framework of Alfred Schütz. The analysis of these categories led to the type experienced by the social group *"nurse in care for newborn infants and their parents at the Neonatal Intensive Care Unit"* as: technically and scientifically competent in care for newborn infants at risk, prioritizes care in routines and protocols, but feels unprepared to deal with the newborns' parents. Due to this context, the need is perceived to improve their knowledge about humanization and human relations, to be able to prepare and inform these parents about the environment, NICU equipment, so that they can continue care for their child at home and, consequently, conquer these parents' valuation and trust. The nurse is acknowledged as the link that approximates them, helping them, together with the institution, to accept and to live with their hospitalized child, thus favoring affective bonding. Alfred Schütz' Phenomenological Sociology made it possible to understand the existential reasons that point towards a more humanized care for newborn infants at the NICU and for their parents, through continuing education, information and preparation, conquest of these parents' acknowledgement and trust and actions that promote human contact, thus favoring affective bonding between parents and children.

DESCRIPTORS: Infant, Newborn. Affective Bond. Nursing Care. Neonatal Intensive Care Unit. Qualitative Research.

Conz CA. Vivencia de la enfermera en el cuidado al recién nacido y sus padres en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un abordaje desde la fenomenología social [disertación]. São Paulo (SP): Escuela de Enfermería, de la Universidad de São Paulo; 2008.

RESUMEN

La trayectoria de este estudio fue recorrida para desvelar el fenómeno: el recién nacido y sus padres bajo los cuidados de la enfermera en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIn) y su papel en la formación del vínculo afecto. Por lo tanto, tuvo como objetivos: conocer la vivencia de las enfermeras durante el cuidado del recién nacido y sus padres en la UCIN; comprender como las enfermeras viven el proceso de vínculo afectivo entre recién nacidos internados en la UCIn y sus padres y, aprender lo típico de la vivencia de las enfermeras en las actividades que envuelven este cuidado. Con esta propuesta se optó por realizar una investigación cualitativa, según los parámetros de la fenomenología social, teniendo como preguntas orientadoras: ¿Como usted, como enfermera, vive el cuidado del recién nacido en la UCIn y sus padres? ¿Que espera de su atención? Los discursos de las enfermeras fueron interpretadas según el referente de Alfred Schütz y de ellos se identificaron categorías concretas de lo vivido, que expresan aspectos significativos de la vivencia, tomando en cuenta *los motivos por que* y *los motivos para* que determinan la relación existente entre sus acciones. Por medio del análisis de estas categorías, se llegó al tipo vivido del grupo social “*enfermera que actúa en UCIN junto a los recién nacidos y sus padres*” como siendo: aquella que es competente técnica y científicamente en el cuidado al recién nacido de riesgo, que prioriza el cuidado en rutinas y protocolos, pero que no se siente preparada para lidiar con los padres de los neonatos. Debido a ese contexto, se percibe que es necesario perfeccionar sus conocimientos sobre humanización y relaciones humanas, para puedan informar y preparar los padres al ambiente y a los equipos de la UCIn, con el fin de que puedan continuar cuidando al niño en casa y, consecuentemente, conquistar el reconocimiento y la confianza de esos padres. Que reconozcan que son el puente de aproximación entre ellos, ayudándolos, junto con la institución, a aceptar y a convivir con el hijo hospitalizado, favoreciendo así, la formación del vínculo afectivo. La Sociología Fenomenológica de Alfred Schütz hizo posible la comprensión de los motivos existenciales que apuntan para un cuidar más humanizado a los recién nacidos hospitalizados en la UCIn y a sus padres, por medio de perfeccionamiento, información y preparo, de la conquista del reconocimiento y confianza de esos padres y de acciones que promuevan el contacto humano, favoreciendo la formación del vínculo afectivo entre padres e hijos.

DESCRIPTORES: Recién nacido. Vínculo Afectivo. Cuidado de Enfermería. Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. Investigación Cualitativa.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	18
2 REVISITANDO A LITERATURA	22
3 INQUIETAÇÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	35
4 OPTANDO PELO REFERENCIAL METODOLÓGICO E FILOSÓFICO.....	39
5 A FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ.....	43
6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	59
7 ESQUEMAS REPRESENTATIVOS DO ESTUDO	67
8 CONSTITUIÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO	74
9 ESQUEMAS REPRESENTATIVO DA CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO.....	78
10 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO.....	81
11 CONTRUÇÃO DO TIPO VIVIDO	109
12 ANÁLISE COMPREENSIVA DO TIPO VIVIDO: ENFERMEIRAS DE UTI NEONATAL, QUE ATUAM JUNTO AO RECÉM-NASCIDO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE VÍNCULO AFETIVO COM SEUS PAIS	113
13 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
REFERÊNCIAS	143
ANEXOS	150

* “As figuras que ilustram esta pesquisa, foram retiradas da Internet, de sites com livre acesso e circulação”.

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Na atualidade, a temática humanização em saúde encontra-se cada vez mais presente nos eventos relacionados com esta área.

O Programa Mãe Participante teve seu início em 12/10/88 – com a Resolução 165, publicada pelo Gabinete do Secretário da Saúde. Foi lançado pela Sociedade de Pediatria de São Paulo e teve como objetivo corrigir a grave distorção que ocorria na maioria dos hospitais brasileiros: a mãe era impedida de permanecer junto ao seu filho. Recebeu apoio não só da própria Sociedade Brasileira de Pediatria, como também das autoridades da área de Saúde no Estado de São Paulo e da União. No Brasil, os programas pioneiros datam da década de 1970 e a Sociedade de Pediatria de São Paulo passa a valorizar a permanência e participação da mãe com seu filho internado, como direito de ambos. Atualmente, esse programa está amparado pela Declaração dos Direitos da Criança e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990).

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi aprovado pela Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990. Entre os artigos dispostos destaca-se o Art. 7.º:

“A criança e do adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.”

E o Art. 9.º:

“O Poder Público, as Instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade.”

A Lei do Acompanhante (Estado de São Paulo) – Lei n.º 10.241 de 17 de março de 1999 vem endossar o Estatuto da Criança e do Adolescente e dispõe sobre o direito da criança de ser acompanhada durante sua hospitalização. Um dos artigos evidencia que a criança, ao ser internada,

terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação (São Paulo, 1999).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tem como proposta a formulação de uma nova cultura institucional, tendo em vista a melhoria da qualidade de assistência (Brasil, 2000).

Deslandes (2004) comenta que, embora o PNHAH assegure que o bom relacionamento e a tecnologia constituem a qualidade do sistema, o interagir entre as pessoas é o aspecto mais importante para se humanizar a assistência de saúde.

Em 2004, após reformulações críticas de suas estratégias, esse Programa passou a ser uma política nacional, em que a humanização, presente em qualquer ato em saúde, envolve a comunicação entre usuários, seus familiares e profissionais, e a valorização da qualidade do cuidado do ponto de vista técnico (Junqueira *et al.* 2006).

Dentro deste contexto, é importante destacar também que, no campo das práticas institucionais de humanização de assistência, algumas iniciativas já vêm sendo bastante difundidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como programas de humanização de Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, como a “Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru)” que foi lançado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 693 de 5/7/2000.

Este método é um tipo de assistência que implica em contato precoce e pele a pele, entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (Brasil, 2002).

As vantagens do Método são: aumento do vínculo mãe e filho; diminuição do tempo de separação; estimulação do aleitamento materno; promoção de maior competência dos pais no manuseio de seu filho; melhora de controle térmico do bebê; diminuição do número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários; melhora no relacionamento da família e equipe de saúde; menor permanência hospitalar.

Apesar da ênfase da humanização no contexto das políticas públicas de saúde, a implementação de práticas voltadas para esta questão ainda encontra-se comprometida, principalmente no que diz respeito a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn). Os fatores que podem contribuir para a não-valorização da unidade como espaço para a humanização, relacionam-se com a sobrecarga dos profissionais, uma vez que a unidade requer o compromisso de uma especificidade e complexidade, na qual o permanente nível de tensão dificulta o estabelecimento de mudanças ao acelerado processo de desenvolvimento tecnológico e à intensa jornada de trabalho.

Tais considerações preliminares evidenciam uma aproximação com o fenômeno que pretendo desenvolver. Assim sendo, busquei na literatura aspectos pertinentes às minhas inquietações, que serão apresentadas no próximo capítulo.

REVISITANDO A LITERATURA

2 REVISITANDO A LITERATURA

Segundo Kamada, Rocha e Barbeira (2003), a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal constitui-se em um ambiente terapêutico apropriado para tratamento de neonatos de alto risco, com vários equipamentos, com equipe multidisciplinar sob liderança competente. Segue protocolos específicos de cuidados embasados em um corpo de conhecimentos científicos relevantes e é considerada de alta complexidade assistencial, pela gravidade das condições de vitalidade dos recém-nascidos e pelo uso da tecnologia de ponta.

As tecnologias complexas e os profissionais altamente especializados tornam possíveis a ressuscitação, termorregulação, nutrição parenteral, suporte para a insuficiência respiratória, cirurgias para correção de anomalias, garantindo maior sobrevivência aos recém-nascidos de alto risco. Constitui também um importante campo de trabalho para a enfermagem, com exigência de conhecimento técnico científico avançado, equipe multidisciplinar altamente especializada com assistência humanizada e de qualidade nas 24 horas do dia (Sales, Zanoni, Labegalini, 2005; Scochi, Costa, Yamanaka, 1996).

Barbosa e Rodrigues (2004) descrevem que sentimentos, valores, crenças, muitas vezes são colocados em segundo plano. O que se observa é que a ênfase do trabalho cada vez mais se centra na doença, na tecnologia, desconsiderando a pessoa e seus familiares que estão sendo cuidados.

No entanto, a atenção aos pais, com filhos recém-nascidos internados na UTIn, mostra-se também necessária não somente para que dêem continuidade nos cuidados à criança, após a alta hospitalar, mas também para o estabelecimento do vínculo afetivo, tão importante ao desenvolvimento da criança e da sua inserção na comunidade (Gaíva, Scochi, 2005).

Em relação à atuação da enfermeira junto aos pais do recém-nascido, Hendricks-Muñoz e Prendergast (2007) colocam que este profissional é a

espinha dorsal de uma unidade de terapia intensiva neonatal, pois desenvolve trabalhos colaborativos com o médico nas estratégias e decisões, presta cuidados diretos ao neonato e dá suporte para a família do prematuro criticamente doente.

Estudo realizado por Cescutti-Butler e Galvin (2003), com os pais de recém-nascidos internados em UTIn, mostrou que o cuidado não diz respeito somente aos procedimentos técnicos. A atenção recebida, o relacionamento interpessoal, entre enfermeiros e pais, o fato de ser permitido que tenham contato com o filho e de serem informados sobre o seu estado clínico, são ações que geram conforto e sentimento de segurança e confiança.

Klaus e Kennel (1982) referindo-se a formação de vínculo afetivo, referem que este processo não é uniforme nem mágico. Faz-se necessário um tempo de aproximação, de carícias e aconchego para que se estabeleça um vínculo entre pais e filho. Definem apego como um relacionamento ímpar entre duas pessoas, específico e duradouro ao longo do tempo. São indicadores de apego os comportamentos, como acariciar, beijar, aconchegar, trocas de olhar prolongado. Os autores conceituam apego como um laço dos pais para com o bebê. Já o vínculo é o laço do bebê com os pais. Salientam ainda que, o processo de vínculo dos pais com seus filhos possui duas características únicas: antes e depois do nascimento.

Dada a importância de se promover uma relação afetiva entre pais e bebês, da necessidade de se ultrapassar as fronteiras do tecnicismo frio e impessoal, e considerando que o profissional enfermeiro é um agente fundamental para a constituição do processo de formação do vínculo afetivo, capaz de oferecer um cuidado integral, envolvendo o ser como um todo, resgatando experiências de vida, seus medos e angústias, em toda a sua sedimentação de sentimentos, habitualidades, é que busquei na literatura referenciais que embasassem esta questão.

Rego (2004) comenta que toque, afeto, cuidado e acolhimento estão intimamente relacionados. Todo bebê precisa ser tocado carinhosamente, um bebê não acariciado poderá ter no futuro uma sensação de falta indefinível, uma certa futilidade de existir, uma sensação de isolamento.

Oliveira e Collet (1999) explicitam que é imprescindível a efetivação da ligação afetiva entre a criança e sua família, principalmente da criança com sua mãe, para que as bases de formação psicológica, do futuro adulto, sejam mantidas intactas.

As mesmas autoras complementam que os reflexos que a vivência de uma criança terá na vida adulta são o ponto de partida para se compreender as forças e as condições que fazem do homem um ser social, nos seus afetos e trocas afetivas, na sua capacidade em estabelecer relações sociais iniciadas e adquiridas na relação mãe-filho, pois é desse relacionamento que se estabelece o modelo para todas as relações humanas posteriores.

Auxiliar a observar, reconhecer, compreender e responder adequadamente às informações e aos sinais do bebê em unidades intensivas é fundamental para o desenvolvimento inicial dessas relações e para o desenvolvimento futuro do bebê. Além disso, a promoção e prevenção em saúde em situações de nascimento de risco e o desenvolvimento de programas de intervenção nas interações precoces mãe-filho, ainda durante a hospitalização, podem servir como proteção aos agravos causados pelo nascimento antecipado (Scortegagna *et al.* 2005).

Quando ocorre a separação do binômio mãe-filho, logo após o nascimento, há interferência no processo de apego, que afetará o relacionamento de ambos no futuro; pois, os pais de recém-nascidos gravemente doentes vivenciam um estágio de luto após o nascimento do filho, por não ser saudável a criança que esperavam (Baldini, Krebs, 2000; Tamez, Silva, 2002).

O alicerce sobre o qual se constrói uma personalidade estável e autoconfiante é a certeza de contar com a presença e apoio das pessoas com as quais se forma vínculo quando criança. O apego, uma vez desenvolvido entre pais e filhos, tende a persistir mais ou menos inalterado pelo resto da vida (Bowlby, 2004).

Estudos sobre o relacionamento mãe-filho e a sua repercussão no futuro da criança, mencionam que um recém-nascido privado do colo materno e de interação com sua mãe, poderá, quando adulto, não

desenvolver segurança e não ter capacidade para ser feliz (Bowlby, 2004; Winnicott, 2006).

No campo da saúde mental, pesquisas reconhecem que, em casos de distúrbios psiquiátricos, existe incidência significativamente elevada de ausência de formação de ligação afetiva, ou de prolongadas e, talvez, repetidas rupturas dessa ligação. No campo da neurociência, estudos demonstram que uma ligação forte e segura com os pais promove uma função biológica protetora, ficando a criança “resguardada” dos efeitos adversos do estresse (Brasil, 2002).

Um grande impulso para que se estudasse o vínculo afetivo entre pais e recém-nascido pré-termo, ocorreu após observação de equipes de unidades de tratamento intensivo neonatal. Ao receberem alta, os neonatos retornavam ao atendimento de emergência pediátrica com ganho de peso e estatura abaixo do normal e com sinais de espancamento por parte de seus pais. Fatores que podem ser muitas vezes, atribuídos a fragilidade, podendo ser um sinal da fragilidade do laço afetivo entre pais e recém-nascido (Brasil, 2002).

A criança prematura e de baixo peso tem maior risco de morbimortalidade, sendo que quanto menor a idade gestacional e o peso de nascimento, maiores são os riscos de adaptação à vida extra-uterina. Estas características implicam em menor contato físico com seus pais, dificultando o vínculo afetivo entre ambos, denotando indícios de má qualidade de interação nos níveis de sensibilidade e uma descontinuidade do processo de vinculação, devido aos poucos cuidados que os pais prestaram a seu filho, até mesmo por receio de tocá-lo (Camargo *et al.* 2004; Pinto, 2004).

Esses autores relatam que o contato dos pais com o bebê, logo após o nascimento, permite uma seqüência de atos interativos ligando-os um ao outro, assegurando-lhes a continuidade do vínculo afetivo.

Dezessete estudos desenvolvidos por diversos pesquisadores, enfocando a qualidade do apego mãe-filho, relacionado ao tempo de contato íntimo entre ambos, nos primeiros minutos, horas e dias de vida, constataram que as mães, cujo contato era precoce, sorriam mais e choravam menos, tendiam mais a levantar-se e acompanhar os bebês,

quando eram afastados delas, olhavam e falavam mais freqüentemente com o filho durante a amamentação. As crianças também, por sua vez, choravam menos e apresentavam-se calmas, demonstrando comportamentos significativos e positivos (Klaus, Kennell, 1982).

O processo de vínculo da mãe para com o bebê freqüentemente começa antes da percepção do movimento fetal, entretanto, o aparecimento do movimento fetal, normalmente faz com que as mulheres aceitem bebês anteriormente indesejados. A intensidade do apego reflete o grau de envolvimento com o filho, que geralmente é maior na mãe. Os acontecimentos importantes para a formação de vínculo da mãe para com seu filho estão inclusos no processo que se dá antes e durante a gravidez, no parto, no nascimento e após o nascimento, e este último se constitui em ver, tocar, cuidar do recém-nascido e aceitá-lo como um indivíduo. O comportamento de uma mãe e de um pai em relação ao seu filho é determinado por muitos fatores, ou seja, é o resultado de uma combinação complexa da própria herança genética dos pais, às suas respostas são proveniente de uma longa história de relações interpessoais com suas próprias famílias, dentre outras (Klaus, Kennell, 1982).

Acostumar-se com a aparência de um prematuro não é fácil para os pais, que têm dificuldades em perceber que seu pequeno filho irá finalmente crescer e ficar normal, forte e saudável. A mãe só consegue relaxar quando lhe for dito que seu filho está progredindo bem, ou melhor, quando o tiver tocado, pois quanto mais uma mãe esperar para ver seu bebê, mais tempo terá para imaginar que suas piores fantasias são verdadeiras (Klaus, Kennell, Klaus, 2000).

Winnicot (2006) defende a tese de que as mães preparam-se para a sua tarefa especializada durante os últimos meses de gravidez, tornando-se capazes de colocarem-se no lugar do bebê, desenvolvendo uma capacidade surpreendente de identificação com seu filho, o que lhe permite ir ao encontro das necessidades básicas de seu recém-nascido.

Os pais devem interagir com seu filho, acariciá-lo. Esta atitude revela um momento de amadurecimento da assistência neonatal, momento em que

se compreende que o tratamento do recém-nascido envolve não apenas a utilização de procedimentos e técnicas.

Brazelton e Sparrow (2005) comentam que os pais desejam conhecer seus filhos, para que possam reajustar suas expectativas e experiências quanto à individualidade de seu recém-nascido como pessoa.

Brazelton (1992), estudando famílias com diversos problemas de adaptação com o nascimento de um bebê prematuro, ou com alguma patologia com indicação de internação em UTIn, verificou que os pais sentem-se responsáveis, culpados e sem conseguir entender por que tiveram uma criança com intercorrência.

O mesmo autor comenta sobre sua preocupação em criar vínculo afetivo entre os pais e filhos, incentivando-os a segurarem o bebê e a perceberem as reações do filho. Também afirmam que o vínculo afetivo entre pais e filhos inicia-se na gestação, e vai formando-se como um processo contínuo, conforme as interações vão ocorrendo (Brazelton, 1988).

Corroborando com os autores acima citados, Klaus, Kennell e Klaus (2000) referem que a primeira preocupação dos pais relaciona-se à sobrevivência do bebê. Os sentimentos de culpa aumentam a ansiedade dos pais, pois, temem que tenham feito ou deixado de fazer algo durante a gravidez que tenha repercutido sobre o bebê e resultado na prematuridade.

Baldini e Krebs (2000) descrevem a importância dos pais verem seus filhos logo que possível, devendo ser encorajados a perguntarem e a expressarem seus temores. Devem ser orientados e preparados previamente para o que vão encontrar durante o tratamento, como monitores, tubos. Devem ser informados sobre o significado e a importância de toda aparelhagem, e sobre o estado geral da criança.

O fato de os pais não serem informados sobre o quadro clínico do filho, podem desencadear sentimentos de desencanto, conformismo, incompreensão e intenso sofrimento, sendo, portanto, de extrema importância a orientação aos pais sobre todos os procedimentos realizados com o neonato, e o aparato tecnológico que o cerca (Campos, Moreira, Cardoso, 2006).

A aproximação dos pais com o filho torna-se mais fácil, quando conseguem expressar seus sentimentos e obtêm informações sobre o neonato. Diante do nascimento prematuro do filho, os pais vêm-se roubados da euforia em que se encontravam e mergulham em um ambiente de preocupação e agitação (Brum, Schermann, 2004).

Com a separação brusca da mãe, devido ao estado que inspira cuidado, o recém-nascido de alto risco será privado de tudo aquilo que um neonato recebe ao nascer sem intercorrência, no que se refere a cuidados parentais. Levará mais tempo para sentir o cheiro de seus pais e escutar novamente a voz deles. A equipe de saúde deve minimizar ao máximo a separação ou o fortalecimento dos laços afetivos. Para tanto, faz-se necessário um ambiente receptivo e acolhedor, tanto para o bebê como para seus pais.

Práticas que favoreçam o relacionamento entre mãe e filho precisam ser estimuladas a fim de facilitar o desenvolvimento natural da relação, deixando os bebês e as mães mais calmos e tranquilos, fortalecendo os seus vínculos afetivos. Promoção de vínculo afetivo implica em sensibilidade de profissionais envolvidos e flexíveis (Oliveira, 2001).

Scochi *et al.* (2003) e Thomaz *et al.* (2005) explicitam que no início da neonatologia não havia participação da família na UTIn, prevalecendo o domínio exclusivo dos profissionais. Atualmente, há, por parte dos profissionais de saúde, incentivo na interação dos pais com os bebês, permitindo visitas, acompanhamento, participação nos cuidados prestados, favorecendo a restauração da saúde do recém-nascido e a formação do vínculo afetivo pai-mãe-filho.

Nesse sentido, Kenner e McGrath (2004) descrevem que para um bom desenvolvimento da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, é preciso envolver o conhecimento das enfermeiras sobre a fisiologia do neonato, resposta às necessidades específicas da criança com habilidade e competência, ambiente apropriado, promoção de cuidados centrados na família de modo individual e elaboração de meios para que os pais dos recém-nascidos façam parte da equipe de cuidados em saúde.

A subespecialização da Medicina fez com que o preparo especializado em neonatologia se tornasse um requisito também para a enfermagem. É atribuição da enfermeira o cuidado direto ao neonato, principalmente daquele de alto risco, a supervisão e treinamento do pessoal auxiliar, e a atuação como elemento facilitador na formação de vínculo entre criança, equipe de saúde e a família (Scochi, Costa, Yamanaka, 1996).

É preciso que o profissional enfermeiro estabeleça formas de comunicação e interação com os familiares dos bebês internados em Terapia Intensiva, promovendo a participação dos pais na assistência, orientando e incentivando-os a tocar seus filhos. Com esse enfoque, constrói-se um processo de cuidado, preservando a singularidade e a individualidade da criança e de seus pais, a começar de situações vividas pelos familiares atendidos pela enfermeira (Reis, Vetorelli, Vieira, 2002; Rolim, Cardoso, 2006).

A mãe de um neonato de risco necessita de acolhimento e recebimento de atenção adequada da equipe de enfermagem, para que possa desenvolver sensibilidade e responsividade materna no processo de formação do vínculo afetivo (Brum, Schermann, 2004).

Belli (1992) comenta ser o profissional enfermeiro o que permanece mais tempo junto aos recém-nascidos hospitalizados, e que os cuidados realizados devem ser direcionados tanto ao bebê como às suas mães. Observou na sua pesquisa que os enfermeiros possuem habilidades motoras para o desenvolvimento do cuidado, no entanto, notou que há uma lacuna no que diz respeito ao cuidado centrado na pessoa. A autora ressalta que esta deficiência no cuidar talvez esteja relacionada à formação acadêmica.

Tabet e Castro (2002) realizaram um estudo sobre o uso do toque como fator de humanização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e constataram o receio do enfermeiro em interagir afetivamente com as crianças e seus pais, pois ele está centrado em procedimentos técnicos, prejudicando, assim, a principal dimensão da assistência de enfermagem, que é valorizar e intuir as necessidades essenciais do bebê e da família.

Sales, Zandoni, Labegallini (2005) e Tronchini, Tsunechiro (2006), em seus estudos, comentam que, ao vivenciarem a internação de um filho, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, os pais passam a conviver com uma nova realidade. Desperta-se, portanto, um paradoxo de sentimentos, comprometendo o processo de formação de laço afetivo entre pais e filhos, devido ao longo período de internação do bebê, das rotinas impostas pela instituição e condições clínicas da mãe e da própria criança, principalmente do prematuro de muito baixo peso, e tais condições são muitas vezes incompreendidas pelos profissionais de saúde, levando a dificuldades na comunicação entre família e enfermeiro.

Gamboa (1997), em sua pesquisa com o objetivo de compreender o significado que o enfermeiro atribui à experiência de cuidar do recém-nascido e da família na UTIn, destaca que este profissional sente-se apoiando a família ao disponibilizar-se para acolher as demandas dos pais. Este apoio revela-se à medida que o enfermeiro esclarece dúvidas sobre o estado do bebê aos pais e possibilita que verbalizem seus sentimentos, mostrando-se solidário com eles.

No estudo de Martinez, Fonseca e Scochi (2007), em um hospital no México, com vários membros da equipe de saúde, dentre eles o enfermeiro, constaram que a participação dos pais nos cuidados prestados ao recém-nascido na UTIn ainda é incipiente, mas há um interesse de toda equipe em implantá-la, devido aos benefícios que trazem à criança, porém, esse estudo detalha-se mais na participação dos pais nos cuidados aos filhos, e recomenda que haja uma melhor implantação de cuidado centrado no desenvolvimento, apego e vínculo afetivo mãe-filho e família, como também de relacionamento interpessoal.

Collet e Rocha (2004) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de verificar em que momento, em quais cuidados e de que forma as mães são incluídas na assistência à criança hospitalizada e verificar como acontece a negociação dos cuidados entre a equipe de enfermagem e mães. Concluem que esta negociação não tem sido uma tarefa fácil tanto para a equipe de enfermagem, como para as mães, pois os papéis não são claros nesse processo, não há uma explicitação formal sobre em quais cuidados a

mãe deve ser inserida e a sua participação na assistência está mais relacionada àqueles cuidados realizados em casa, como tarefas básicas da mãe.

Em seu estudo sobre vínculo afetivo na UTIn, envolvendo mãe, prematuro, e equipe de enfermagem, Barbosa (1999) ressalta que uma das formas que as enfermeiras encontram para favorecer o vínculo pais-bebê é a valorização da presença dos pais na unidade, fazendo com que se percebam úteis, diminuindo assim seus sentimentos de impotência diante do filho prematuro.

O ato de cuidar do enfermeiro não é somente emoção, preocupação, atitudes, ele é mais amplo, complexo, e requer ações concretas em esferas humanísticas, sociais, éticas, biológicas e espirituais, principalmente quando se presta cuidados dentro de uma UTIn, envolvendo não somente o profissional, mas também pais e recém-nascidos (Oliveira, 2001).

Gaíva e Scochi (2005) salientam o papel fundamental do enfermeiro na introdução dos pais na unidade de terapia intensiva neonatal, principalmente na primeira visita, pois é este profissional que deve proporcionar subsídios que diminuam a ansiedade e o medo dos pais, oferecendo-lhes condições mínimas de conforto, tentando responder às suas preocupações por meio de explicações simples sobre o estado de saúde, tratamento e equipamentos utilizados no bebê.

Nesse momento, os pais dos bebês estão vivenciando uma experiência difícil e única, cabendo ao profissional enfermeiro introduzi-los nos cuidados, apoiando-os e compartilhando suas dúvidas, medos e incertezas e, conseqüentemente, gerando a afetividade de um ser-estar-com o outro.

Baseado no cuidado, na compreensão com o outro, no interagir socialmente, partilhando das angústias dos pais que têm seus bebês internados em terapia intensiva, é que se desvela a ação do enfermeiro na formação de vínculo afetivo ente os pais e seus filhos.

Cuidar de uma pessoa significa querer compreender a experiência do outro, oferecendo-lhe cuidado mediante suas necessidades. Tal processo somente ocorre quando o enfermeiro arrisca-se a entrar no mundo do outro,

e este permite ao enfermeiro conhecer seu próprio espaço. Para cuidar é preciso respeitar. O cuidado só ocorre quando se vivencia relações fundamentadas no respeito ao outro, principalmente no direito de decisão (Bousso, 1999).

Oliveira e Collet (1999) afirmam que o enfermeiro necessita reorganizar sua assistência, buscando nos referenciais sociais e psicológicos subsídios para adquirir novas percepções sobre o meio em que a criança está inserida, desenvolvendo ações que auxiliem o relacionamento do bebê com sua família e com toda a equipe de saúde. A comunicação, o conhecimento e a compreensão do contexto familiar inserida em uma situação física, social e cultural devem ser priorizados; pois, além da competência técnico-científica o enfermeiro deve compreender pais e filhos como pessoas.

São muitas as dificuldades que o enfermeiro enfrenta quando se dispõe a interagir com a família, porque não foram formados com a habilidade de pensar na família em seu cuidar. Deve, portanto, ter a sensibilidade e disposição interna para agir, estimulada pela vontade e inteligência que irão lhe conferir a capacidade de desenvolver conhecimento, não somente acadêmico, mas proveniente de reflexão sobre a realidade que o cerca no cotidiano vivido com as crianças e suas famílias. Cuidar se aprende cuidando (Ângelo, 1999).

Na concepção do enfermeiro, o paradigma de curar o torna prisioneiro do domínio tecnológico e científico, não contemplando as demandas da família, especialmente em necessidades de expor seus sentimentos (Poles, Bousso, 2006).

As mesmas autoras explicitam que a enfermeira vai projetando-se no papel de mãe da criança, resgatando seu cotidiano, suas rotinas, seus sentimentos, crenças e os aspectos morais da profissão, levando-se a reelaborar seu papel em função de melhor compreender, conhecer e desenvolver um relacionamento mais próximo com a família do bebê crítico, a ponto de ter intimidade com os pais.

Pauli e Bousso (2003) colocam que a enfermeira sente-se despreparada e com falta de confiança em si mesma para conversar com os

pais em situação de gravidade da criança; porém, sua convivência com a família tem promovido maior sensibilidade para essa experiência.

As mesmas autoras acrescentam que o desafio da enfermeira é reconhecer suas próprias limitações, seus valores e crenças, para poder desenvolver sentimentos de confiança e construir um caminho que estabeleça um relacionamento mais harmonioso com a equipe-criança-família.

O resultado do estudo desenvolvido por Vila e Rossi (2002), intitulado “Significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido”, mostrou que a equipe de enfermagem encontra dificuldades para romper padrões culturais antigos, constatando, dessa forma, a existência de uma dicotomia entre a teoria e a prática.

Em face das considerações anteriormente apresentadas, fica evidente a importância da enfermeira no cuidado e na aproximação dos recém-nascidos internados na UTIn com os seus pais, ou seja, no processo de vinculação, permitindo-lhes não somente serem visitas, mas também participantes ativos na assistência ao filho, de modo que se possam constituir como família. Tal profissional é o que está mais próximo dos recém-nascidos e de seus pais, podendo proporcionar-lhes a oportunidade mútua de conhecerem-se e de interagirem-se. Tal fato constitui em um elo entre pais e filhos para que os laços afetivos se formem de modo consciente.

INQUIETAÇÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

3 INQUIETAÇÕES E OBJETIVOS DO ESTUDO

O interesse em realizar este estudo surgiu da minha experiência profissional, trabalhando como enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal, desde o início de minha formação, mais precisamente no ano de 1993.

Desde então, chamou minha atenção que o cuidado aos recém-nascidos era valorizado pelas competências especializadas, recursos tecnológicos de alta geração, desconsiderando, muitas vezes, a presença dos pais e as suas necessidades afetivas do cotidiano.

Apesar da implantação de alguns Programas de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Risco, como já mencionado anteriormente, continuava chamando minha atenção o fato de que todo este incentivo mudava apenas uma realidade teórica.

A exigência do mercado de trabalho é de um profissional tecnicista e especializado. Acredito que o enfermeiro sedimentou este conceito em sua formação, desenvolvendo cada vez mais estudos e técnicas para o cuidado do recém-nascido grave, buscando um conhecimento que atenda à velocidade de lançamento de novas tecnologias, deixando, muitas vezes, em segundo plano, a dimensão humana, não valorizando a história da criança e de seus pais, a sua formação como indivíduo, suas necessidades básicas que se formam não só pela genética, mas também pela interação com a família.

Os anos em que atuei como enfermeira junto ao recém-nascido grave, convivendo com outros enfermeiros e com a família da criança, participando de eventos e cursos relacionados à importância da atenção aos pais de recém-nascidos internados em UTIn, no processo de formação de vínculo afetivo, realizando especialização na área, freqüentando disciplinas durante o curso de mestrado e atualmente, trabalhando como docente, acompanhando alunos do Curso de Graduação em Enfermagem nos estágios de pediatria, despertei-me não de uma forma empírica, mas consciente, sobre o real significado de ser enfermeira, ou seja, a importância

deste profissional como sustentáculo do cuidar, o que me permitiu valorizar a questão da pessoa que possui uma história, uma cultura e sentimentos.

Assim sendo, defendo que o cuidado de enfermagem, aos pais dos recém-nascidos, não pode ser reduzido nem ao seu aspecto relacional, nem ao técnico. A aplicação de um conhecimento técnico-científico bem fundamentado e a presença de um profissional bem preparado são de suma importância, mas faz-se necessário um equilíbrio entre o cuidado expressivo e o tecnológico.

A visão de mundo dos pais, sua experiência de vida, o sentido que é dado às coisas por eles, sua cultura e valores, são aspectos a serem considerados quando se busca justificativa para uma perspectiva de ação/cuidado integrador ou fragmentado.

As observações no cotidiano da UTIn, as reflexões sobre a dicotomia entre a teoria, o discurso e o modo de atuação de muitos enfermeiros, junto aos pais dos recém-nascidos de risco, suscitaram em mim várias inquietações:

- *Como a enfermeira vivencia a sua relação com o recém-nascido internado na UTIn e seus pais?*
- *As enfermeiras reconhecem as necessidades dos pais de exercerem sua função maternal/paternal e a importância da formação de laço afetivo com seus filhos? Como se percebem no processo de formação de vínculo afetivo?*
- *Qual a atuação da enfermeira para aproximar o neonato de risco de seus pais?*
- *A planta física do ambiente hospitalar, às vezes não comporta a presença dos pais, e a insegurança e constrangimento por ficarem expostas à avaliação dos pais podem dificultar a relação da enfermeira com a família?*
- *A formação acadêmica da enfermeira influencia o seu modo de atuação?*

Conhecer e compreender o enfrentamento das enfermeiras atuantes na UTIn, e o sentimento relacionado ao cuidado dos recém-nascidos e aos seus pais, certamente incrementará a assistência e o investimento na formação desses profissionais.

Nesse sentido, este estudo justifica-se uma vez que na medida em que busco a realidade da vivência da enfermeira que atua no cuidado ao recém-nascido internado na UTIn e aos seus pais, e o significado da sua ação no processo de vínculo afetivo entre eles e, dessa forma, obter subsídios para o ensino e a prática da assistência nesta especialidade.

Portanto a presente investigação tem os seguintes objetivos:

- **Conhecer a vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.**
- **Compreender como as enfermeiras vivenciam o processo de vínculo afetivo entre recém-nascidos internados na UTIn e seus pais, e apreender o típico da vivência das enfermeiras em ações que envolvem este cuidado.**

Buscando, agora, a compreensão da realidade vivenciada pelas enfermeiras, optei por uma abordagem compreensiva que será apresentada a seguir.

*OPTANDO PELO REFERENCIAL
METODOLÓGICO E FILOSÓFICO*

4 OPTANDO PELO REFERENCIAL METODOLÓGICO E FILOSÓFICO

A necessidade de conhecer e compreender a **enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), e a sua ação na formação de vínculo afetivo**, levou-me a indagar e investigar esse tema por meio de uma abordagem qualitativa, utilizando-me do referencial da fenomenologia social.

Pesquisa qualitativa, no entender de Polit, Beck e Hungler (2004), é baseada na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, como ela é vivida e tal como ela é definida por seus atores.

Tal abordagem permite interpretar os dados de um modo mais amplo, pois as respostas às minhas inquietações não poderão ser quantificadas, uma vez que buscarei desvelar sentimentos, percepções e vivências.

A pesquisa qualitativa possibilita que “o pesquisador capte a reação dos indivíduos em sua própria realidade. Trabalha com o universo de significados, valores e atitudes dos indivíduos. Permite ao pesquisador conhecer a dinâmica e a situação sob ponto de vista de quem a vivencia” (Merighi, Praça, 2003, p.1).

Dentre a modalidade da pesquisa qualitativa, “a fenomenologia possibilita a investigação do cotidiano para a compreensão da realidade concreta, trata-se de um método intuitivo e descritivo, com o objetivo de descrever a estrutura total da experiência vivida, e como os indivíduos se percebem nessas experiências” (Merighi, 2003, p. 32). A fenomenologia preocupa-se com a compreensão do fenômeno e por isso vem ao encontro dos propósitos deste estudo.

Fenomenologia é o estudo ou a ciência do fenômeno, representa um momento não desprezível da história da Filosofia. “A palavra fenômeno, deriva do grego *faínomenon*, e do verbo *faínestai*, que significa mostrar-se a si mesmo, àquilo que se manifesta” (Dartigues, 2005, p.11; Martins, Bicudo, 2005, p. 21).

“As essências constituem a armadura inteligível e a racionalidade iminente do ser, tendo sua estrutura e leis próprias, o sentido *a priori* no qual deve entrar todo mundo real ou possível e fora do qual nada pode se produzir” (Dartigues, 2005, p. 20), e é na vivência real, e cotidiana da enfermeira, que busco compreender a sua relação com os recém-nascidos internados em UTIn e seus pais.

Merighi (2003, p. 32), refletindo sobre esta modalidade de pesquisa, expressa que “é um pensar filosófico, voltado para a compreensão e a interpretação do mundo... possibilita ao pesquisado o acesso à consciência humana, isto é, à volta às coisas mesmas, às essências, o que significa chegar à verdade, à realidade desprovida de estereótipos. Abandonar os preconceitos e pressupostos em relação ao fenômeno interrogado”.

Na pesquisa fenomenológica, “o pesquisador preocupa-se com a natureza do que vai investigar, não existindo para ele uma compreensão prévia do fenômeno. Nessa abordagem de pesquisa, não há explicações, nem teorias ou qualquer outra indicação que defina o fenômeno” (Martins, Bicudo, 2005, p. 92).

Optei, ainda pelo referencial da fenomenologia social, porque este permite desvelar o sentido de ser no mundo, de ser-com-o-outro, contextualizado na intersubjetividade, configurando um grupo social. Utilizei enquanto fio norteador para análise dos dados e interpretação dos significados o pensamento do sociólogo, fenomenólogo, Alfred Schütz.

Capalbo (1998) relata que Schütz elucida o fundamento fenomenológico aos conceitos das ciências sociais, descrevendo a conduta humana como uma ciência simples, cuidadosa e particular.

As ciências sociais referem-se a objetos e processos psicológicos e intelectuais, no qual o método consiste em compreender o ser humano, com rigidez dos princípios de controle das inferências e da verificação por parte de outros investigadores, assim como os ideais teóricos de unidade, simplicidade e universalidade, portanto seus procedimentos científicos têm validade igual ao de outras ciências (Schütz, 1974a, p. 71).

“Para a fenomenologia social não importa investigar o comportamento individual, particular de cada ator. O foco de interesse é o que pode constituir-se como uma característica típica de um grupo social que está vivendo uma determinada situação” (Merighi, 2000, p. 86).

Alfred Schütz busca as reflexões de Husserl de que fenomenologia é ir às coisas mesmas. Entretanto, questiona: Se a essência do homem é a consciência, como ir à consciência do outro nela mesma? É impossível, pois a consciência se mostra nos atos que o outro pratica. Nesse sentido, Schütz parte de Husserl, mas faz uma fenomenologia da atitude natural, discutindo a intersubjetividade da consciência no mundo da vida e remete para a questão da comunicação interpessoal, corporal e cultural (Capalbo, 1998).

Na ação de ser enfermeira, atuando em UTIn, tem-se algo em vista, ou seja, projetos intencionais. Tais projetos originam-se de motivos que já foram contextualizados, pois se relacionam às experiências passadas, e motivos a serem realizados, portanto, são futuros, dentro de uma relação em que pais e enfermeiros compartilham o mesmo espaço e tempo, em uma relação face a face. Nesse tipo de relação há gestos e maneiras que nos proporcionam perceber o outro. A vida consciente de meu semelhante permite que eu compartilhe com ele as minhas experiências e divida o mesmo espaço e tempo (Capalbo, 1998).

O fenômeno estudado busca o vivido das pessoas no seu cotidiano enquanto elementos que atuam, interagem e se compreendem dentro do chamado mundo social.

O intuito, nesta pesquisa, foi conhecer o grupo de enfermeiras que atuam em UTIn, cuidando dos recém-nascidos internados e seus pais, situando-as na atitude natural, portanto, no seu mundo-vida, para compreender as diversas práticas interpretativas por meio das quais a realidade é construída na perspectiva pessoal e social.

*A FENOMENOLOGIA SOCIAL DE
ALFRED SCHÜTZ*

5 A FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ

A ótica do sociólogo e fenomenólogo Alfred Schütz foi utilizada por mim neste estudo, para assim poder penetrar no **mundo-vida** dos profissionais enfermeiros e compreender suas **ações cotidianas**, em um **mundo intersubjetivo**, que passa para o objetivo, compartilhado pelo **senso comum** em uma **relação face a face**, com os recém-nascidos internados em UTIn e seus pais, dentro da realidade vivida.

A estrutura de uma Sociologia baseada em considerações fenomenológicas foi constituída de maneira sistemática e abrangente primeiramente por Schütz, após um profundo conhecimento da Filosofia de Edmund Husserl e a Sociologia da Ação e Compreensão de Max Weber. Utilizou o pensamento destes autores, aprofundou-os e estruturou os fundamentos de um sistema completo e auto-suficiente de pensamento e procedimento sociológico, criando uma nova vertente da Fenomenologia Sociológica (Wagner, 1979, p. 5).

A ciência sociológica, ao explicar a ação e o pensamento humano, deve começar com uma descrição das estruturas fundamentais do pré-científico, o mundo da vida cotidiano dentro da realidade eminente e fundamental do homem. “Esta realidade de vida cotidiana, não é um mundo privado, mas sim compartilhado com outros homens desde o começo, um **mundo intersubjetivo**” (Schütz, Luchman, 1977, p. 25).

Para estudar as estruturas do mundo da vida cotidiana, Schütz buscou as experiências do ser, captando a realidade social do indivíduo dentro do seu mundo vida, um mundo intersubjetivo, compartilhado.

A fenomenologia social compreensiva de Schütz aponta um caminho, de metodologia sistemática, para compreender o fenômeno que me propus a investigar, **a enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), e a sua ação na**

formação de vínculo afetivo, contextualizado na intersubjetividade deste grupo social.

Os dados obtidos neste estudo foram analisados com embasamento no pensamento de Alfred Schütz (1972, 1974a, 1974b) descritos a seguir:

■ – *O Mundo Vida*

“O **mundo vida** é entendido como um mundo natural, que impõe limite às nossas atitudes, na qual atuamos e operamos, como atores e cenário de uma realidade que modificamos mediante nossos atos, e que por outro lado transforma nossas ações” (Schütz, Luchman, 1977, p. 27).

Wagner (1979, p.16) conceitua **mundo vida** como sendo “toda experiência cotidiana, direções e ações por meio das quais os indivíduos lidam com seus interesses, manipulando objetos, tratando com pessoas, concebendo e realizando planos”.

O mundo da vida cotidiana não é um mundo privado, mas compartilhado com meus semelhantes que são seres humanos com os quais experimento este mundo em perspectivas e aspectos diferentes. Nossas relações têm diferentes graus de intimidade e anonimato, e as modificações que determinam minhas relações com os outros e minha experiência com eles são essenciais para a constituição dos diversos domínios do mundo social. Significa um mundo intersubjetivo que existia muito antes de nosso nascimento, experimentado e interpretado por outros, nossos predecessores, como um mundo organizado (Schütz, 1974a, 1974b).

Schütz (1974a, p. 41):

O mundo vida é desde o princípio, intersubjetivo. Vivemos entre semelhantes com os quais temos influências e

experiências comuns, compreendendo-os e sendo compreendidos por eles. É também um mundo cultural, pois desde o princípio ele é um universo de significado para nós; uma textura de sentidos que devemos compreender para orientarmos e conduzirmos nele.

Complementa:

Schütz (1974b, p. 85):

O mundo de sentido comum é o palco da ação social, não somente o vê, mas atua nele e interpreta-o por meio de tipificações implícitas. Há um mundo social, nele os homens entram em mútua relação e tratam de entender uns com os outros, assim como a si mesmos, nele existem os semelhantes que podem comunicar-se inteligentemente com os outros, existem princípios muito vastos e gerais que são válidos para a vida cotidiana.

O mundo vida não pode ser experienciado de modo solitário, pois os atores deste palco atuam em um cenário compartilhado com os outros, interferindo no espaço, na linguagem, no aprendizado e na relação mútua de modo intersubjetivo.

O mundo da vida cotidiana também é, desde o princípio, um mundo social, cultural dentro do qual me relaciono, de múltiplas formas de interação, com semelhantes que conheço em diversos graus de intimidade e anonimato. Conheço este para fins práticos, pois compreendo sua conduta, seus motivos, objetivos e planos que se originam em circunstâncias biograficamente determinada. Neste cenário podemos atuar juntos, pois o mundo da vida cotidiana é aquela realidade na qual é possível uma compreensão recíproca (Schütz, 1974a, p. 80; Schütz, Luckmann, 1977, p. 53).

■ – *Intersubjetividade*

Para Schütz (1974^a, p.16) **intersubjetividade** é:

O modo pelo qual desde o início, nós atores dentro de um cenário social, experimentamos o mundo em que vivemos como um mundo natural e cultural ao mesmo tempo, como um mundo não privado, mas intersubjetivo, ou seja, comum a todos nós, realmente dado o potencial acessível a cada um.

Wagner (1979, p.159) complementa ao escrever que “o meu mundo cotidiano não é meu, mas sim um mundo intersubjetivo no qual compartilho com meus semelhantes”.

Schütz (1974a, p. 206) explicita que “a **intersubjetividade** é fundamental para se compreender a existência humana no mundo, na busca de objetivações como objeto de conhecimento, buscando significados subjetivos dos atos e fenômenos do desenvolvimento histórico construído pelo próprio homem”. Inserir-se no mundo significa também comunicar-se com ele, e como comunicação pressupõe intersubjetividade, são estas as tipificações que sustentam toda a relação social, na qual o indivíduo nasce.

Este mundo tem sentido não somente para mim, mas para todos os seres humanos. Minha experiência do mundo se justifica e corrige mediante a experiência dos outros, com quem me relaciono, tenho trabalho e sofrimento em comum. O mundo intersubjetivo é interpretado como um possível campo de ação de todos nós (Schütz, 1974b, p. 22).

Capalbo (2000, p. 291) menciona que na compreensão de Schütz “o sujeito social, em sua ação social, visando a mudanças, requer a compreensão do fundamento da subjetividade, pois o mundo social é constituído por meio da comunicação e da ação intersubjetiva dos sujeitos

significativos envolvidos nesta interação, como um objeto em si, com características independentes dos indivíduos que as experimentam”.

■ – *Atitude Natural*

Schütz (1974a, p.16) refere-se à **atitude natural** como “a maneira pela qual o homem experimenta o mundo intersubjetivo, inserido no mundo do senso comum, ou mundo cotidiano. Este mundo existia antes do nascimento, tem uma história das ações e interações de modo organizado”. “É neste contexto de cena e cenário de nossas atitudes que não somente atuamos neste mundo, mas sobre ele, e o interpretamos por meio de tipificações. O mundo do senso comum é a cena e o cenário da ação social. E como tal, a intersubjetividade é a categoria fundamental da existência humana” (Rodrigues, 1998, p. 24).

Na **atitude natural** não atuo somente dentro de uma hierarquia biograficamente determinada de planos, pelo contrário, vejo também as conseqüências típicas de meus atos, que são apreendidas como típicos, e me insiro em uma estrutura de incompatibilidade que é vivida como óbvia, temporal e própria, dos antepassados, semelhantes e sucessores (Schütz, Luckmann, 1977, p. 39).

Wagner (1979, p.16) descreve que “a **atitude natural** ajuda o homem a atuar no mundo vida, com uma postura que reconhece os fatos objetivos, as condições para as ações de acordo com os objetos à volta”.

Schütz e Luckmann (1977, p. 25) consideram que “na **atitude natural** da vida cotidiana se admite a existências de outros homens como algo pressuposto. Os corpos humanos que posso encontrar em meu mundo circundante estão, para mim, dotados de consciência, ou seja, em princípio são similares ao meu”.

“Na **atitude natural** o que me interessa são os resultados de minhas ações, e em particular a questão de saber se minhas experiências prévias, agora disponíveis, resistiram às provas da realidade” (Schütz, 1974a, p.198).

“O mundo da via cotidiana é um âmbito de realidade eminente, em que a atitude natural é a atitude fundamental do homem maduro” (Schütz, Luckmann, 1977, p. 41).

– *Situação Biográfica*

Situação biográfica é todo momento da vida de um homem, isto é, o ambiente físico e sócio cultural conforme definido por ele, dentro do qual tem sua posição, não apenas em termos de espaço físico e tempo exterior, ou de seu *status* e papel dentro do sistema social, mas também sua posição moral e ideológica. É a sedimentação de todas as experiências anteriores desse homem, organizadas de acordo com o seu estoque de conhecimento à mão, são posses unicamente dele, dadas somente a ele (Wagner, 1979, p. 73).

“Em toda **situação biográfica** específica comprovamos que muitos elementos do mundo da vida são inalterados, entretanto muitos outros são modificados por minha ação” (Schütz, Luckmann, 1977, p. 38).

O mundo do senso comum é a comunicação expressiva na qual a pessoa trata de projetar para fora os conteúdos de sua consciência. A **situação biográfica** é caracterizada pelo acervo de conhecimentos que o indivíduo vivenciou no decorrer de sua vida, interpretados como tipificações do senso comum (Merighi, 2000).

Wagner (1979, p.16) coloca que Schütz estudou os principais fatores determinantes da conduta de qualquer indivíduo no mundo vida. “Os momentos da vida prática de um homem, não se esgotam em uma situação específica, com limitações, condições e oportunidades relacionados a seus objetivos”.

Uma determinada situação é apenas uma, é um episódio na corrente de sua vida. Sua posição é a de uma pessoa que possui em sua trajetória de vida uma cadeia de experiência, unicamente sua. O indivíduo encontra-se em qualquer momento em uma “**situação biográfica determinada**”, o que

denota subjetivamente que duas pessoas jamais poderiam vivenciar a mesma situação da mesma forma, além de cada uma ter em mente seus próprios propósitos e objetivos, e estes, estão enraizados no seu passado, na sua história singular de vida.

Para Schütz (1974a, p.17), “a realidade do sentido comum nos é dada em formas culturais e históricas universais, mas o modo em que estas formas se expressam em uma vida individual depende da totalidade de experiência que uma pessoa constrói no curso de sua concreta existência”.

Pois, “o ser humano é único desde o seu nascimento até desenvolver totalmente seu biopsicossocial, cada indivíduo segue sua vida interpretando tudo o que encontra no mundo, segundo a perspectiva de seus interesses particulares, motivos, desejos, aspirações, compromissos religiosos e ideológicos”.

E “estabelece-se na vida de uma maneira específica. Nascer em um mundo é antes de tudo, nascer de progenitores que nos são exclusivos, ser criado por adultos que constituem os elementos condutores de nosso fragmento de experiência”.

– *Bagagens de Conhecimentos Disponíveis*

“Os conhecimentos oriundos das experiências vivenciadas ou transmitidas por familiares, mestres e outras pessoas mais velhas são denominados por Schütz de **bagagens de conhecimentos disponíveis**” (Rodrigues, 1998, p. 24).

Schütz (1974a, p.17) descreve que:

A **situação biográfica** caracteriza-se fundamentalmente pelo fato de que o indivíduo dispõe, em qualquer momento de sua vida, de um **acervo de conhecimento** à mão, integrado por **tipificações do mundo do sentido comum**. As muitas situações problemáticas concretas, que se estabelecem ao curso da vida cotidiana, e formuladas inicialmente, são concluídas pelo **acervo de conhecimento** que o indivíduo tem à mão.

“Nosso **acervo de conhecimento** resulta da descontinuidade dos processos de explicitação e manifestam as situações problemáticas anteriores adquiridas ao longo do tempo” (Schütz, Luckmann, 1977, p. 33).

Wagner (1979, p.17) refere que o indivíduo não pode interpretar suas experiências, fazer planos, nem para os próximos minutos, sem consultar seu próprio estoque de conhecimento. O problema em particular do qual nos ocupamos subdivide nosso **estoque de conhecimento** à mão em zonas diferentes de relevância para a sua solução e estabelece os limites das várias zonas do nosso conhecimento, ou seja, de nitidez e de vagueza, de clareza e obscuridade, de precisão e ambigüidade.

“Meus atos e experiências anteriores pertenciam ao mundo ao meu alcance anterior, mas estão ligados ao meu estado atual de consciência, porque a realidade que agora é passado, foi uma vez meu presente real” (Schütz, Luckmann, 1977, p. 57).

Os **acervos de conhecimento** guardados em nossa bagagem de conhecimento, traduzindo as vivências individuais de cada ser humano, somente podem ser compreendidos pelas ações exteriorizadas, constituindo a base da linguagem e relação social.

– Ação

“A **ação humana** pode ser interpretada cientificamente quando se esclarece de maneira adequada, como um homem em sua atitude natural e senso comum, consegue compreender a ação do outro” (Schütz, 1974b, p. 32).

Schütz (1974a, p. 86) conceitua **ação** como:

A **conduta humana** projetada pelo ator de maneira autoconsciente, o sentido que a ação tem para o ator. A

ação pode ser manifesta ou latente. Toda ação manifesta é ao mesmo tempo projetada e dotada de propósito. **Ação** latente abrange todas as formas de decisão negativa nas quais o ator decide, com um propósito determinado, abster-se de terminar uma conduta manifesta. Abster-se de atuar é o que pode se chamar de ação negativa.

Capalbo (2000, p. 294) complementa referindo que, no entender de Schütz, “**ação** é uma atividade voltada para um projeto, para o futuro, dirigida intencionalmente para algo”. Portanto, o sentido da ação não deve ser procurado fora do ator observado no mundo social, mas deve-se procurar o sentido que este ator atribui a sua ação no mundo social.

“A **ação** nunca está separada, desvinculada de outra e do mundo. Manifesta ou latente, toda **ação** tem seus horizontes de relação com a realidade”. (Schütz, 1974a, p. 24).

As experiências de significado subjetivo que emanam de nossa vida espontânea, sejam as da vida interior ou as, que afetam o mundo exterior, são chamadas de conduta. A **ação** é consciente e voluntária. Uma ação é consciente no sentido em que, antes de a realizarmos, temos em nossa mente uma figura do que vamos fazer. A **ação** designa a conduta humana com um processo em curso, que é projetada pelo ator com antecedência, embasado em um projeto pré-concebido. Na conduta não é peculiar uma orientação para o futuro (Wagner, 1979, p. 123).

“A **ação** é interpessoal, surge da vivência do indivíduo e envolve as dimensões da intencionalidade intelectual – é sempre inteligente e tem significado; volitiva – envolve o desejo de realizar, os sentimentos e temores; ativa – é voluntária, supõe o caminho da liberdade de escolha” (Schütz, 1972, p. 87, 1974a, p. 202, 1974b, p. 24).

“Somente o ator sabe quando começa e onde termina sua **ação**, somente ele decide o porquê de tê-la efetuado. A dimensão de seu projeto determina a unidade de sua **ação**” (Schütz, 1974a, p. 52).

Schütz denomina um projeto que o homem se propõe a realizar de **ação de conduta humana** (Capalbo, 1998).

■ – *Relação Face a Face*

Outro conceito desenvolvido por Schütz diz respeito à **situação face a face**. Esse autor menciona que “é no mundo da vida, na situação face a face que o outro está ao alcance da minha experiência direta” (Rodrigues, 1998, p. 25).

“Outra pessoa está dentro do alcance de minha experiência direta quando compartilha comigo o mesmo espaço e o mesmo tempo. Quando eu percebo este indivíduo, sua experiência flui lado a lado com a minha”. A esta relação na qual eu apreendo diretamente o outro, Schütz chama de relação **face a face** (Merighi, 2000, p. 94).

Wagner (1979, p. 38) explicita que Schütz denominou de “nossos semelhantes as pessoas com quem temos, tivemos ou teremos intercâmbio **face a face**, que fazem parte de nossa experiência direta, presente, passada ou potencial. Contemporâneas são as pessoas que coexistem conosco no tempo, mas que não temos qualquer relacionamento direto”.

Segundo Schütz (1974a, p. 21), “há um mundo de meus contemporâneos, no qual participo biograficamente em uma **relação face a face**, mas compartilho uma parte do tempo que me permite atuar sobre ele e ele sobre mim, dentro de um ambiente comunicativo de motivação mútua”.

Para Schütz e Luckmann (1977, p. 76) percebo o outro somente quando este compartilha comigo um mesmo espaço e tempo do mundo da vida. Somente nessas condições, quando o outro está pessoalmente presente, quando seu corpo é para mim um campo de expressão perceptível e explicável e eu estou consciente dele como pessoa. Quando sua experiência flui lado a lado com a minha, em uma verdadeira simultaneidade, em que envelhecemos juntos. A situação face a face determina não

somente um estilo, mas também a estrutura das relações e dos atos sociais.

“Compartilhar o mesmo espaço e tempo com uma pessoa mostra-me como ela realmente é, nada mais, isso implica em uma genuína simultaneidade de nossas correntes de consciência, em uma relação de **nós**” (Schütz, 1974b, p. 35). Nesta situação obtenho conhecimento do aspecto específico da vida consciente de meu semelhante, observando as manifestações concretas de suas experiências subjetivas na corrente comum de nossa relação como uma expressão íntima

Pois, em uma relação de **nós**, “digo que meu semelhante está presente corporalmente; posso captar sua vida consciente em maior número de sinais” (Schütz, Luckmann, 1977, p. 84).

Os profissionais enfermeiros, ao atuarem em UTIn, estabelecem uma situação face a face em uma expressão de relação de **nós**, ou seja, compartilham o mesmo espaço e tempo, com os pais e os recém-nascidos graves, em prol de um objetivo comum, que é a melhora da criança. Esta proximidade permite uma compreensão mais íntima entre os semelhantes enfermeiras e pais, na qual um está ao alcance do outro, e os leva a projetos e ações que os auxiliem a alcançar seus objetivos.

– *Conduta Motivacional*

Os interesses das pessoas vêm ao encontro da **relevância motivacional**, predominantes num determinado momento e situação. Essa “relevância motivacional é imposta quando a pessoa tem de atentar para certos elementos da situação, de modo a compreendê-los; ou surge espontaneamente de sua vida volitiva, isto é, a pessoa se sente livre para definir a situação de acordo com os seus planos” (Wagner, 1979, p. 23).

As pessoas agem em função de motivações dirigidas a objetivos, que apontam para o futuro, denominadas de “**motivo para**”, sendo que as razões para suas ações estão enraizadas em experiências do passado, na personalidade que desenvolvem durante sua vida, chamadas de “**motivo**

por que” (Merighi, Hamano, Cavalcante, 2002). “Todo ser humano tem em sua vivência um horizonte de passado e um de futuro, sendo que este último está cheio de vivências antecipadas **tipificadoras**” (Schütz, Luckmann, 1977, p. 68).

Wagner (1979, p. 27) explicita que “para se compreender os atos das outras pessoas, é necessário que antes se conheça os **motivos para** e os **motivos por que** desses atos. Só seríamos capazes de compreender os atos das outras pessoas, se estivéssemos na mesma situação, norteados pelos mesmos “**por que**”, ou guiados pelos mesmos motivos “**a fim de**”.

Schütz (1974a, p. 26) distingue **motivos para** de **motivos por que**. Conceitua de **motivos para** aqueles que implicam o que se quer ganhar, objetivos que se procura alcançar; e **motivos por que** são explicados com base nos antecedentes, no acervo de conhecimento, no ambiente e na predisposição psíquica do ator. Estes motivos estão separados na estrutura temporal, ou seja, os **motivos para** estão dominados para o tempo futuro, e os **motivos por que** para o passado, formando uma categoria subjetiva e uma categoria objetiva respectivamente.

“Os projetos de meus atos futuros baseiam-se em meu **conhecimento à mão** no momento da projeção, esta idealização supõe uma construção de caráter especial, pois em termos restritos”. O **conhecimento à mão** no momento de elaborar um projeto, deve ser diferente após ter efetuado o ato projetado, e as experiências que tive durante a execução desse ato, são modificadas, pelo menos, por minhas **circunstâncias biográficas** (Schütz, 1974a, p. 88).

No cenário de vivência da enfermeira com recém-nascidos internados em UTIn e seus pais, e no processo de formação de vínculo afetivo, é que procurei compreender as ações e os motivos deste profissional, no mundo social que compartilha, envolvido um senso comum, porém com pessoas diferentes, bagagens de conhecimentos distintos uns dos outros.

■ – Tipo Vivido

Segundo Schütz, para a Fenomenologia Social, o que importa investigar não é o comportamento de cada indivíduo em particular, mas o que pode constituir-se em uma característica típica daquele grupo social que está vivendo aquela situação do comportamento vivido (Merighi, 2002). Para Schütz (1972, p. 216), “o mundo cotidiano apresenta-se nas **tipificações**, ou seja, os atores sociais constroem suas representações ou caracterizações conforme suas relevâncias”.

A relação social **face a face** é direta e estabelece uma relação típica da comunidade, na qual os sujeitos estão voltados um para o outro compartilhando a mesma situação de espaço e tempo social. “**O tipo vivido** é a expressão de uma estrutura vivida na dimensão social, uma característica de um grupo social” (Capalbo, 2000, p. 295).

O sentido subjetivo que o grupo tem para seus membros consiste no conhecimento de uma situação comum, e com ela, de um sistema comum de **tipificações** e significações. Esta situação tem sua história, da qual fazem parte as biografias dos membros individuais, e do sistema de **tipificações** e significatividades que determinam situações constituindo uma concepção natural relativa e comum do mundo. Os membros individuais orientam-se sem dificuldade nos ambientes comuns, guiados por um conjunto de hábitos, tradições, costumes e outros. O sistema de **tipificações** e significatividades, compartilhado com os outros membros de um grupo, define os papéis, posições e *status* sociais de cada um (Schütz, 1974b, p. 219).

O **tipo vivido** emerge da descrição vivida do comportamento social que permite encontrar algo que tipifique as convergências nas intenções dos sujeitos, ou seja, **motivos para** e **motivos por que** como uma estrutura vivenciada única, uniforme, contínua, que pode ser analisada e descrita porque tem um valor de significação e que pode ser transmitida pela

comunicação e pela linguagem significativa, na relação interpessoal, reduzidos a motivos típicos. “É suficiente encontrar motivos típicos de atores típicos que explicam o ato como típico ante uma situação típica” (Schütz, 1972, 1974a).

Para o tipo vivido existe um só motivo típico no que diz respeito a um ato típico, originários da mesma base do contexto de significados, ou seja, a unidade de ação de outra pessoa é só um corte transversal que o observador extrai do contexto fático total. O **tipo vivido** está determinado sempre em si mesmo pelo ponto de vista do intérprete, permitindo uma nova perspectiva, e variará de acordo com seus interesses e problemas (Schütz, 1972, p. 217).

A **tipificação** depende do problema ao meu alcance, e para cada tipo tenho uma definição e solução. Pode mostrar-se pelo menos em um aspecto dos sistemas biográficos e situacionalmente determinados de interesses e significativades, é experimentado subjetivamente, no pensamento da vida cotidiana, como sistema de motivos para atuar, de projetos para realizar e objetivos para cumprir (Schütz, 1974a, p. 80).

Uma vez que os objetivos deste estudo são: ***conhecer a vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na UTIn; compreender como as enfermeiras vivenciam o processo de vínculo afetivo entre recém-nascidos internados na UTI neonatal e seus pais, e apreender o típico da vivência das enfermeiras em ações que envolvem este cuidado***, procurei no cotidiano das enfermeiras os motivos que envolvem a essência de suas ações sociais e dentro do mundo vida de cada um, em um senso comum, apropriando-me do referencial da Fenomenologia Social.

Este referencial permitiu-me refletir sobre o agir das enfermeiras, buscando a compreensão na vivência em cuidar dos neonatos internados na

UTIn e dos pais, mediante ações individualizadas e humanizadas que levam em conta, não somente o cuidado físico, mas o ser em sua totalidade existencial, em sua formação vital de base que é a humanidade, na relação com o ambiente e com o outro, em que por meio da comunicação, da reciprocidade de intenções, da afinidade dos **motivos para**, pais e enfermeiros interagem, reaprendem e crescem um com o outro, em um determinado contexto social.

A enfermeira, dentro do seu mundo vida, atuando na UTIn, cuidando dos recém-nascidos e de seus pais, tem em sua **situação biográfica**, um cabedal de conhecimentos adquiridos em sua vivência que lhes são exclusivas. Projeta seus próprios objetivos, baseados na sua história de vida.

É no contexto das concepções de Alfred Schütz, fundamentada na valorização dos sujeitos, descritos nesta pesquisa, que busquei desvelar o fenômeno: *a enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e a sua ação na formação de vínculo afetivo.*

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

- *Sujeitos da Pesquisa*

Para participar deste estudo, procurei por profissionais enfermeiros que atuassem junto aos recém-nascidos em UTIn em instituições que permitissem a presença dos pais em tempo integral, com implantação de algum método de aproximação entre filhos e pais, ou seja, Método Canguru, mãe participante e outros já citados anteriormente. Ao selecioná-los não foram considerados idade, estado civil, sexo, tempo de formação e atuação.

- *Região de Inquérito*

Merighi (2003, p. 35) explicita que “região de inquérito é a região de perplexidade, o local transparente das preocupações do pesquisador, não um espaço denominado físico, mas sim, um contexto conceitual, em que as pessoas experienciam situações vividas, o local em que o fenômeno acontece”.

Assim, para a coleta de dados deste estudo não foi necessário definir um local. A região de inquérito foi à própria situação em que o fenômeno ocorreu, o mundo vida das enfermeiras que experienciam em seu cotidiano o cuidar de crianças internadas na UTIn e seus pais.

A abordagem das profissionais enfermeiras dependeu do conhecimento da pesquisadora e de informações de terceiros, sobre a existência desses atores.

Este tipo de amostragem é definido por Polit, Beck e Hungler (2004, p. 236) como “bola de neve, em que o pesquisador solicita aos primeiros informantes que indiquem outros participantes para o estudo”.

- *Coleta de Dados*

O processo de coleta de dados iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, no mês de abril/2007 (Anexo 1). No entanto, as

entrevistas utilizadas para análise dos dados ocorreram no período de outubro a dezembro de 2007, depois de várias tentativas com o intuito de verificar a pertinência das questões norteadoras e, conseqüentemente, o desvelamento do fenômeno investigado.

Os sujeitos deste estudo foram indicados por enfermeiras conhecidas e antigas colegas de trabalho. Primeiramente, fiz contatos telefônicos com cada enfermeira, observando a sua conveniência em relação ao dia, local e horário em que o encontro poderia ocorrer.

As enfermeiras optaram por realizarem as entrevistas no âmbito do hospital em que atuavam. Mediante tal opção, dirigi-me às gerências das Instituições, e chefias das unidades e após contato telefônico, entreguei-lhes uma cópia da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, do Termo de Consentimento. Somente após liberação é que formalizei as entrevistas, que foram feitas em local reservado, para que fosse preservada a privacidade das entrevistadas.

Todos os discursos foram gravados, com o consentimento das enfermeiras, e após o término, transcritos por mim.

Considerando-se a natureza do estudo, o número de participantes não foi estabelecido previamente, mas sim determinado no transcorrer das entrevistas, em razão do conteúdo de suas falas, ou seja, no momento em que percebia que os discursos mostravam-se repetitivos, parei de coletá-los. Dessa forma, oito enfermeiras participaram da pesquisa.

Segundo Minayo (2004, p. 57):

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Por meio dela, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. Não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Lüdke e André (2005) complementam mencionando que a entrevista possibilita a captação imediata e corrente da informação desejada,

independentemente do tipo de informante e assunto. Uma entrevista bem estruturada pode permitir o tratamento de assuntos desde natureza estritamente pessoal e íntima até os de natureza mais complexas.

- Estudo Preliminar

Cabe esclarecer, mais uma vez, que o longo período utilizado para pré-testar as perguntas formuladas para as enfermeiras e a coleta dos dados utilizados para análise, deveu-se ao fato da dificuldade que tive para formular as questões norteadoras. Várias questões foram pré-testadas, sendo que os depoimentos das enfermeiras não respondiam às minhas inquietações, não evidenciavam “**motivos para**” a ação realizada, ou seja, as expectativas e os projetos. Quando perguntado sobre a sua atuação no processo de formação de vínculo afetivos entre filhos e pais, percebia que as verbalizações eram teóricas e não experienciadas.

Mantive-me atenta para apreender dos relatos a experiência vivida, com o propósito de conhecer os motivos implícitos na ação projetada para alcançar algo além da intersubjetividade, no ato concretamente expresso e compartilhado no espaço da UTIn e na relação entre o profissional, recém-nascido e seus pais.

Assim sendo, optei por perguntar sobre a vivência do cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais, sem mencionar a questão do vínculo afetivo.

Percebi, então, que, durante as descrições, as enfermeiras traziam experiências vividas, em relação ao processo de formação de vínculo afetivo entre recém-nascidos internados na UTIn e seus pais.

Dessa forma, solicitei-lhes, de forma direta, que relatassem sua vivência e projetos no cuidado ao recém-nascido internado na UTIn e aos seus pais e, em face dos resultados obtidos, as questões norteadoras foram reformuladas.

- Questões Norteadoras

Pretendi **conhecer a vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na UTIn; compreender como as enfermeiras vivenciam o processo de vínculo afetivo entre recém-nascidos internados na UTIn e seus pais, e apreender o típico da vivência das enfermeiras em ações que envolvem este cuidado**, busquei na vivência desse profissional o desvelar do fenômeno.

As questões norteadoras permitiram que a enfermeira discorresse sobre sua experiência vivida, ou seja, como tem sido para ela vivenciar a sua relação com os neonatos internados na UTIn e seus pais, na ação do cuidar.

O que se busca na fenomenologia é a essência do fenômeno, que se mostra com a obtenção das descrições dos sujeitos. Assim, os discursos foram norteados por duas questões:

“Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?”

“O que você espera com o seu atendimento?”

- Aspectos Éticos

No desenvolvimento de uma pesquisa, que envolve seres humanos, é fundamental que se considere as questões éticas. As Medidas Normativas que regulamentam estas pesquisas vêm sendo discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, por intermédio do Ministério da Saúde.

Para realização das entrevistas, primeiramente apresentei o objetivo do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), para que todas as entrevistadas pudessem assinar, caso concordassem conceder seus depoimentos.

Foram respeitadas as preferências das entrevistadas em relação à data, horário e local para coleta dos dados, garantindo-lhes o direito de declinarem-se do estudo caso julgassem conveniente. Mantive o sigilo e anonimato, de conformidade com o

previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), sobre pesquisas com seres humanos. A fim de preservar o anonimato das enfermeiras, os discursos foram identificados com a letra D, seguidas do número sequencial 1...8.

- *Análise dos Dados*

Para compreender a essência do fenômeno: a enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), e a sua ação na formação de vínculo afetivo, tentei abster-me de opiniões e conceitos pré-estabelecidos, a fim de aproximar-me do fenômeno e descrevê-lo tal como ele se mostra com pureza, pois como salienta Garnica (1999, p. 119), “o fenômeno buscado é posto em suspensão, o pesquisador despe-se de seus referenciais teóricos prévios, permanecendo somente os pressupostos vivenciais – ou o pré-vivido, pré-reflexivo”.

Wagner (1979, p. 274), citando Schütz refere que:

Na interpretação subjetiva, ao se querer estudar as ações humanas, o cientista pergunta que modelo de mente individual pode ser construído e que conteúdos típicos devem ser a ele atribuídos, a fim de explicar os fatos observados com resultado da atividade dessa mente, numa relação compreensível. O postulado da interpretação subjetiva deve ser entendido no sentido de que todas as explicações científicas do mundo social, podem e têm de referir-se ao significado subjetivo das ações dos seres humanos, das quais se origina a realidade social.

O desenvolvimento de um sistema ordenado de conteúdos significativos envolve vários passos e exige uma organização sistematizada que permitirá responder ao objetivo do estudo e às questões norteadoras. Para proceder à análise individual dos discursos, percorri os passos propostos por Parga Nina (1978)*, seguido por pesquisadores da

* Parga Nina L. Estudos das informações não estruturadas do Enderf e sua integração com os dados quantificados. Rio de Janeiro: PUC; 1978.

Fenomenologia Social, como: Jesus (1998), Merighi (2000) e Fustinoni (2000).

Assim sendo, o percurso para a análise compreensiva do fenômeno foi realizado gradativamente, da seguinte maneira:

- Realizei leituras atentas e criteriosas de cada depoimento na íntegra, procurando, primeiramente, identificar e apreender o sentido global da experiência vivenciada pelas enfermeiras.
- A seguir, agrupei os aspectos significativos extraídos dos discursos das enfermeiras que representaram convergência de conteúdos que compuseram as categorias concretas identificadas.
- Prossegui fazendo releitura das transcrições, buscando identificar categorias concretas, ou seja, locuções de efeito que expressassem aspectos significativos da compreensão e vivência dos **motivos** das enfermeiras que cuidam dos recém-nascidos internados na UTIn e seus pais, e o que esperam com esse atendimento.
- O próximo passo foi a identificação de categorias concretas que abrangessem os atos dos atores participantes e o estabelecimento dos significados do ato social relacionado às ações da enfermeira ao cuidar de recém-nascidos na UTIn e aos seus pais e, pelo típico dos discursos dos atores participantes, para obter a tipologia vivida.
- A análise dos agrupamentos de significados, segundo o pensamento do fenomenólogo Alfred Schütz, foi o fio condutor na discussão e análise dos dados.

Endossa os caminhos percorridos pelos pesquisadores acima citados Garnica (1999, p.119) ao descrever que “a análise fenomenológica não se encerra na descrição do subjetivo, mas o viver com – o intersubjetivo –, permite a compreensão e interpretação que não é do pesquisador, abrange o histórico social e contextualizado do pesquisado”.

Schütz, mencionado por Wagner (1979, p. 263), coloca que “os fatos para uma pesquisa social fenomenológica são coletados no mundo social de tal modo que nossa experiência científica possa apresentá-los sob uma forma segura, descrevemos e analisamos esses fatos, agrupando-os em categorias pertinentes e estudamos a forma de suas regularidades e o modo como se desenvolvem”.

Vale ressaltar que os discursos obtidos das enfermeiras estão apresentados na íntegra (Anexo 3) deste trabalho.

Antes da análise compreensiva dos dados, para melhor elucidar o leitor sobre a trajetória deste estudo, apresento graficamente os esquemas representativos da pesquisa.

*ESQUEMAS REPRESENTATIVOS
DO ESTUDO*

7 ESQUEMAS REPRESENTATIVOS DO ESTUDO

7.1 Inquietações, Objetivos do Estudo e Questões Norteadoras

Inquietações

- *Como a enfermeira vivencia a sua relação com o recém-nascido internado na UTIn e seus pais?*
- *As enfermeiras reconhecem as necessidades dos pais de exercerem sua função maternal/paternal e a importância da formação de laço afetivo com seus filhos? Como se percebem no processo de formação de vínculo afetivo?*
- *Qual a atuação da enfermeira para aproximar o neonato de risco de seus pais?*
- *A planta física do ambiente hospitalar, às vezes não comporta a presença dos pais, e a insegurança e constrangimento por ficarem expostos à avaliação dos pais podem dificultar a relação da enfermeira com a família?*
- *A formação acadêmica da enfermeira influencia o seu modo de atuação?*

Objetivos

- *Conhecer a vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.*
- *Compreender como as enfermeiras vivenciam o processo de vínculo afetivo entre recém-nascidos internados na UTIn e seus pais, e apreender o típico da vivência das enfermeiras em ações que envolvem este cuidado.*

Questões Norteadoras da Entrevista

- *Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?*
- *O que você espera com o seu atendimento?*

7.2 Percorrendo a Trajetória Metodológica

7.3 Esquema da Fenomenologia de Alfred Schütz

7.4 Esquema dos Constructos da Fenomenologia de Alfred Schütz

7.5 Percorrendo a Análise Compreensiva dos Dados

*CONSTITUIÇÃO DAS CATEGORIAS
CONCRETAS DO VIVIDO*

8 CONSTITUIÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

Na leitura e releitura atenta e minuciosa dos discursos, busquei compreender em todos eles a vivência das enfermeiras no processo de formação de vínculo afetivo entre recém-nascidos internados na UTIn e seus pais. Esmiuçando mais avidamente as falas obtidas, agrupei as convergências temáticas e comecei a apreender o significado subjetivo que os sujeitos da pesquisa atribuíram às suas próprias ações.

A contextualização dos discursos foi o ponto de partida para a construção dos significados das ações das enfermeiras, embasado em suas próprias vivências no mundo cotidiano, o que me permitiu construir as categorias concretas do vivido.

Ao reler cuidadosamente as falas das enfermeiras, notei algumas variantes significativas no ser enfermeira de UTIn, no cuidado ao recém-nascido, no processo de vínculo afetivo com seus pais. No entanto, no que diz respeito ao vivenciar o mundo do senso comum, seus sentimentos, percepções e objetivos, foram comuns, o que me permitiu construir uma característica típica deste grupo social.

Na análise dos discursos, enfatizei os constructos **intersubjetivos** e **relação face a face** que para Schütz são considerados a base do relacionar-se com o outro, do compreender a existência humana, com suas crenças e convicções reais, como parte da experiência vivida do homem e do mundo da vida na sua dimensão social. À medida que os significados vividos são contextualizados na **relação intersubjetiva**, vão configurando a **relação social**.

A reflexão de Schütz é baseada e fundamentada na **vida social**, tal como ela apresenta-se no cotidiano de sua existência, estas considerações levaram-me a querer compreender a vivência das enfermeiras na UTIn, cuidando do recém-nascido internado, no processo de vínculo afetivo com os pais, tendo um posicionamento espontâneo, sem questionar a sua própria existência e a de seu semelhante em uma **atitude natural**.

No contexto da UTIn, as enfermeiras experimentam com os pais dos recém-nascidos uma relação de familiaridade de **nós**, as quais apreende do outro como único em sua individualidade.

Ao ter atitudes que aproximem o filho dos pais, objetivando o fortalecimento do vínculo afetivo, as enfermeiras estão vivenciando em sua prática cotidiana o que Schütz chama de **ação da conduta humana**, que são os projetos que o homem pretende realizar, também chamados de **motivos para**.

Para que se desenvolva uma ação, é necessário que se tenha constituído um **acervo de conhecimento**, como patrimônio individual, adquirido pela sua própria vivência e pelo aprendizado com os antecessores. Para Schütz, o homem possui um conhecimento do seu mundo pelo caráter biográfico de sua história, este conhecimento é a expressão da sedimentação das experiências e dos conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida, que são os **motivos por que**.

Com os constructos do fenomenólogo social Alfred Schütz, compreendi que cada enfermeira tem sua própria maneira de inserir-se no mundo da vida cotidiana, não somente cuidando do recém-nascido, mas também relacionando-se com os pais. Seu posicionamento, no cenário da ação como ator, desvela seu comprometimento e a própria percepção como elo mediador na formação de vínculo afetivo entre filhos e pais.

“A ação é desenvolvida no mundo das relações sociais, caracterizada por uma orientação direta, pelo ir em direção ao outro, em uma relação de eu, tu e **nós**, movidos por um conjunto de motivos tipificados” (Schütz, 1972, p.195).

As enfermeiras, ao desenvolverem ações junto aos recém-nascidos internados na UTIn e aos seus pais, recorrem aos seus acervos de conhecimentos disponíveis para terem embasamento e projetarem os seus objetivos, constituindo seus **motivos para** e **por que**. Fazem isso na interação social de tipo **face a face**.

Examinei pormenorizadamente os conteúdos dos discursos, percebi que se convergiam e se confluíam, dessa forma surgiram duas categorias emergentes dos **motivos por que**: *Cuidado Técnico e Despreparo*. As

categorias emergentes dos **motivos para** foram: *Aprimorar; Informar e Preparar os Pais; Conquistar Reconhecimento e Confiança dos Pais; Contato Humano.*

O significado das ações das enfermeiras permitiram-me compreender que suas motivações são internas, provenientes de suas próprias vivências, e que os incentivos externos são importantes para que tenham uma mudança, uma quebra no paradigma de suas idéias pré-formadas. Buscam no seu acervo de conhecimentos disponíveis, adquiridos com seus antecessores, suas crenças, a herança cultural e a história pessoal – **motivos por que**. A reflexão retrospectiva destes conhecimentos à mão, impulsionará as enfermeiras a terem ações projetadas para o futuro, aspirações, desejos a serem conquistados – **motivos para**.

Da compreensão do significado das leituras dos discursos emergiram categorias relacionadas aos objetivos deste estudo, que serão apresentadas a seguir, primeiramente em gráficos e depois sob forma descritiva.

*ESQUEMAS REPRESENTATIVOS
DA CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS
CONCRETAS DO VIVIDO*

9 ESQUEMAS REPRESENTATIVOS DA CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

*CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS
CONCRETAS DO VIVIDO*

10 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

As questões norteadoras: *Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais? O que você espera com o seu atendimento?* permitiram-me apreender dos discursos das enfermeiras que atuam na UTIn, prestando cuidados aos recém-nascidos internados e aos seus pais, as proposições e categorias do contexto destes profissionais, e subtrair dos discursos os “**motivos por que**”. Vale lembrar que estes **motivos por que** diz respeito aos conhecimentos, às experiências adquiridas ao longo da vida e estão prontos para serem acessados sempre que necessário. Motivam os projetos a serem alcançados.

MOTIVOS POR QUE

Percebi nos discursos das enfermeiras que a interação da criança com os pais é suprimida por um fazer tecnicista, para dar seguimento a rotinas institucionalizadas que, embora, muitas vezes, não concordassem, acabavam por segui-las. Devido a este fato desenvolvem pouco o outro lado que diz respeito ao cuidado, centrado na perspectiva da pessoa, acessando sua experiência, perguntando e ouvindo o outro, ou seja, suas necessidades:

■ PROPOSIÇÃO _ Seguir rotinas, buscar protocolos, priorizar cuidados técnicos são necessidades das enfermeiras no cuidar do recém-nascido e de seus pais, sobrepondo a relação humana.

■ CATEGORIA _ Cuidado Técnico

[...] se é uma punção venosa, e a criança vai sentir mais dor, eu peço licença para os pais, que é um procedimento de rotina daqui da unidade, no caso

de procedimento invasivo, devo pedir para os pais se retirarem, tem certas coisas que eu não concordo, mas tenho que entrar nas regras daqui, porque para mim os pais poderiam ficar em todos os procedimentos realizados, o que eu poderia é explicar e perguntar se eles querem ficar ou não e respeitar a sua vontade, dar-lhes o direito de ficar ou não, porque, afinal, o filho é deles. D1

[...] Na minha visão, eu acho que tem horas que eu posso participar mais, eu acabo fazendo as coisas tão mecanicamente que esqueço este lado dos pais, quando eu vejo, os pais já estão aqui dentro, a rotina do enfermeiro também é muito sacrificante, tenho muita coisa para fazer, e acabo me esquecendo mesmo do lado humano, enfim, é preciso que primeiramente aumente o quadro de enfermeiros. D5

[...] a primeira coisa que me vem na mente é a fragilidade dele, são recém-nascidos, isto quer dizer que são totalmente dependentes, e que a assistência deles é totalmente dependentes de mim e das outras enfermeiras e auxiliares que prestam cuidados a ele, no geral tudo está dependendo do meu cuidado e qualquer erro que eu tiver é prejudicial, eu tenho que ter consciência disto, por isso eu vejo o meu cuidado a este recém-nascido como um aprendizado. Estou sempre melhorando, cada criança é única, nunca posso generalizar como sendo todas iguais, cada uma precisa de um cuidado e vai responder de uma forma, e o meu cuidado vai ser de acordo com cada criança [...] não existe nada contra indicando a presença da mãe na UTIn, mas falta um pouco de trabalho em conjunto dos órgãos governamentais com os hospitais, desenvolvimento de protocolos para situações que a mãe poderia estar junto. Eu acho que falta um pouco de união neste ponto, porque às vezes dentro da UTI tenho intercorrências, tem criança que se extuba, o médico vai e re-entuba, é meio complicado os pais ficarem juntos num procedimento destes, para mim os pais poderiam ficar mais tempo na UTI se ela se mantivesse no nível de tranquilidade que deveria ter, mas é muito difícil isto. D3

[...] Tem que ter protocolos, por exemplo, entubação, há uma rotina de como entubar, e todos fazem iguais, então também tem que ter protocolo de humanização, para que todo mundo faça do mesmo jeito, tudo bem que cada um tem uma forma de ser, mas tem que ter, um protocolo com todos os passo. Na faculdade deveria se ensinar a como fazer isto. Se nós tivéssemos uma atuação definida, soubéssemos como fazer, ajudaríamos os pais a formarem vínculo com os

filhos, porque eu saberia o momento em que eu posso chegar neles, ou seja, eu poderia avaliar estes pais de longe e de perto, eu estaria preparada para isto, para aproximar os pais dos filhos. D6

[...] com a tecnologia, a minha presença também é muito importante, desde quando eu oriento uma manipulação mínima, faço uma prescrição adequada do cuidado com a criança, de não colar adesivos, de minimizar o risco na hora de retirar, preservar a pele desta criança, enfim de tudo, de estar posicionando a cabeça desta criança para evitar deformidades. D8

[...] tenho que pensar que são dependentes, com patologias diferentes, terão respostas diferentes, vão ter determinados acessórios, ou seja, sondas, cateteres, vou ter que prestar os cuidados pensando na criança e nos acessórios que ela tem, e nos procedimentos que serão realizados. Às vezes, uma criança que precisa de manipulação mínima, tenho que ter a consciência disso, tenho que saber lidar com a criança, com a patologia e os cuidados determinados, ainda tenho a família desta criança, e quando é prematura fica mais complicado, porque muitas vezes a família não estava esperando que a criança fosse nascer naquele momento, fica bastante fragilizada, porque os cuidados são muito mais delicados, específicos, a mãe se assusta ao ver a criança entubada, com um monte de luz em cima. Uma criança mais a termo, já é um pouco mais tranquilo, porque não depende de tantos acessórios e cuidados. D3

Por meio dos discursos compreendi também que as enfermeiras, diante dos pais dos recém-nascidos internados em UTIn sentem-se despreparadas para relacionarem-se com eles. Durante o curso de graduação e pós-graduação, não aprenderam a inserir a família no contexto de cuidar, por isso necessitam de treinamento e apoio da instituição em que trabalham, para que possam atuar junto a estes pais:

- PROPOSIÇÃO _ Sentir-se despreparada para atuar com os pais dos recém-nascidos internados na UTIn. A falta de preparo e da percepção de sua importância nesta relação leva a uma ambigüidade no cuidar.

■ CATEGORIA _ Despreparo

[...] Primeiramente, quando eu me formei e fiz especialização, enfoquei muito na criança e nas patologias, me perdi um pouquinho, eu não aprendi nem na faculdade e nem na especialização como tratar os pais. Eu não tinha a visão de ver a mãe e o pai junto com o bebê, mesmo até por conta de outros lugares que eu trabalhei, em instituições públicas, não tinha os pais presentes, a mãe mora muito longe e às vezes vem uma vez por semana. Não tinha este vínculo que pudesse ter vivenciado, e até porque eu ficava mais na parte técnica, mas com todo o curso de humanização que eu senti nesta instituição que trabalho atualmente, eu passei a estudar mais sobre a participação da mãe e do pai, como eu poderei tratá-los, não sei se tratar é o nome certo, mas como suprir as necessidades deles, faz uns três anos que eu venho vendo e estudando, não somente pensando na parte prática, tenho que ver realmente o que os estudos dizem, mas eles não são suficientes. D2

[...] Eu tive uma experiência de uma parada, eram trigêmeos, um faleceu, o outro a mãe levou para casa e um ficou aqui, estava muito grave, e a mãe veio, e quis ficar durante todo o processo de reanimação da criança, ela e o marido, mas eu acho isto muito chocante para ela, porque nunca mais vai sair da cabeça dela, e eu acho também muita pressão para o pessoal da área de saúde, eu procuro muito a perfeição, e neste momento todos ficam tenso e querem tirar a criança da parada, várias vezes perguntei para a mãe se ela queria sair, mas ela não quis, então fica mais complicado [...]. D6

[...] a dificuldade que eu tenho, às vezes, é por causa das minhas próprias crenças e princípios. Minha vida como foi, eu tenho dificuldade de agir de acordo com a literatura, por exemplo: a mãe fala alguma coisa e eu tenho que responder de tal forma é tudo muito abstrato, às vezes, tem vários estudos, mas nenhum chega a uma conclusão de como se deve agir realmente, não é igual a parte fisiológica, se fizer hipotensão deve-se tratar de tal forma, não, a mãe tem toda uma coisa envolvida, a vida dela, a espera do filho, e a minha vida, como eu vou reagir a ela, é a maneira como eu reagi a minha vida inteira, poder entendê-la é difícil, não tem uma receita pronta, por mais que eu esteja procurando explicações, eu não tenho receita pronta [...] eu reajo ao outro conforme a minha vivência de vida, e o outro tem outra vivência de vida, ele reage de forma diferente, o que para mim pode ser ofensivo ou carinhoso para o outro pode não ser, esta é a minha dificuldade. D2

[...] eu não acho fácil trabalhar esta relação de entenderem o porquê a criança está lá, muitas vezes eles se culpam, culpam a enfermagem, trabalhar com os pais perto, para mim, não é problema, até gosto, porque eles vêem o meu trabalho, os meus cuidados e que não estou fazendo nada para prejudicar seu filho, mas trabalhar a mãe e o pai já é mais complicado, porque cada mãe e pai é um, tem uns que são mais fáceis, outros mais difíceis, mas no geral, eu acredito que seja bem complicado, e estar 100% preparada para trabalhar com eles é muito difícil e nunca vou estar, porque cada situação é única, sempre aparece alguma coisa nova, tento melhorar e me preparar cada dia mais, mas totalmente preparado acho difícil eu chegar um dia [...]. D3

[...] como profissional, lidar com esta situação é complicado, porque a cobrança deles é grande, e eu não me sinto preparada para isto. Na faculdade, quando eu passei por estágio, a mãe fazia o Método Canguru, era em uma salinha quase deste tamanho, ficava na cadeira com o bebê no colo, na UTI não tinham contato com o filho, e de repente vem aquele comunicado de que os pais vão ficar 24 horas. Quando isto aconteceu, foi uma resistência muito grande nossa aqui, porque eles observam tudo o que eu estou fazendo, copiam prontuário, pedem justificativa do porquê eu fiz assim e a outra faz de outro jeito. Eles ficam apontando os meus erros e defeitos, ou então a minha técnica diferente, é complicado para eu ter que trabalhar com os pais, é difícil mesmo [...]. D4

[...] O mais difícil nisto tudo é que nós não somos preparados, principalmente, para mim que fiz faculdade há dez anos atrás é mais difícil, hoje se tem Psicologia, eu não tive, é bem complicada esta situação toda, por isso eu acho que se deve mudar o currículo, o pensamento dos enfermeiros, e para os que já estão na prática é essencial que se faça cursos sobre humanização dentro do serviço, a própria instituição tem que estar voltada para isto, porque infelizmente nós robotizamos tudo, mecanizamos tudo, é superimportante voltar-se para a humanização [...]. D5

[...] chegou um momento na minha vida que eu fiquei perdida, não sabia qual era realmente o meu papel, o que é que eu devo fazer como enfermeira, é muito difícil para mim pegar a teoria da humanização e colocar na minha prática [...] eu valorizo os pais, mas não o tempo todo, eles não precisam ficar tempo integral

para formar vínculo com o filho, porque se tiver um horário estipulado eles virão com uma única visão, a de focar no bebê, em vê-lo, tocá-lo e estar com ele, se eles ficam o tempo todo, não se preocupam muito com o filho, eles se preocupam com o que os profissionais estão fazendo, eles perdem o foco do bebê [...] e nós também não estamos preparados para ter os pais o tempo todo conosco, eu fico tensa, tento esconder, mais fico tensa e não somente eu, os outros profissionais também ficam tenso, o serviço fica travado [...] porque não é fácil lidar com estes pais, e eu sinto que deveria ter sido preparada para isto, desde a graduação, porque aí eu saberia como chegar nos pais e até mesmo a colocar limites. Tem muitas pessoas que têm experiência e vivência para lidar com os pais, mas a maioria não, eu sou muito importante nesta relação, tenho tempo para acompanhar estes pais, para assisti-los, tenho disponibilidade para estar ao lado deles, minha visão é bem diferente dos auxiliares, eu sou muito importante nesta relação, mas falta preparo, na faculdade fui preparada para fazer [...]. D6

[...] fica, praticamente, um enfermeiro em cada sala, então é difícil, porque o bebê não reclama, ele não pode reclamar se eu ergui a perna dele com um pouco mais de força ou não, mas a mãe está do lado, ela está olhando, quando eu me torno mais mecânica, o pai está ali do lado, ele está vendo, querendo ou não eu tenho a quem prestar conta, teoricamente, não deveria ser assim, mas às vezes fico mais na parte mecânica, engato a primeira e vou, esta parte de cobrança é grande, mas mesmo com tudo isto eu valorizo os pais aqui [...]. D4

[...] tem mães que não têm o vínculo com o filho, o que justifica a minha atuação em tentar aproximá-los, estimulá-la a tocar o bebê, dizer que a criança se parece com ela ou com o pai, dizer que a criança está grave, mas estamos fazendo de tudo para que ele melhore e que a presença dela neste momento é muito importante, não para trocar fraldas, mas para visitar mesmo, para vir ver e curtir o bebê, vê-lo se mexer, sorrir, abrir o olho. Eu digo visita porque não concordo com os pais o tempo todo na UTI, porque eles não estão preparados para isto, eu acho que poderia ter três horários de visita, eles entrariam, ficariam um tempo maior, mas auxiliar nos cuidados integrais não, já tive situação da mãe chegar e eu estar paramentada para passar PICC, para mim é normal, mas para a mãe não, e aí ela quer saber o que está acontecendo, acha que a criança está morrendo, e eu também me sinto pressionada, porque pode sangrar e eles não estão preparados para isto [...]. D6

As mesmas questões norteadoras, já citadas anteriormente, possibilitaram-me conhecer, “**motivos para**”, relacionadas às ambições, aspirações, sonhos, projetos futuros que se deseja alcançar, por meio das ações, baseados na própria vivência e motivação.

MOTIVOS PARA

A fim de melhorar o perfil das enfermeiras, deve haver um investimento tanto do profissional, como também da instituição de saúde. Todos devem estar abertos para uma mudança de atitude, tanto interna como externa, e empenhados em projetos que desenvolvam não somente o saber, mas o ser enquanto pessoa inserida em um mundo social:

■ PROPOSIÇÃO _ Aprimorar conhecimentos humanos, para um cuidar mais humanizado.

■ CATEGORIA _ Aprimorar

[...] que todas as UTIs sejam abertas mesmo, não somente a daqui, mas qualquer outro serviço tem que ter uma UTI aberta, participação não somente dos pais, às vezes a criança não tem o pai, deixar uma outra pessoa da família participar, porque a família também dá um apoio. Eu espero que as UTIs se abram para a família aproximar-se da criança, e permitam que eles cuidem, porque não é nosso filho, e sim deles [...] que realmente todos os serviços se voltem para a humanização, desde o diretor até a faxineira, todos têm que estar ligados na humanização, se viesse uma ordem para que todos se voltassem para isso, haveria uma mudança, porque não adianta eu ou um outro querer, todos têm que estar querendo a humanização, tem que ter um querer interno associado a um externo, a uma determinação [...]. D5

Eu espero sempre o meu aprimoramento e melhora como profissional ver a evolução da criança. Procuro fazer coisas que sempre contribuam para a melhora da criança, que ela se desenvolva bem, que não tenha nenhum tipo de problema, eu uno o científico com o técnico, eu procuro sempre estudar e me aprimorar para

que minha assistência seja cada vez melhor. [...] espero também que a família entenda o que está acontecendo com a criança, que ela saiba o porquê tudo aquilo está acontecendo, muitas vezes eles acham que eu estou judiando [...] tem algumas enfermeiras que não gostam de fazer as coisas com os pais em cima, tem outras que preferem, no meu caso eu prefiro, agora tem algumas que não gostam, seria interessante se todas pensassem do mesmo jeito, mas cada pessoa tem o seu jeito, o que poderia ser feito é um treinamento para que todas tivessem as mesmas atitudes. D3

[...] Eu acho também que como enfermeira, eu tenho que ter muito treinamento, me preparar para ajudar os pais, treinamento teórico também, não só mudar porque eu acho que vai ser bom, eu tenho que acreditar que vai ser bom. Eu comecei a ver de outra forma, ao observar minha chefe, ela é mestre em família, eu a observei muito, via o vínculo que ela conseguia formar com os pais, de como eles procuravam por ela, e aí eu comecei a perceber que tudo isto faltava em mim, eu dava todo um atendimento técnico perfeito, lindo, mas o resto faltava, e eu comecei a estudar mais [...] eu vi o quanto é importante o apoio aos pais, mas para que isto aconteça, para que a enfermeira comece a aceitar os pais e se dispor para eles é necessário que a própria pessoa queira mudar, tem que partir da própria pessoa, ela pode ser tocada por outras, mas ela tem que comprar a idéia de que aquilo é bom. Para que tudo isto aconteça tem que ter mais treinamento de humanização, mostrar vários trabalhos que existe de quanto este momento é importante, de valorizar os pais, de se fazer presente, ser a diferença enquanto profissional. Hoje eu tenho esta visão, antes não [...] aí entra o meu papel de disponibilizar-me para estes pais, de me colocar para eles, que eu sou a responsável, que tem o técnico, mas sou eu que vou estar junto e ajudá-los a resolver os problemas [...]. D8

Eu acho que eu preciso desenvolver um perfil de paciência maior, porque a cobrança é grande e os problemas do setor são muitos, tipo, eu tenho que evoluir o bebê, participar da parte administrativa, são muitas rotinas para serem cumpridas em seis horas. Eu tenho que dar uma atenção que às vezes não consigo, se eu pudesse me desdobrar em duas, uma ficaria na parte administrativa, e outra somente no acompanhamento de mamada eu faria [...] eu fico pensando: poxa, enquanto eu estou aqui, tenho outras coisas para fazer, não tem ninguém cuidando da minha outra sala, eu tenho que fazer um papel ali, ou uma outra coisa lá; então, eu preciso me focar e ter paciência para estar fixa naquele momento com aquele

pai, bebê e mãe. Eu espero desenvolver maior paciência para melhorar a minha relação com os pais. Para que tudo isto aconteça, talvez eu tenha que melhorar o planejamento do meu tempo, buscar mais o meu lado humano. Não sei, nunca parei para pensar. Pode ser que se eu realmente engatasse, porque é fácil falar, o difícil é fazer. Se eu, realmente, parasse para pensar que eu realmente faço a diferença. Se eu pôr a mãe para tocar o filho, porque isto eu faço nos primeiros momentos que os pais chegam aqui na UTI, mostro o bebê, pergunto se está tudo bem, mas depois eu vou ficando mais mecânica [...] eu teria que dar mais atenção para aquela mãe no momento que ela está precisando [...]. As possibilidades de mudança que eu vejo é uma mudança minha, interna, eu acredito que até tenho perfil. Com algumas mães eu tenho mais dificuldade, por isso eu tenho que desenvolver melhor o meu trabalho com elas [...] consciência eu tenho, só não me abri totalmente para isto, quando eu conseguir desenvolver mais esta aproximação com as mães eu darei uma assistência muito mais humana, não seria mecânica, e, conseqüentemente eu melhoraria muito mais o vínculo entre pais e filhos [...]. D4

[...] tenho que ver os pais também. No começo de minha profissão, eu tinha muito receio de trabalhar com os pais dentro da UTI, porque tinha aquela idéia de que eles atrapalhavam, que iriam ver o que está errado; se, de repente; eu faço alguma coisa inadequada ou não. Hoje não, hoje eu os vejo como um grande aliado, ajudam demais, até em me forçar a melhorar, com minha observação, em estudar mais. Hoje em dia não dá para falar para os pais que tudo é devido a prematuridade, não é verdade, eles lêem muito, querem mais informações, eu tenho que estar pronta para atendê-los [...]. Eu vejo que ainda assim tenho colegas que não conseguiram alcançar isto, não que não tenham capacidade, mas porque talvez não tenham acordado de que seja importante se preparar, de aceitar aqueles pais ali, e colocar-se a disposição para passar o que sabem para eles, de se envolverem [...]. D8

As falas das enfermeiras mostram a necessidade que sentem de informar os pais sobre o que está acontecendo com o filho, permitindo-lhes que se interessem não só do estado da criança, mas da UTIn como um todo, da UTIn como um todo, exercendo o papel de maternagem e paternagem. Isto resultará em uma aproximação maior entre profissional, pais, criança, propiciará que se reconheçam como família.

- PROPOSIÇÃO _ Informar e preparar os pais sobre o filho, o ambiente da UTIn, seus equipamentos, procedimentos realizados, para que possam continuar o cuidado em casa.

- CATEGORIA _ Informar e preparar

[...] eu tento compartilhar com a angústia deles, como eles não entendem, eu procuro esclarecer o máximo possível o que está acontecendo, para que a mãe possa passar o máximo de tranquilidade para a criança e também eu me tranquilizar um pouco [...] lhe explicar o que está acontecendo com a criança, uma sonda, porque do uso dela, o porquê a criança precisar ficar na fototerapia. Tem mães que vêm uns três billis spot em cima, acham que a criança está ficando mais grave e às vezes pode ser que sim, e outras vezes não [...] eu estou assistindo duas pessoas, eu procuro assisti-la e ir vendo como ela está vendo, tudo o que está acontecendo com a criança, muitas vezes ela não está preparada, não sabe a gravidade, e às vezes acha que estamos exagerando, fica muito mais nervosa, o bebê acaba sentindo também e ficando mais agitado. Eu procuro estar tirando todas as dúvidas, tem coisas que são simples para mim, mas para a mãe não, porque tem pais que ajudam quando estão presentes, desde que recebam esclarecimentos de tudo o que está acontecendo, às vezes eles não recebem certas explicações e ficam imaginando outras coisas e acabam dificultando um pouco, acabam ficando descontentes [...]. D1

[...] Tem alguns procedimentos que eu não vou fazer com a mãe do lado, mas se ela tiver do lado eu procuro explicar o que estou fazendo, se ela tem alguma dúvida, se quer perguntar alguma coisa, se quer saber alguma coisa do bebê, o lidar com os pais para mim é supertranquilo, porque eu percebo que na grande maioria das vezes as mães ficam um pouco distante, mas por medo, depende muito, porque na UTI tenho criança tanto de baixo peso que está ali só para receber dieta, como criança entubada, com drogas vasoativas, quanto mais acessórios a criança tem, mais a mãe sente-se fragilizada, e quanto mais nova a criança também, quando a criança está internada há muito tempo, a mãe está mais acostumada, já sabe lidar melhor com aquilo; agora, um recém-nascido que chegou

faz um dia e está com um monte de droga, eu percebo uma certa distância da mãe com relação a medo [...]. D3

Eu espero que a criança fique boa e vá para casa, primeiramente é que realmente a criança vá para casa bem, se não for bem e acontecer alguma coisa, mas que os pais estejam preparados para cuidar dele [...]. D2

[...] eu acho que se os pais fossem previamente preparados para terem os filhos internados na UTI ficaria mais fácil, por exemplo, as informações não devem ser dadas no dia que a criança entra na UTI, porque os pais não vão assimilar nada, eles só querem saber se o filho está vivo ou não, mas se nós, enfermeiras, fizéssemos um acompanhamento nos dois dias seguintes, explicando o que significa cada alarme, de repente isto vai fazendo com que os pais sintam-se mais tranquilos [...] se eu lhes mostrasse que se ela tocar no bebê não vai machucá-lo ou prejudicá-lo, eu acho que isto facilitaria, se elas soubessem o que significa o oxímetro na mão do bebê, a sonda que ele está usando, de repente criar a expectativa de que logo o filho vai embora. Se eu dedicasse uns cinco, dez minutos com a mãe, tentando explicar para ela com palavras que ela possa entender, e justificar de uma forma clara e objetiva tudo o que está acontecendo com a criança. [...] mas de qualquer forma eu sou a única que pode fazer com que eles dêem estes primeiros passos, querendo ou não, aqui na UTI, sou eu que vou ter que fazer isto, e estes primeiros passos é com relação a melhora da criança e estabelecimento do vínculo com os pais, eu preciso dar um suporte para o bebê melhorar, ou acompanhando se ele precisa de oxigênio, de uma sonda, de um curativo, como também eu preciso fazer com que a mãe comece a se habituar com este quadro do bebê, então eu tenho que ter os dois [...]. D4

Eu espero que melhore o vínculo entre pais e filhos, porque tem crianças que ficam um bom tempo aqui e dá para eu ir fazendo um preparo para a alta, mas tem outras que acabam não indo para alta, mesmo assim eu acho que este vínculo deve ser feito, não é eu chegar nos pais e dizer: - seu filho está de alta. Pronto e acabou. Em casa os pais não saberão nem por onde começar, às vezes é o primeiro filho, a mãe é muito nova e não conhecem bem a criança, e nós que cuidamos aqui sabemos um pouco mais, como, por exemplo, esta criança gosta mais deste lado, são detalhes, coisas pequenas, mas que eu posso estar ajudando os pais e a criança, então o que eu espero é que os pais conheçam melhor os seus

filhos e possam continuar o cuidado em casa. O que se poderia mudar é permitir que os pais fiquem presentes, mesmo em procedimentos mais invasivos, desde que sejam informados e preparados para isto e queiram ficar [...]. D1

Eu acho que o importante é o primeiro contato do enfermeiro com os pais, explicar desde o começo, deixar claro que a participação da mãe, não que o pai não seja importante, mas da mãe é extremamente importante, a partir do momento do nascimento, isto tem que acontecer. A participação deles é muito importante, não somente nos cuidados, mas em estar ali no dia-a-dia, acompanhar em tudo, ver o que está sendo feito, o que não está, em tudo, e eu como enfermeira tenho que conversar com eles, não tem outra forma, tenho que incentivá-los também a estar tocando, trocando fralda, tem várias coisas que a mãe e o pai podem estar fazendo, tem o contato pele a pele, tem várias coisas que eu posso estar incentivando, e com isso eu espero que cada vez mais os pais participem mesmo deste tratamento, porque eles são peças fundamentais, não somente nos cuidados, mas em tudo, na parte clínica, fisiológica, porque é o filho deles, eu acho que é importantíssimo que eles estejam cada vez mais presentes [...]. D5

[...] o estresse dos pais, dos dois é muito grande, a cobrança com eles mesmo é muito grande, e não somente eu, mas todos nós da enfermagem achamos que eles tem que entender, e na verdade eles não têm o porquê entender e muito menos aceitar, sou eu que tenho que fazer este trabalho, de mostrar para eles que eu vou ajudar o bebê a sair deste obstáculo que ele está enfrentando logo de início. Eu tive um trabalho muito grande este final de semana com um pai, uma cobrança muito grande do pai para comigo, porque o filho dele não mamava, não consegui mamar, eu tentei de diversas formas, como sendo uma responsabilidade muito grande minha, porque eu que tenho que fazer alguma coisa pelo filho dele aqui, eu tenho que ajudar de alguma forma, eu tenho conhecimento para isto, o pai não tem, e a cobrança era tanto do pai como minha, quando eu cheguei do almoço, o pai foi atrás de mim e disse: você pode entrar aqui e fazer alguma coisa para o meu filho mamar? [...]. D4

[...] se eu conseguir mostrar para eles o que está acontecendo, eles vão ficar muito mais próximos do filho. No futuro vai ser muito mais fácil eles terem um vínculo. Eu tenho que tentar aproximá-los desde o momento em que a criança nasce. Nunca posso afastar os pais da criança, sempre tenho que mantê-los juntos.

Se eu fizer um trabalho adequado e mantiver os pais junto da criança, o crescimento familiar vai ser bem melhor e mais unido, o que eu espero é que mais tarde a família aceite esta criança, mas para isto tenho que fazer um trabalho de união entre eles [...]. D3

[...] Poderíamos também fornecer mais informações às mães, selecionar os diagnósticos mais freqüentes na UTI e dar uma aula, espalhar cartazes para divulgar, avisar as mães e aquelas que se interessassem viriam para assistir à aula, com isto o que eu espero é que os pais que estão aqui soubessem quem sou eu, e recebessem informação correta sobre as patologias, para que não ficassem com dúvidas [...]. D7

Eu acho que, não tem como prever que a criança virá para a UTI, mas se tivesse como prever, uma saída seria mostrar para o pai e para a mãe uma foto, um filme de uma criança grave, entubado, com sonda, com PICC, com bombas, as coisas que assustam, para que quando eles entrassem não se assustarem, e de uma certa forma não cobrassem tanto [...] o vir para a UTI prejudica o vínculo entre eles, mas é um mal necessário, a criança tem que vir, porque se não vier vai morrer, mas o vínculo é prejudicado, porque, a mãe sai do CO (centro obstétrico) vai para o quarto, em uma maternidade onde todos os bebês estão com as mães, e ela vê os outros, para ela o baque é grande, por isso tudo o que eu faço é esperando que a mãe toque seu filho, se sinta feliz, satisfeita por isto, porque ela está passando por uma profunda tristeza, por o bebê não está com ela, e no momento em que toca o filho, ela o reconhece, sente que ele é de carne e osso, que está vivo e o está tocando, e ela pode passar uma energia positiva para ele e constituir um elo de vínculo [...]. D6

[...] antes, aqui na instituição, era muito rígido, a entrada dos pais era uma vez no dia, uma vez a tarde, não tinha a presença dos pais no restante do dia; então, se o bebê piorasse, fosse ter óbito, ligava-se para os pais, mas participar não, quando a criança chegava na porta da semi-intensiva para ir embora, a mãe dizia assim: você me desculpa, mas eu quero saber um pouco como o meu filho é. Nesta hora nós, enfermeiros, começamos a trabalhar a relação dos pais e filhos na UTI, porque, se eles não ficarem o tempo todo com a criança, acabam não conhecendo o próprio filho, mas se eu der abertura para os pais para sentirem, terem contato, sentirem quando o filho chora, quando o filho tosse, mama, estas

pequenas coisas, como ele reage ao ser trocado a fralda, eu acho que até isto é importante para os pais sentirem. Alguns não querem fazer, mas tem outros que para eles é importante, e eu vejo que tem uma diferença no dia da alta, de levar o filho para casa, eu sinto aquela família [...] que formaram um elo entre eles. Antes, quando os pais não ficavam na UTI, na hora da alta, eu tinha que falar sobre ele para a mãe, então ficava uma coisa muito distante e fria em relação mãe e filho, porque no dia da alta, eu pegava e dava a criança e dizia: toma este é o teu filho. E elas respondiam: e aí? O que eu faço, é meu filho, mas eu não o conheço [...]. D7

[...] a primeira coisa que eu sinto é o que a mãe está pensando, porque ela não está aqui, quem vem é o pai, como esta mãe está se sentindo, eu me preocupo muito com isso, eu procuro estar deixando o pai o mais tranqüilo possível, tento explicar-lhe, porque é ele quem vai estar passando para a mãe as informações, nem sempre eu tenho este contato imediato, eu tenho que lhe dizer realmente o que está acontecendo de uma forma que ele entenda, para que possa transmitir para a mãe [...]. D5

[...] O que eu sempre faço é tranqüilizar os pais neste primeiro momento, pais mesmo, não as mães, porque eles não sabem o que irão falar para a esposa que ainda não pode vir para a UTI, eu tento tranqüilizá-los, esclarecer todas as dúvidas, ajudá-los, me preocupo em como ele irá transmitir para a mãe, eu deixo em aberto, se quiser que eu vá junto eu vou, se quiser que eu explique alguma coisa junto com ele eu explico, tanto que aqui, se o pai deixar, nós tiramos uma foto do bebê, no momento em que ele entra aqui, para ser levada à mãe, para que ela saiba como o bebê está, onde ele está, tive uma mãe que eu subi para falar com ela e tudo o que o esposo havia lhe dito era que a criança estava em observação, e ela estava ansiosa, com muita dor, gritava, estressada com tudo, porque ela achava que o tempo de observação já estava grande demais e não tinha informação exata, após eu conversar com ela, acalmou-se, a dor passou e até dormiu [...]. D7

[...] É necessário que haja um trabalho de preparação dos pais, porque eles não estão preparados para ter um filho na UTI, ninguém nunca está, nem mesmo nós, sendo profissionais da saúde, mas o meu trabalho é este, preparar os pais para que possam participar do tratamento do filho, uma mudança que eu vejo é o preparo dos pais para que se aproximem dos filhos [...]. D5

[...] a mãe que recebe uma notícia que o filho tem uma síndrome qualquer, é um momento que não tem explicação, e a forma com que os pais reagem e encaram vai fazer toda a diferença no vínculo com aquela criança, no vivenciar aquilo verdadeiramente; então, eu espero que a mãe viva aquele momento sabendo que lá na frente ela vai poder olhar uma foto do bebê no tubo e dizer: olha, como nós crescemos, caminhamos, como eu estava junto, como eu acreditei [...] eu espero que a mãe curta mais o bebê dela, não tem coisa mais importante na vida do que ser mãe, porque se a mãe ficar mais com o filho vai melhorar o vínculo entre eles, começa a conhecer melhor o filho dela, tem pais que falam: ah! ele mexe? Quando eles ficam mais tempo eles começam a conhecer melhor o filho, percebem as reações dele, a posição que mais gosta. [...] D8

[...] mesmo quando o bebê está muito grave e os pais distanciam-se um pouco, eu procuro, ao mesmo tempo, aproximá-los da criança e respeitar a vontade deles, não vou trazer os pais totalmente para a criança, vou tentar trabalhar com eles, conversar, ver quais são as suas dúvidas, mostrar isto é para tal coisa, a sonda é para isto, só que ao mesmo tempo tenho que respeitar sua vontade, e trazê-los para perto da criança [...]. D3

[...] eu estou aprendendo muito mais ainda a trabalhar a parte humanizada, mas é difícil, parece até frase pronta, mas eu tenho que trabalhar este elo pai-mãe-bebê, utilizando meu conhecimento sobre elo e vínculo afetivo, mas além disto eu tenho que introduzir os pais nos cuidados dos bebês, eles precisam aprender por meio de mim, para a mãe fazer uma troca de fralda de um bebê de incubadora eu não deixo, um bebê de berço, uma troca de fralda para mim é simples, mas para os pais não, então eu tenho que usar os meus conhecimentos, a minha parte humanizada, e não simplesmente dizer: pai, troque seu filho. Não posso dizer: ah! você é mãe tem que saber. Não é bem assim. Eu tenho que ir lá, mostrar como faz e utilizar o meu conhecimento para fazer o cuidado com o bebê, e depois estar mostrando para a mãe e fazer com que ela interaja com o filho também. [...]. D4

[...] talvez este seja até o caminho para que preparemos os pais para se focarem no filho, que estão aqui para verem os próprios filhos, porque são poucos os pais que realmente criam vínculo com os filhos. Mesmo sendo liberados para ficarem em tempo integral, muitos pais não se manifestam para participar dos cuidados do filho, e cabe a mim perguntar para eles se querem tocá-lo, e se não

quiserem eu devo orientá-los para que se preparem para cuidar dos bebês quando eles forem embora, mas eu devo respeitar, se eles não quiserem eu acho que não devo insistir [...]. D6.

As enfermeiras preocupam-se com a satisfação dos pais em relação à assistência recebida, referem que, atualmente, os hospitais buscam a melhoria da qualidade, por meio de certificados nacionais e internacionais, em níveis de excelência no atendimento. Permeiam seus cuidados objetivando que a criança seja suprida em suas necessidades, melhore, saia de alta hospitalar, e que os pais continuem o cuidado no domicílio. Desejam sentir-se importantes na recuperação da criança e serem reconhecidas e conquistarem a confiança dos pais:

- PROPOSIÇÃO _ Promover a satisfação dos pais com o atendimento recebido na instituição, prestar atendimento à criança com qualidade, conquistando reconhecimento e confiança.

■ CATEGORIA _ Confiança

[...] eu digo, atualmente devido à experiência que eu tive aqui, porque não tínhamos os pais o tempo todo, agora temos, e a princípio, eu e toda equipe achávamos que os pais iam ficar vigiando o que estávamos fazendo para poderem falar o que eu fiz de errado, e hoje em dia não, eu acho melhor eles estarem aí, porque participam, tem confiança em mim e no que está acontecendo e sabem, se eu estou tratando bem o bebê, ficam mais tranquilos e a criança acaba tendo um tempo de internação menor também, além de aproximarem-se e formarem vínculo com o filho [...] eu acho bom os pais estarem perto de mim quando estou assistindo ao recém-nascido, porque eles estão vendo o que eu estou fazendo e eu tenho certeza de que faço com qualidade [...] o que eu percebo é que quando estão presentes ficam mais tranquilos, porque estão vendo como eu estou trabalhando e estão participando dos cuidados, eles acabam tendo mais segurança com a equipe e com os cuidados que terão de dar aos filhos posteriormente [...]. D2

[...] os pais criam um vínculo comigo, uma referência, é muito importante, porque eles passam a confiar no meu trabalho, em mim, no que eu estou falando, eles dormem mais tranquilos. Já tive pais de o bebê morrer e eles me dizerem: ah! que bom que foi com você. E eu acho que tem que ter esta ligação com os pais; embora não seja fácil, mas eu tenho que me dispor a fazer, porque demanda esforço, no começo eu não sabia nem o que falar para eles e hoje a coisa flui, eu percebo que quanto mais eu falo, mais eu vou aprendendo, vou ouvindo, mas, para isto eu tenho que me dispor a mudar e aceitar estes pais e tê-los como meus aliados e não como uns monstros que estão ali, e que vão perturbar o andamento do setor, porque muita gente ainda acha isto [...]. D8

[...] eu converso inicialmente, nos primeiros momentos que a mãe entra em contato com o filho no dia da admissão, eu ensino, se eu quebrar o paradigma da mãe de tudo o que está ali em volta, fica melhor para ela e aumenta a sua confiança no profissional; então, o que eu sinto é que sou o elo de aproximação entre os pais e o bebê, e eu espero conseguir mudar a mim mesma para que eu ajude a melhorar o vínculo deles e que também eles tenham confiança em mim, mas tudo isto é difícil [...]. O que poderia mudar é o enfermeiro acompanhar mais a mãe, ficar mais próximo dela e passar todas as informações, até que ela entenda o que realmente está acontecendo com o filho, com isto a mãe acreditaria mais em mim e teria mais confiança no que eu faço e no que eu falo, porque eu criei um vínculo de confiança com a mãe, porque ela quer saber do bebê, por isso eu tenho que dia a dia justificar todas as alterações que aconteçam com ele, para que estabeleça um vínculo de confiança também comigo. D4

[...] eu acho que a enfermeira deva dar uma assistência para a mãe, principalmente porque o pai já vem na UTI, eu devo ir lá no quarto da mãe, ir lhe preparando, conversando e explicando como é a UTI, que tem muitos aparelhos, a criança está usando tais coisas, para que ela vá se preparando e imaginando, formando uma idéia de como vai encontrar o filho, não abrir a porta e dizer: oh! este é o seu filho. Eu espero que com tudo isto os pais estabeleçam uma relação de confiança comigo, porque vão ver que o que eu falei previamente realmente está acontecendo. Não posso nem diminuir, nem aumentar [...] porque na minha própria experiência eu percebo que a criança muda, a recuperação é muito mais rápida, diminui o tempo de internação (quando os pais estão próximos), mesmo que a criança não melhore, vá a óbito, ela teve uma qualidade de vida no período que

estive aqui, com relação à aproximação com os pais, por isso eu acho que é muito importante, e o meu papel é superimportante, porque vai depender de mim e das outras enfermeira para que o vínculo entre eles se estabeleça. [...]. D5

[...] que se sintam satisfeitos com o atendimento, porque é uma das visões do hospital privado e até muitos públicos, a qualidade no atendimento, ISO, ONA, então primeiramente é que a criança vá para casa bem e seja assistido por estes pais, nas necessidades que ela precisar e tiver, e que não vá para casa com alguma seqüela decorrente do meu atendimento, isto eu não quero [...]. Com todo o meu cuidado o que eu espero é que a criança saia bem da UTI, que os pais consigam assistir o filho em casa, que dentro da instituição eles saiam satisfeitos com os serviços prestados e que eu me sinta importante, por fazer parte de um cuidado [...] porque uma criança, na maioria das vezes, com algumas exceções, ela vem para iniciar uma nova vida na vida diária de uma pessoa, de um casal ou de uma família, então ela vem toda cheia de significados, às vezes, significado de espera, de esperança, de ansiedade, e eu queria participar de uma nova vida, e também se eu pudesse eu preencheria menos papel, faria menos burocracia. D2

[...] nós, enfermeiras, deveríamos ter mais autonomia, poderíamos nos colocar mais, porque nós não nos colocamos por medo de perder o emprego, porque o pai pode reclamar, e me foi colocado que o cliente tem razão em tudo, e ele não tem razão para isto, o filho dele está aqui, está pagando para isto, mas não tem razão em tudo. Eu acho que falta muita autonomia e posicionamento da enfermeira, para que ela se coloque mais, seja um pouco mais firme com os pais, e que eles tenham referência da enfermeira daquela sala. Os pais precisam ter uma enfermeira de referência para se reportarem, para que possam confiar em mim [...]. D6

Eu espero que esta família sinta o menos possível a separação da criança. Se eu pudesse, colocaria a mãe no primeiro instante aqui dentro, mas eu não posso, eu acho que devo colocar o pai, mas o que eu sinto é que preciso conseguir ajudar, minimizar o sofrimento e a angústia daqueles pais, porque eu já vivi isto, além de que, com este comportamento, eu consigo fazer com que os pais confiem em mim. Eu nunca senti que os pais não confiassem em mim, muito pelo contrário, eu os tenho muito próximos, com uma confiança muito grande, a ponto de eles me

dizerem que se sentem à vontade de falar comigo tudo o que estão sentindo, de abrir o coração [...]. D7

[...] eu espero que os pais saiam daqui lembrando que não foi somente o médico que cuidou da criança, mas sim uma equipe toda contribuiu para a sua melhora, mas, para isto, eu tenho que estar preparada, na parte técnica e no conhecimento científico. Eles (pais) percebem isto, e valorizam o profissional enfermeiro. Eles sabem o quanto é importante a enfermeira que está naquela UTI, quando querem uma informação mais detalhada e o médico não vem, a todo o momento, eles se dirigem a mim e sabem que serão supridos de suas necessidades, porque eu estou apta a isto [...]. D8

Estabelecer maior contato humano com os pais, permitir que reconheçam a criança como sendo sua, dando-lhe carinho, tocando-a, apoiar os pais, dar-lhes informação, acompanhá-los de perto, justificar os procedimentos realizados no dia-a-dia, são as ações das enfermeiras que podem ajudar os pais a fortalecerem o vínculo afetivo com o filho. Acreditam que estar ao lado dos pais proporcionará a eles maior tranquilidade quanto à real situação e gravidade da criança, permitirá que se interessem sobre o que é uma UTI, com toda sua tecnologia, aparelhos, e mais do que isto, conseguirão estimular os pais a tocarem o filho, a aceitá-lo, passarão de expectadores para cuidadores, e todos estarão atuando em um mundo do senso comum, com uma reciprocidade de intenções, em uma relação de nós, com um objetivo comum que é a recuperação do neonato e a formação de laço afetivo entre pais e filho.

■ PROPOSIÇÃO _ Ser elo na aproximação do filho e pais, estabelecendo ações para auxiliá-los, juntamente com a instituição, para que reconheçam, aceitem e convivam com o filho internado na UTIn.

■ CATEGORIA _ Contato Humano

[...] também o que eu percebo com tudo isto é que tem mães que em algum momento procuram afastar-se um pouco, como um meio de defesa própria, mas tem outras que acompanham o filho de perto e toda a sua evolução, ela se fortalece e coloca muita esperança em cima do filho. Em ambos os casos, eu procuro falar-lhe que pode estar tocando na criança, para que possa formar o vínculo, porque como o estado da criança está grave, o contato entre eles acaba sendo mais distante, às vezes, dependendo do que eu vou fazer, como, por exemplo, trocar uma fralda, eu pergunto se ela quer trocar [...]. D1

[...] eu tenho que lidar com a família que está com um novo ser dentro dela, uma outra pessoa inserida. Eu tenho que saber como lidar com a adaptação desta família [...] mas é complicado, porque cada pessoa responde de um jeito. Eu tenho que saber quais são as limitações dos pais, às vezes, não estavam esperando aquela criança, outros a querem muito, depende muito da minha conversa, do meu relacionamento com a família, a partir daí é que eu vou saber o que fazer com ela, como tratá-la, lógico que nunca tratarei mal, mas como conversar e abranger aquela mãe, que lado vou cuidar, porque para mim é muito importante a mãe presente com o filho, eu percebo muita diferença na criança que a mãe está sempre ali, de uma que os pais não estão, a criança evolui bem melhor. Eu automaticamente, já começo a pensar não somente na criança, mas na mãe junto, como ela vai responder a determinadas coisas. Não posso pensar que a mãe não é ninguém, por exemplo, quando a mãe é sempre presente com a criança todo dia, automaticamente, eu já vou fazer os cuidados na criança de maneira que não a assuste. Não vou pensar somente no bebê, mas na mãe também, não que eu não vá tratar e cuidar da criança, que a mãe não esteja ali, mas se eu começo a visualizar a imagem da mãe, já a associo um pouco mais aos cuidados. Uma criança que a mãe não está presente, eu vejo que não tem um bom desenvolvimento, é piorzinha, tem uma certa diferença [...]. D3

[...] Quando o bebê é muito grave, a mãe não participa dos cuidados, não troca fralda, por isso eu falo para a mãe: olha, você pode fazer um carinho, para que ele perceba que você está aí. Algumas ficam meio assustadas: como assim, a criança me perceber? É ele vai perceber, a hora que abrir a portinhola vai sentir seu cheiro, o teu toque, ele vai ver que é diferente do meu. Eu associo isto à formação de vínculo entre os pais e filho, por este momento do toque, da mãe reconhecer que é o filho dela que está ali, e eu acho que a minha função é

estimulá-la a tocar e ficar perto, a aceitar o filho que ela teve, porque na verdade ela se preparou para ter o filho normal, levar para casa, que o quarto está arrumado, mas não é assim, porque eu como mãe me sentiria culpada, porque se ele nasceu prematuro alguma coisa errada eu fiz, eu tenho este pensamento, tenho medo da mãe pensar assim, sentir culpa, e aí entrar em uma depressão e não conseguir sair, por isso eu tenho preocupação com ela [...]. D6

[...] é complicado para mim entender que o instinto materno foi quebrado quando o bebê veio para a UTIn, mas eu tenho que entender que quebrou este vínculo neste momento, a mãe tem que juntar os pedacinhos, tem que dar atenção e dedicação para o filho neste momento, não somente o ato de amamentar, mas também o toque, para que o bebê sinta que a mão que o toca é do pai e da mãe dele, a voz que está ouvindo ele vai reconhecer que é da mãe dele, ele não vai lembrar, mas vai reconhecer, do mesmo jeito quando as mães falam com os filhos eles se acalmam, eu já tive vários bebês que se acalmaram com a voz da mãe, eu acho que isto é importante e não demanda meu tempo [...]. Quando o bebê está dentro da incubadora e a mãe não pode ajudar nos cuidados, muitas vezes acontece, quando ela chega o neném está no oxigênio, eu falo: você quer tocar no seu filho? Ela responde: não, eu tenho medo. Eu falo: pode tocar, ele precisa sentir que você está aí do lado, fale com ele, ele vai ouvir, reconhecer a sua voz. Deixo a portinhola aberta, se o bebê está simplesmente na incubadora, eu falo: quer colocá-lo no peito? Simplesmente para senti-lo próximo de você, eu o coloco no colo não para sugar nada, mas somente para ir no colo e a mãe sentir o filho, isto eu sinto como sendo um papel meu, como enfermeira [...] embora seja difícil, eu penso no elo entre os dois, tento pôr os pais com o filho e fazer de tudo para que eles sintam que este é o filho deles, tento aproximar os três pai-mãe-filho, este é o meu papel, usar de algum artifício para uni-los. D4

Eu acho que mudou muito depois que eu tive filho, antes era uma coisa, agora é outra, principalmente depois que eu passei por uma situação parecida, eu já tive um filho que precisou de UTI, não neonatal, mas era UTI; então, eu comecei a perceber outras coisas, antes eu via como mais um paciente, mais um cliente, é pequenininho, eu trato com mais carinho, falo diferente, mas depois que eu tive filho, eu falo: poxa, é o filho de alguém, poderia ser o meu, a minha visão mudou muito. Hoje acaba mexendo muito mais comigo, às vezes é muito difícil, principalmente, se é uma criança grande. Os prematuros eu já sei que é a

conseqüência da prematuridade, mas uma criança que era para ser tudo normal e de repente vem para a UTI, para mim é mais complicado [...] eu me vejo como sendo uma ponte entre os três (pai, mãe e filho). Para que o vínculo afetivo aconteça entre eles, desde o primeiro momento, eu acho que é importante isso, mas este vínculo entre eles é difícil, porque têm medo de pôr a mão, acham que vai quebrar, não é o bebê que vão poder pegar, trocar fralda, eu vejo que eles têm muita dificuldade em formar mesmo este vínculo afetivo com o filho, e eu, como enfermeira, estou ali, e me sinto extremamente importante [...]. D5

[...] no começo, antes de eu ser mãe, eu pensava assim: ah! é só um bebê, nem deu tempo da mãe ter vínculo, de conviver, de se apaixonar por ele, de ver os movimentos, de vê-lo aprender andar e falar, ela vai esquecer logo. Depois que eu tive minha primeira filha eu vejo que não é só um bebê, tanto que quando eu trabalhava em outro hospital e algum bebê parava e as auxiliares choravam, eu ficava brava com elas, e dizia que não queria que elas chorassem, mesmo que ficassem compadecidas com a mãe, eu não queria que elas chorassem, porque eu tinha feito a minha parte técnica, profissional, e logo após ter tido minha filha e voltado a trabalhar, um bebê parou, eu chorei, então as colaboradoras me disseram que eu mudei, e que agora eu tinha coração, mas não é que eu não tinha antes, é que eu entrava como técnica, e agora não, eu vejo a mãe junto. [...]. D6

[...] eu também tive uma experiência do outro lado, que é ser mãe e ter um filho na UTI, com uma malformação que foi a anomalia anorectal, ele ficou um período na UTI, fez cirurgia, ficou na semi com fototerapia e depois ele foi para casa. Antes disso, eu não encarava que os pais atrapalhassem em algum momento, mas eu tinha uma dificuldade, porque eu não conseguia sentir o que eles sentiam, eu trabalhava com os pais e tinha problemas quando eles não entendiam muito o que eu estava tentando explicar, eu não entendia o porquê eles não entendiam o que eu estava explicando, porque eles se revoltavam às vezes, ficavam nervosos quando estou só cuidando, estou ajudando, mas quando eu tive meu filho, eu tinha somente uns quatro anos de experiência na UTI Neo, eu consegui entender melhor o que se passava na cabeça dos pais, porque, às vezes não entendem, é difícil deixar a criança na UTI, esta separação entre eles [...]. Eu acho que eu sou um elo entre a família, o bebê e a unidade neonatal, eu tenho que unir os pais com os filhos, um enfermeiro bem preparado consegue fazer isto [...]. D7

[...] sempre tento imaginar que um dia pode ser o meu filho; então, eu tenho que dar o melhor cuidado, porque um dia posso precisar deste mesmo cuidado, é difícil porque eu vejo que os bebês estão lá extremamente inofensivos, estão passando por todo estresse agora, e eu tenho que dar um suporte para os pais, e tentar mostrar o máximo que na grande maioria das vezes o que está acontecendo é algo comum, eu tenho que dar um suporte para os pais porque querendo ou não eu vou ter que estimular o vínculo, o elo entre o bebê e o pai, porque o bebê saiu da mãe, mas, ao entrar na UTI, este vínculo é quebrado, então eu estimo de diversas formas, ou seja, conversando, tentando mostrar de forma bem mais receptivas para os pais, que aquilo que está acontecendo com eles, pode estar sendo ruim naquele momento, mas vai melhorar [...]. D4

Eu espero que ela viva verdadeiramente este momento, porque ele não vai voltar, eu tenho um filho com síndrome de Down, é um momento muito terrível, não é a mesma coisa que ter uma criança na UTI, mas é como se fosse, os pais não estão esperando [...]. Eu vejo a luta diária da criança para sobreviver, a resposta fisiológica deles, por isso para mim os pais são totalmente importantes para o filho, para que eles não acreditem sozinhos que vão conseguir, eu sou meio espiritualista, eu acredito muito em energia, eu acho que é fundamental a presença dos pais aqui, e eu vejo quando o pai e a mãe não está bem, a criança responde de forma diferente, quando a mãe está mais tranqüila a criança é mais calma, quando os pais ficam presentes, a criança cresce mais rápido, a resposta à terapia é melhor, o vínculo da mãe e pai com o bebê é maior, eles acreditam no filho, vêem ele crescendo [...]. D8

[...] para mim, desde o útero, a mãe tem o vínculo com o filho, mas o pai não, porque até hoje eu sinto, que quando nasce um neném, a família está estressada, ou eles vão se prenderem muito nos procedimentos de enfermagem, ficarem olhando o que eu faço, ou eles vão tentar e pedir para ajudar a trocar, dar o banho, cuidar daquela criança do jeito deles, mas, ainda assim, eu acho que eu sou muito importante para estes pais e a criança. É essencial que eu aproxime a tríade, porque a UTI é muito mais tranqüila, mais sem problemas quando eu consigo trabalhar junto com os pais. Quando eles começam a tumultuar eu falo: olha, é importante que nós trabalhemos juntos, vocês são parte do tratamento, assim como eu, todos nós vamos estar colaborando no tratamento do neném, vocês vão dar

carinho, atenção, coisas que nós, da enfermagem, não fazemos muito, porque somos mais mecânicas [...]. Eu aproximo os pais do filho, porque, em qualquer momento, ou qualquer pessoa que fique afastado, a situação fica mais difícil, se não tocar e ver, mesmo que seja um bebê, a mãe levou a gestação inteira, para ela é importante aquele momento, é como se firmasse que ela é a mãe, é meu filho, fui eu que gerei, sou mãe mesmo. Eu já tive crianças que foram para adoção, e a mãe, que realmente vai dar a criança, ela fala: eu não quero ver, não quero tocar na criança, porque eu não quero vínculo. Para mim a primeira coisa para consolidar este vínculo é o cheiro, o toque [...]. D7

[...] Eu me vejo como uma ponte entre os pais e filhos, quando uma mãe ou pai que está com uma dificuldade maior de aceitação desta criança, de enxergar que tem potencial, eu consigo aproximá-los. O pai, às vezes, por não ter gerado, consegue ver a criança diferente, no primeiro momento, mas tem mãe que, às vezes, eu percebo que tem medo, devido à criança ser muito pequena, tem medo até de se envolver, de sofrer, de achar que o filho pode vir a óbito e perdê-lo, e o meu papel junto a estes pais é muito importante para dar um suporte, de mostrar outras experiências, que funciona, que as crianças saem [...]. Quando o bebê é muito grave, os pais não têm como ajudar nos cuidados, mas eu tenho que me colocar a disposição, não somente enquanto profissional, mas como ser humano que está ali, pronta para ouvi-los, para saber se eles querem tocar ou não, tenho que respeitar porque tem pais que não querem tocar por medo, e aí entra o meu papel como enfermeira. Quando eu explico todos aqueles fios, todos os equipamentos, quando eu consigo por um bebê que não está tão grave no colo de uma mãe, eu favoreço que eles o vejam de uma outra forma, que acreditem, que formem o vínculo. D8

[...] eu passo para eles a segurança que eles têm que ter, em ir lá tocar a criança, saber que é uma pessoa pequena, que requer muitos cuidados, mas que podem tocar, podem conversar, que o bebê está ouvindo, está sentindo o cheiro deles, eu tenho este papel, de aproximar os pais do bebê. Para mim eles são muito importante, sem eles o meu trabalho é muito pior, só que não é fácil, principalmente, se eu já vier com aquela coisa: ah, o pai e a mãe estão para atrapalhar. Mas eu acho que sem pai e mãe não tenho o mesmo sucesso de quando eles estão presentes. Eu vim de um outro serviço público, lá é mais complicado a presença do pai e da mãe, eu observo nitidamente que quando o pai,

e principalmente a mãe não é presente a criança demora muito mais para se recuperar. A formação do vínculo entre eles também demora mais para se formar, fica prejudicado, às vezes a criança acaba conhecendo mais a auxiliar que está ali todo dia do que a própria mãe, nestes casos, eu tento fazer com que a mãe venha e se aproxime da criança, que reconheça seu filho, que o toque [...]. D5

[...] Eu fico imaginando um dia ser mãe e vou querer, se passar por isto, que alguém me dê a oportunidade para sentir meu filho. Eu fico me pondo mais no lugar dela, mãe, eu acredito que seja muito importante a presença dos pais, porque eu tenho que pensar no lado dos dois, são nove meses que a mãe está esperando pelo bebê, às vezes, um pouco menos, eles ficam imaginando a criança, fazendo planos diversos, e, de repente, a criança vem para a UTI, e não é todo mundo que sabe o que tem dentro de uma UTI. Chegam aqui é cheia de aparelhos, aquela coisa extraordinária, muito apito, tubos, extremamente grave, a criança vem para cá e a mãe não pode simplesmente tocar no bebê, então eu acredito que é preciso a aproximação deles, tanto para o bebê que conviveu com a mãe, a família acariciando a barriga, tocando música, conversando com ele. Ao chegar aqui, vê um monte de gente, barulho, apitos, e não tem nada que seja conhecido seu (bebê), por isso eu valorizo a presença dos pais na UTI [...]. D4

[...] No primeiro momento, as mães ficam assustadas, quando me avisam que é o primeiro contato da mãe com o filho, eu quase não entro, eu só entro depois de um tempinho, porque eu acho que este é o momento dela reconhecer o próprio filho, eu não vou chegar lá e falar: olha, ele está com uma veia aqui, uma sonda, está entubado, porque ela não vai entender nada, eu falo: entre, lave as mãos, coloque a mão no bebê. Eu estimulo muito pôr a mão no bebê e a maioria delas não põem, não sei se é pela dor, pelo medo, algumas delas falam que vão machucar o filho, vão atrapalhar meu trabalho, e eu falo: você não vai me atrapalhar. E aí eu saio de perto, a sensação que eu tenho é que se eu ficar, ela vai ter medo de fazer alguma coisa e eu chamar a atenção dela, então eu saio de perto e depois eu volto, se ela está chorando eu a deixo chorar, depois que passa aí eu vou lá, pergunto: você está bem, quer saber alguma coisa, tem alguma dúvida? [...]. D6

[...] eu acho que poderia a instituição oferecer-lhe refeição, para que não fique saindo, algumas não têm recursos financeiros para se alimentar [...] porque se

a mãe não vem acaba ficando um pouco distante, não cria um sentimento, um vínculo. Outra coisa que poderia ter também é um lugar para que as mães fiquem, descansem, durante a internação da criança na UTI, ela faria a mãe canguru e ficaria aqui, não como internada, mas como acompanhante com um local próprio para que ela repouse quando estiver muito cansada, não ficasse somente sentada nestas cadeiras que temos aqui, porque já fizeram cesárea, estão inchadas [...] isto facilitaria a mãe a querer ficar com o bebê, isto ajudaria a aproximar a mãe da criança. O banco de leite também poderia mudar, poderia funcionar para todos os bebês [...] as mães poderiam doar seu leite para outras crianças. Aqui temos também bebês que são mais crônicos, para estas mães. Eu acho que deveria ter alguma atividade lúdica, alguma coisa para elas fazerem, porque muitas ficam estressadas e o ataque fica na enfermagem, o que sempre foi muito bom, começa a incomodar, chega um momento que o tempo de internação, que não se sabe quando vai terminar, vai estressar o casal e eles começam a ter muitos problemas que nunca tiveram [...]. Se o hospital criasse oportunidades para a mãe se distrair, alguma atividade lúdica, faria com que ela ficasse menos estressa e melhoraria a relação com a equipe [...]. D7

[...] eu, como enfermeira, tenho alguns mecanismos, que já faço para que aumente o vínculo entre eles, e ajuda muito, como, por exemplo, estímulo o toque na criança mesmo sendo pequenininha, permito que ajudem a segurar a sonda para dar o leite, uma troca de fralda, nas mínimas coisas, eu tento fazer com que eles participem, faço a impressão digital da mãe ou do pé do neném e escrevo bilhetinho para as mães, esperando que os pais percebam primeiro que o filho dele está ali, lutando sobreviver porque são muito pequenos, e que as crianças estão percebendo que os pais estão ali, e que confiam neles, as crianças precisam que os pais realmente acreditem que vai dar certo, que está lutando, e que vai conseguir [...] é preciso também que se melhore a parte de hotelaria, porque eu não posso esperar que uma mãe, que passou por uma cesárea, ou outro parto, venha ficar com o filho, não tem o mínimo de conforto para que eles se sintam à vontade, para ficarem um tempo maior. Os hospitais têm que pensar nisto. Muitas vezes eles não ficam mais, devido à falta de estrutura, de não ter uma cadeira adequada, um banheiro adequado para a mãe como puérpera [...]. D8

[...] eu gostaria também que a UTI fosse mais humanizada em todos os sentidos mesmo. Os pais fiquem felizes por eu estar cuidando dos filhos deles, e

que soubessem o que está sendo feito, qual a forma de tratamento, que entendessem e participassem mais do cuidar do filho, porque eu, como enfermeira, sou técnico e eles são afetivos, e isto ajudaria na formação do laço afetivo entre eles [...]. D7

*CONSTRUÇÃO DO TIPO
VIVIDO*

11 CONSTRUÇÃO DO TIPO VIVIDO

As categorias do concreto vivido desveladas pelo sentido da ação subjetiva das enfermeiras de UTIn que cuidam do recém-nascido internado, no processo de formação de vínculo afetivo com os pais, permitiram-me construir o **tipo vivido**, não significando experiências únicas e singulares.

Como já mencionado no referencial metodológico e filosófico deste estudo, Schütz (1972, p. 215) refere que:

O tipo vivido não corresponde a nenhuma pessoa em particular, trata-se de uma idealização, são esquemas interpretativos do mundo social que fazem parte da nossa bagagem de conhecimento a respeito do mundo, têm valor de significação e sempre tomamos elementos deles na relação interpessoal.

Para Schütz (1974a, p.16), **tipo vivido** é “um constructo elaborado pela reflexão sobre a vivência do sentido comum em um determinado contexto, no cotidiano do mundo social, significando uma elaboração de segundo nível. Desempenha um papel importante na compreensão do outro e na interação social”.

Os constructos de segundo nível são elaborados e embasados nas **ações** que foram vivenciadas, no primeiro momento, pelos sujeitos envolvidos, pressupondo graus de maior ou menor familiaridade, intensidade, intimidade e anonimato.

A concepção básica de todo o conhecimento do mundo, tanto no senso comum, como no pensamento científico, envolve constructos, que quer dizer um conjunto de abstrações, generalizações, formalizações e idealizações relacionados a um determinado nível do pensar. Todos os fatos são, a princípio, selecionados a partir de um contexto universal pelas atividades de nossa mente (Schütz, 1974a, p. 36).

Com esta compreensão, o **tipo vivido**, as enfermeiras constituem uma característica do grupo que está vivenciando um mesmo fenômeno, ou seja, cuidar do recém-nascido internado na UTIn, no processo de formação de vínculo afetivo com os pais.

Nos constructos do filósofo Alfred Schütz, em que a linguagem e a comunicação desempenham um papel tipificante importante, desvelo que o **mundo cotidiano**, interpretados nas experiências diretas e imediatas da atitude natural das enfermeiras de UTIn, apresenta-se nas caracterizações (tipificações) construídas por elas mesmas, de acordo com suas relevâncias.

As **ações humanas**, na relação social, são descritas por Schütz como uma interação entre os contemporâneos e/ou semelhantes, na qual um aprende com o outro por meio da comunicação.

Assim sendo, tomando posse dos **motivos por que e motivos para**, de acordo com os constructos de Schütz, e as categorias concretas emergidas do discurso dos sujeitos deste estudo, apresento o tipo vivido das enfermeiras na UTIn, que cuidam do recém-nascido no processo de formação de vínculo afetivo com os pais: “aquela que prioriza o seu cuidado em padronização e conhecimento técnico, suplantando o cuidar humano, vivencia uma relação de ambigüidade entre o valor e a importância que dá à presença dos pais na UTIn, na constituição da família, e o estreitamento dos laços afetivos entre eles, e a dificuldade que tem em se relacionar com estes pais por não ter sido e não estar preparada para esta relação.

Sente a necessidade de aprimoramento pessoal, humano e profissional para atuar junto aos pais dos recém-nascidos internados na UTIn, preparando e informando-os sobre os equipamentos utilizados, os procedimentos, a gravidade do filho, para que possam continuar o cuidado em casa após a alta hospitalar. Esta ação a levará a conquistar reconhecimento e confiança destes pais. Compartilha as angústias, medos e sofrimentos dos pais, valoriza sua presença na UTIn, porque acreditam que exercem papel importante na recuperação da criança, favorecendo a formação de vínculo afetivo com o filho. Percebe-se como elo de aproximação entre filhos e pais, e juntamente com a instituição irá promover

meios para que permaneçam junto ao filho durante a internação incentivando o contato humano, inserindo-os no contexto de cuidar”.

*ANÁLISE COMPREENSIVA DO TIPO
VIVIDO*

12 ANÁLISE COMPREENSIVA DO TIPO VIVIDO: ENFERMEIRAS DE UTI NEONATAL, QUE ATUAM JUNTO AO RECÉM-NASCIDO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE VÍNCULO AFETIVO COM SEUS PAIS

O presente estudo, embasado na Fenomenologia Sociológica, uma filosofia, com base na dimensão intencional da ação humana provenientes de suas próprias experiências, permitiu-me compreender os “**motivos por que**” e os “**motivos para**” das enfermeiras que atuam em UTIn com os recém-nascidos internados e seus pais.

Enfermeiras, recém-nascidos e pais, convivem em um mesmo ambiente, ou seja, a UTIn, em uma relação face-a-face, na qual cada um é único em seu modo de ser, suas crenças, valores, experiências e projetos, percebem e atuam no mundo de modo diferente, conforme a situação biográfica vivenciada por cada um.

A introdução dos pais na UTIn, como participantes dos cuidados prestados ao recém-nascido, seja nas trocas de fraldas, no auxílio durante o banho, ou simplesmente no toque, na conversa, no sentir o filho como seu. Tais atitudes refletem um grau de envolvimento entre eles, que pode perpetuar por toda vida.

Paralelamente, o afastamento entre pais e filho pode inibir este processo, como foi descrito por Klaus e Kennel (1993), ao afirmarem a importância de se entender a gênese do relacionamento humano desde o início de sua formação, e os fatores que possam incentivar ou inibir este processo. Complementam que o contato pele a pele, a troca de olhar, são um dos canais mais fortes para o estabelecimento de uma relação afetiva.

No contexto da UTIn, não podemos desconsiderar o avanço da tecnologia, dos equipamentos de última geração e a perspectiva crescente de estudos sobre o atendimento ao recém-nascido de risco, mas devemos ressaltar que, mais do que nunca, a comunicação interpessoal é realçada no convívio social.

O cuidado ao recém-nascido internado na UTIn faz parte do mundo cotidiano das enfermeiras que lá atuam, porém, a aproximação dos pais de seus filhos caracteriza a possibilidade de formação de vínculo afetivo entre eles. É neste mundo de senso comum, e nas ações sociais que ocorre a relação entre os pais dos neonatos de risco e as enfermeiras.

Os homens têm faculdades próprias de conhecer, pelo espírito, a distinção das idéias e das coisas para suas ações e preocupam-se com elas. Essas razões estão enraizadas em experiências passadas, na personalidade que um homem desenvolveu durante sua vida, denominado de **motivos por que** (Schütz, 1974a, p. 203).

Os **motivos por que** são os conhecimentos, as experiências adquiridas ao longo da vida, estão prontos para serem acessados sempre que necessário, e motivam os projetos a serem alcançados.

Desse modo, as enfermeiras que atuam junto ao recém-nascido na UTIn e seus pais, embasados nos seus **motivos por que**, retratam um tipo vivido que é competente técnica e cientificamente, enfatizam a necessidade de rotinas e protocolos, sentem-se despreparadas para manter uma relação mais humanizada com os pais dos neonatos.

Este estudo possibilitou emergir dos discursos das enfermeiras que cuidam dos recém-nascidos internados na UTIn e seus pais, as categorias relacionadas aos **motivos por que**:

Na categoria **Cuidado Técnico** o destaque que a enfermeira dá aos protocolos, demonstra a necessidade de apoiar suas ações em regras, é como se o tempo todo, ela precisasse de uma ordem para ser cumprida, ou uma liberação para tomada de decisão. O modo de agir das enfermeiras constitui a atitude natural específica delas, o significado atribuído à ação é baseado na situação biográfica, naquilo que aprenderam com os seus predecessores e continuam a fazer. Sentem a necessidade de

padronizações que dirijam suas ações humanitárias, sua relação com o outro, nem sempre expressando o real significado da ação humana.

Somos movimentados e modificados muito mais por coisas que acontecem nos nossos relacionamentos cotidianos e vitais do que pela razão.

Wagner (1979, p. 73) descreve que “a **atitude natural** ajuda o homem a atuar no mundo vida, com uma postura que reconhece os fatos objetivos, as condições para as ações de acordo com os objetos à volta”.

O nosso mundo vida é cultivado pelas nossas relações humanas, em um mundo cotidiano. Schütz e Luchman (1977, p. 27-28) explicitam que o **mundo vida** “é entendido como um mundo natural, que impõe limite às nossas atitudes, na qual atuamos e operamos, como atores e cenário de uma realidade que modificamos mediante nossos atos, e que por outro lado transforma nossas ações”.

O sentimento e comportamento que as enfermeiras têm sedimentado só podem ser mudados com a quebra de paradigmas, com o querer abrir-se para as mudanças, e a aquisição de uma visão humanística necessária em todo e qualquer cuidado. Esta troca de condições, ou seja, do olhar tecnicista, para o olhar humano, propicia uma mudança de atitude, não somente com soluções filosóficas ou técnicas, mas engloba o todo, o ser humano.

Para Schütz,

na **atitude natural** não atuo somente dentro de uma hierarquia biograficamente determinada de planos, pelo contrário, vejo também as conseqüências típicas de meus atos, que são apreendidas como típicos, e me insiro em uma estrutura de incompatibilidade que é vivida como óbvia, temporal e própria, dos antepassados, semelhantes e sucessores (Schütz, Luckmann, 1977, p. 39).

É necessário que haja a simbiose entre ciência e humano, porque, a enfermeira que cuida do recém-nascido internado em UTIn, precisa ter

conhecimento, especialização, tem que fazer bem o procedimento técnico, só que este não pode estar desvinculado do humano, do ser como pessoa, é importante que se associe razão com humanidade. Se a enfermeira tem a especialização técnica e não cultiva as relações humanas vitais, vai ser funcional, e não estabelecer uma relação de reciprocidade, de face a face, não se permitirá crescer e aprender com o outro, embasará seus cuidados em normas pré-estabelecidas.

“Meus atos e experiências anteriores pertenciam ao mundo ao meu alcance anterior, mas estão ligados ao meu estado atual de consciência, porque a realidade que agora é passado foi uma vez meu presente real” (Schütz, Luchman, 1977, p. 57).

É nas relações humanas que crescemos como seres humanos, as descobertas científicas e tecnológicas devem ser assimiladas, mas nunca sobrepondo o atuar nos moldes humanistas. Um complementa o outro, e ambos implicam em uma mudança no modo de ver o mundo, na postura, na atitude.

Outra categoria que emergiu das falas das enfermeiras foi o **Despreparo**. Nela, as enfermeiras referem que devido às vivências serem diferentes, e as situações sempre novas, não possuem maturidade suficiente para estabelecerem ações voltadas para o ser humano, embora tenham em mente que é importante para a criança e os pais, que promovam meios de aproximá-los, para que construam laços afetivos, por isso, direcionam suas condutas voltadas para o realizar procedimentos, gerando assim uma ambigüidade na sua assistência.

Para Schütz (1974a, p. 206):

A **intersubjetividade** é fundamental para se compreender a existência humana no mundo, na busca de objetivações como objeto de conhecimento, buscando significados subjetivos dos atos e fenômenos do desenvolvimento histórico, construído pelo próprio homem. Inserir-se no mundo significa também comunicar-se com ele, e como

comunicação pressupõe intersubjetividade, são estas as **tipificações** que sustentam toda a **relação social**, na qual o indivíduo nasce.

As enfermeiras colocam que ficam tensas, não se sentem à vontade ao realizarem procedimentos invasivos no neonato grave, diante dos pais, e acreditam que não estão preparados para acompanhar o filho em uma situação complexa. Conseguem distinguir nitidamente as situações que são permissíveis aos pais, como o trocar fralda, o toque e outros, embora saibam da importância da aproximação entre eles, não sentem a necessidade de sua presença em tempo integral.

A relação das enfermeiras, com os recém-nascidos e seus pais é baseada em uma única forma de ver o mundo, e agir nele. As suas experiências contribuem para direcionar o modo como irão reagir e interpretar o outro. Reconhecem a fragilidade da criança e a importância de suas condutas na recuperação da criança e a necessidade de estar sempre se aprimorando como cuidadoras, e de ver cada neonato como único.

Sabem que é difícil compreender e ajudar os pais dos neonatos, principalmente em situação de estresse. Mesmo buscando resposta na literatura, sentem que ainda lhes falta preparo para uma interação. Não há receita pronta de como relacionar-se com o outro, por isso as enfermeiras buscam em seus acervos de conhecimentos os meios necessários para interagirem com os pais dos recém-nascidos. Schütz (1972, p.137) diz que “a conduta, como vivência, difere de todas as outras vivências pelo fato de pressupor uma atividade do EU”.

Este mundo tem sentido não somente para mim, mas para todos os seres humanos. Minha experiência do mundo se justifica e corrige mediante a experiência dos outros, com quem me relaciono, tenho trabalho e sofrimento em comum. O **mundo intersubjetivo** é interpretado como um possível **campo de ação** de todos nós (Schütz, 1974b, p. 22).

Algumas enfermeiras referiram ser necessário um treinamento para que aprendam a lidar com os pais dos neonatos. Colocam que se fossem preparadas desde o Curso de Graduação seria mais fácil e propõem uma mudança no currículo universitário.

Há uma ênfase na falta de preparo para se trabalhar com a família, isto é, no desenvolvimento humano e não técnico. As enfermeiras sentem-se robotizadas com o saber científico, porque se detiveram pouco no desenvolvimento do saber humano, e na exploração de seus sentimentos, conseqüentemente, apresentam dificuldades para inserir os pais no contexto de cuidar do filho.

Esta dualidade do cuidar, que de um lado está a cobrança da sociedade, da instituição e até mesmo interna, para que os profissionais da saúde insiram os pais neste contexto, de outro lado, a falta de preparo, para lidar com esta situação, gera um desconforto nas enfermeiras, que muitas vezes se colocam como tolhidas em suas ações, por não saberem qual realmente é o seu papel, e o que devem fazer ao depararem-se com estes pais, o tempo todo na UTIn.

O despreparo das enfermeiras em seguir sua rotina em UTIn com a presença dos pais pode ser a causa de tanta dificuldade em se relacionar com eles, em aceitá-los dentro da UTIn neonatal e estimulá-los a ficar com o filho. Reconhecem a sua responsabilidade em aproximar os pais dos neonatos, mas não se sentem capazes, prontas, referem que ficam sem direção, sem um papel definido. Priorizam, muitas vezes, os seus cuidados em protocolos e formalizações institucionais, demonstrando pouco preparo de relacionamento interno, humano, em uma situação como essa, vivência de um mundo intersubjetivo, em que as relações humanas acontecem, e um aprende com o outro.

As pessoas se diferem pelas suas vivências, experiências passadas, mas estas servem de base para que se construa um relacionamento com objetivos e situações cotidianas comuns, tornando-os próximos, permitindo a comunicação e interação, tão necessária para que todos de um grupo social cresçam e se estabeleçam como pessoas humanas, cuidando de outros seres humanos.

O modo pelo qual eu ocupo o espaço da ação, interpreto suas possibilidades e me envolvo com seus desafios e a sedimentação desta experiência passa a ser a condição para a interpretação subsequente de todos os novos eventos e ações é conceituado por Schütz como “**situação biográfica**” (Schütz, 1974b, p.17).

Situação biográfica é todo momento da vida de um homem, isto é, o ambiente físico e sócio cultural conforme definido por ele, dentro do qual tem sua posição, não apenas em termos de espaço físico e tempo exterior, ou de seu *status* e papel dentro do sistema social, mas também sua posição moral e ideológica. É a sedimentação de todas as experiências anteriores desse homem, organizadas de acordo com o seu estoque de conhecimento à mão, são posses unicamente dele, dadas somente a ele (Wagner, 1979, p. 73).

“Os conhecimentos oriundos das experiências vivenciadas ou transmitidas por familiares, mestres e outras pessoas mais velhas são denominados por Schütz de **bagagens de conhecimentos** disponíveis” (Rodrigues, 1998, p. 24). “É uma estrutura sedimentada das experiências subjetivas prévias do indivíduo, adquiridas ao longo de sua vida, através de experiências vivenciadas ou que a ele foram comunicadas por outras pessoas” (Schütz, 1974a, p. 17).

Esta ausência de contato humano, de permitir-se ser tocado pelo outro, aprender com ele e ensinar ao mesmo tempo em uma relação face a face, talvez seja o cume da discrepância entre o falado e o vivido.

De posse dos conhecimentos adquiridos, nos quais as enfermeiras colocam que reconhecem a importância dos pais na participação dos cuidados ao recém-nascido de risco, mas por falta de preparo, no sentido de relacionar-se com o outro, desenvolvem mais o lado técnico, do que o humano, expostos nas categorias concretas emergentes dos **motivos por**

que, descrevo a seguir os **motivos para**, emergidos dos discursos dos sujeitos.

As ações das enfermeiras desenvolvidas com os recém-nascidos na UTIn e seus pais, revelam suas expectativas, projetos para uma melhora no cuidado prestado, constituindo, assim, seus **motivos para**, retratando um **tipo vivido** que necessita de aprimoramento técnico, científico e humano, para que possam preparar os pais dos neonatos para continuarem o cuidado em casa, conquistando o reconhecimento e a valorização desses pais e promovendo ações, juntamente com a instituição, para que os pais permaneçam na UTIn durante a internação do recém-nascido, aceitem, reconheçam e formem laços afetivos entre si.

A categoria **Aprimorar** mostra que as enfermeiras acreditam também que quando os pais estão junto a seus filhos, estes respondem melhor ao tratamento, ficam mais tranquilos, e ao mesmo tempo impulsionam o profissional a buscar mais conhecimento científico, para dar uma adequada assistência a ambos.

O modo de agir, de conversar e de estimular os pais a ficarem com os filhos, irá determinar o entendimento e participação da família na recuperação da criança, para isto exteriorizaram que devem preparar-se, buscando mais conhecimento científico e técnico.

Schütz e Luckmann (1977, p. 129) colocam que “junto com todos os outros elementos impostos em uma situação, as estruturas das experiências subjetivas do mundo da vida são também condições para a aquisição do conhecimento”.

Fica claro nos discursos obtidos que as enfermeiras reconhecem que suas atitudes são muitas vezes mecânicas e que precisam abrir-se mais para o lado humano, mas estão assoberbadas de tarefas, o que as levam a priorizar o cuidado técnico. Vêem a necessidade de uma disposição para mudança, não pautam este querer a uma mudança somente interna, mas associada a uma ordem imperativa institucional, que todos devem aceitar.

Capalbo (2000, p. 294) comenta que no entender do fenomenólogo social Schütz, “**ação** é uma atividade voltada para um projeto, para o futuro, dirigida intencionalmente para algo. Portanto, o sentido da ação não deve ser procurado fora do ator observado no mundo social, mas deve-se procurar o sentido que este ator atribui a sua **ação no mundo social**”.

Perceber a realidade é dispor-se para mudar hábitos enraizados, idéias pré-concebidas, passar a enxergar com outros olhos, considerar que as pessoas ao nosso lado são únicas, mas precisam de outras pessoas para que se desenvolvam como indivíduos, porque passam por um processo de constituição interpessoal e intersubjetivo, não se formam sozinhas. Este mudar depende muito mais de uma motivação interna, do que externa, há que existir um querer.

Reconhecem a importância e necessidade de aproximar os pais dos filhos, de terem uma interação e estabelecerem um contato mais humanizado com esses pais, mas e para isso, dispõem-se a despir de seus próprios pré-conceitos, a permitirem-se mudar internamente, modificando suas ações, transformando-as em um cuidar humano, contribuindo para uma recuperação mais rápida do neonato e a formação de vínculo entre pai, mãe e filho. Para que toda essas mudanças ocorram, relatam que é difícil, que não se sentem prontas e aptas, mas estão disposta a aprender, o que denota uma ação social, construída em um mundo de intersubjetividade, com reciprocidade de intenções estabelecidas pela relação face a face.

Para Alfred Schütz, “**ação** é a **conduta humana** projetada pelo ator de maneira autoconsciente, o sentido que a ação tem para o ator” (Schütz, 1974a, p. 22).

Uma mudança interna começa a ocorrer quando a pessoa dispõe-se a mudar, a ver o outro como seu semelhante próximo, pode ser por treinamento, por influência de outras pessoas, mas principalmente porque é um desejo seu, comprar a idéia de abrir-se como ser humano, e ter uma relação de nós com aqueles com os quais se convive, em um mundo de senso comum.

Wagner (1979, p. 159) explicita o pensamento de Schütz ao escrever que “o meu mundo cotidiano não é meu, mas sim um **mundo intersubjetivo** no qual compartilho com meus semelhantes”.

Schütz (1974a, p. 21) considera que, “há um mundo de meus contemporâneos, no qual participo biograficamente em uma relação face a face, mas compartilho uma parte do tempo que me permite atuar sobre ele e ele sobre mim, dentro de um ambiente comunicativo de motivação mútua”.

Dispondo-se à mudança, as enfermeiras começam a perceber o mundo vida, como sendo comum, esta interação tornará suas ações mais eficientes, e estabelecerão uma relação face a face, em que compreenderão melhor o outro, estando mais sensíveis às suas necessidades. Estas ações irão ajudar não somente à criança, mas também aos pais, em todos os sentidos, principalmente a constituírem-se como família.

As enfermeiras são essenciais para traduzirem a ciência impessoal, o cuidado tecnológico, em modelos humanísticos de cuidado, aplicando particularmente o seu saber científico e humano, com respeito, dignidade e consciência de suas ações.

Para Schütz (1972, p. 90) ao “compreender o significado da ação de uma pessoa, a preocupação deve se referir aos elementos relevantes que esta pessoa confere à sua ação, ou seja, a pessoa é responsável pela definição do significado da ação como situação da qual ela faz parte”.

Ao aprimorar seus conhecimentos sobre as relações humanas, as enfermeiras, sentem-se mais seguras para informar e preparar os pais dos recém-nascidos, para continuarem o cuidado do filho em casa, originando a categoria **Informar e Preparar**, pois, ao prestarem cuidado à criança, as enfermeiras têm em mente que devem aproximá-la dos pais, para que formem um vínculo, que reconheçam o filho, e se preparem, sejam treinados, para continuarem o cuidado em casa. Sentem-se responsáveis em auxiliar os pais a formarem laço afetivo com o filho, independente do prognóstico, que o aceitem como ele é, que se constituam como família, que se sintam pais e contribuam para a recuperação do neonato grave.

Nessa categoria emergiu o sentimento das enfermeiras de compartilharem com os pais a angústia deles, e a consciência da necessidade de passarem seus conhecimentos, esclarecerem as dúvidas, mostrarem o que realmente está acontecendo com a criança, para que possam tranquilizar-se, sentirem-se mais preparados para ficarem com o filho e colaborarem para a melhora do neonato.

Este processo de informação em que um apreende com o outro, Schütz (1972, p.159) diz que “o ato comunicativo tem como metas não apenas que alguém tome conhecimento dele, mas sim, que sua mensagem motive a pessoa que toma conhecimento, assumir uma atitude particular ou a desenvolver algum tipo de **conduta**”.

No relato das enfermeiras, percebi também que quando o recém-nascido vai para a UTIn, o primeiro contato é com o pai, passam-lhe as informações sobre o estado geral da criança e esperam que ele os transmita à mãe, por isso tentam utilizar uma linguagem acessível ao entendimento do pai, para que possa passar à mãe, transmitindo-lhe, assim, tranquilidade. tranquilizar as mães. Colocam também que devam ter ações que conforte e os una, com o propósito de fortalecer o vínculo afetivo entre eles, mas também demonstram que para isso, as enfermeiras precisam estar preparadas.

Reconhecem que alguns pais distanciam-se do filho, quando o neonato vai para a UTIn, mas também sentem-se responsáveis por orientá-los e prepará-los para continuarem cuidando do neonato em casa, porém respeitam o querer dos pais.

Neste mundo de senso comum, os atores: enfermeiras, recém-nascidos e pais, ocupam o cenário como “uma realidade de vida cotidiana, não como um mundo privado, mas sim compartilhado com outros homens desde o começo, um **mundo intersubjetivo**” (Schütz, Luchman, 1977, p. 26).

Neste cenário, as pessoas envolvidas, que são enfermeiras, pais e recém-nascidos de risco, vivenciam o evento de atuarem, situarem e interpretarem suas ações, munidas de suas perspectivas, bagagem de conhecimento e sua situação biográfica na atitude natural.

A ação de esclarecer as dúvidas dos pais dos recém-nascidos origina-se na consciência das enfermeiras, é voluntária, projetam suas atitudes com o propósito de diminuir a ansiedade, permitir-lhes estar com o filho, muitas vezes colocando-se no lugar da mãe, e vendo a situação pelo mesmo prisma, para que possam sentir-se confiantes e integrantes no papel de ser pai e mãe, auxiliando na recuperação da criança.

As enfermeiras demonstram em seus discursos que se preocupam com as mães dos recém-nascidos que estão internados UTIn. Acreditam que o vínculo afetivo entre eles se rompe, e quanto mais os pais ficarem distantes do filho, mais difícil será a aproximação entre ambos. Por esse motivo estabelecem ações para que fiquem juntos, permitindo que a mãe sintam-se realmente mãe, que fique ao seu lado, tocando-o, estimulando-o enfim, acariciando-o. Tais ações irão motivar e consolidar o vínculo afetivo entre pais e filho.

Para Schütz:

As experiências de significado subjetivo que emanam de nossa vida espontânea, sejam as da vida interior ou as que afetam o mundo exterior, são chamadas de **conduta**. A ação é consciente e voluntária. Uma ação é consciente no sentido em que, antes de a realizarmos, temos em nossa mente uma figura do que vamos fazer. A **ação** designa a **conduta humana** com um processo em curso, que é projetada pelo ator com antecedência, embasado em um projeto pré-concebido. Na conduta não é peculiar uma orientação para o futuro (Wagner, 1979, p.123).

As enfermeiras esperam que os pais enfrentem este momento difícil, que aceitem o filho e vivam intensamente cada minuto, porque suas atitudes irão determinar a relação futura entre eles. O fato de as enfermeiras terem vivenciado situação semelhante tornam-se mais sensíveis à situação.

Somente quando o outro está pessoalmente presente, quando seu corpo é para mim um campo de expressão

perceptível e explicável e eu estou consciente dele como pessoa. Quando sua experiência flui lado a lado com a minha, em uma verdadeira simultaneidade, onde envelhecemos juntos é que se estabelece uma relação **face a face**. A situação **face a face** determina não somente um estilo, mas também a estrutura das relações e dos atos sociais (Schütz, Luckmann, 1977, p. 76).

Quando as enfermeiras, sujeitos desta pesquisa, se propõem a ter ações que motivem os pais a ficarem mais próximo de seus filhos, estão tendo uma relação de reciprocidade, estabelecendo uma interação na qual um reconhece a necessidade do outro, uma relação do tipo nós.

Estas ações demonstraram que as enfermeiras estão dispostas a se despirem das idéias pré-concebidas, do tecnicismo frio e impessoal, e perceberem que podem ajudar a construir uma relação de base vital, o laço primário, para os pais e filho, contribuindo para que a criança desenvolva seus sentimentos, e que não haja progresso somente na parte fisiológica, mas também emocional.

As enfermeiras verbalizam proximidade dos pais dos recém-nascidos de risco, ao informá-los e prepará-los para a continuidade do cuidar do filho no domicílio. Com tais ações conquistam o reconhecimento e confiança por parte dos pais, constituindo assim a categoria **Confiança**:

Um dos pontos de maior relevância para as enfermeiras é a conquista da confiança dos pais do recém-nascido internado na UTIn, por meio de competência técnica. Reconhecem que para aproximarem-se da família, dar-lhe informações, inseri-la no contexto de cuidar, é necessário que, primeiramente, mudem seus próprios conceitos, investiguem seu acervo de conhecimento, concebam em si mesmas a importância de envolver e preparar a mãe para aceitar o filho, permitir que ela contribua para a recuperação da criança, desenvolvam mais o lado humano, e conseqüentemente isto irá criar um vínculo com os pais do neonato, passando-lhes segurança, tranquilidade.

Uma relação de confiança só se estabelece com um processo contínuo de proximidade, comunicação e informação, em que um reaprende com o outro, em parceria com um objetivo comum. Não é imposta, deve ser conquistada pela postura e atitudes não somente técnicas, mas humanas.

As enfermeiras ao colocarem-se à disposição dos pais, envolvendo-os em todo cenário da UTIn, vão descobrindo-se e formando uma relação de cumplicidade, que lhes proporcionam conforto no cuidar, reconhecimento e confiança destes pais, além de criarem um vínculo com a própria criança.

Este compartilhar aparece nas falas das enfermeiras, quando relatam que a presença dos pais na UTIn lhes permite demonstrar a assistência que prestam ao filho, e acreditam ser de qualidade.

“O outro, seu corpo, seu agir é campo expressivo de sua própria vivência, e todos, como seres psicofísicos que coexistem, com correntes de consciência que se intersectam, tornam-se simultâneos em um complexo espaço-temporal contínuo e irreversível num tempo construído” (Schütz, 1972, p. 133).

À medida que as enfermeiras mostram disponibilidade aos pais dos neonatos, percebem mudança interna. Reconhecem que é difícil, é necessário uma motivação para, mas ao mesmo tempo sentem-se valorizadas, pois, à medida que são aceitas pelos pais, passam a ser para eles uma referência. Esta experiência é afirmada por Schütz como imediata, surgida em um ambiente de comunicação comum, situacional, no qual duas ou mais pessoas compartilham, podendo se comunicarem entre si.

Schütz, citado por Wagner (1979, p. 23) explicita que:

Os interesses das pessoas vêm ao encontro da **relevância motivacional**, predominantes num determinado momento e situação. Essa relevância motivacional é imposta quando a pessoa atenta para certos elementos da situação, de modo a compreendê-los; ou surge espontaneamente de sua vida volitiva, isto é, a pessoa sente-se livre para definir a situação de acordo com os seus planos.

Embora os pontos de vista subjetivos, vivenciados pelas enfermeiras e pelos pais dos neonatos, sejam diferentes, o ambiente da UTIn está carregado de eventos que são comuns a ambos, mas cada pessoa vivencia a situação de acordo com sua própria experiência, e da qual a outra é também uma parte. É um mundo vida compartilhado, na qual se vivencia a si mesmo e a situação do outro.

As enfermeiras, a princípio sentem-se vigiadas com a presença dos pais, mas quando se envolvem com eles, e permitem que haja uma interação, descobrem que é mais fácil tê-los ao seu lado, isto proporciona um crescimento profissional, uma mudança atitudinal não somente externa, mas principalmente interna. Percebem-se como aliadas, com objetivos comuns, que é a recuperação mais rápida da criança e a formação do vínculo afetivo entre pais e filho.

Acreditam que a competência técnica demonstrada ao cuidar do neonato grave tornam os pais mais confiantes na melhora do filho, por isso as enfermeiras trazem em si uma reciprocidade de perspectivas quanto ao cuidado prestado, com o intuito de atender às necessidades não somente dos recém-nascidos, mas também de seus pais, em todas suas dimensões. Desejam que a relação humana existente na assistência que prestam seja percebida como uma expressão de respeito e reconhecimento.

Para Schütz (1972, p. 137), “o ser se dirige ao outro pelos sintomas exteriores que manifestam o indivíduo interno, sintomas estes envolvidos por um contexto de significados que vão se construindo passo a passo no transcorrer das vivências, resultando numa síntese de ordem superior”.

Schütz (1974a, p. 24) diz que: “**atitude natural** é a maneira pela qual o homem experimenta o mundo intersubjetivo, inserido no mundo do senso comum, ou mundo cotidiano. Este mundo existia antes do nascimento, tem uma história das ações e interações de modo organizado”.

Na atitude natural, o homem compreende o mundo interpretando suas próprias vivências, sejam estas inanimadas, de animais ou dos seres humanos. “Compreendo o outro de acordo com a minha explicação de minha própria vivência de congêneres humanos, ou seja, explico o outro segundo minha própria vivência” (Schütz, 1972, p.137).

As enfermeiras preocupam-se com o sofrimento dos pais, ao terem um filho internado na UTIn, e acreditam que podem ajudá-los a superar este momento, mas para isso devem estar preparadas técnicas e cientificamente, porque os pais valorizam o profissional competente. As necessidades fisiológicas dos pais e recém-nascido são supridas, mas o lado humano ficou esquecido, a assistência prestada torna-se despersonalizada, mecanicista, o que se ganhou em segurança técnica, perdeu-se em calor humano.

Reconhecer a necessidade de ações que favoreçam a aproximação dos pais e filho, sentindo-se responsáveis por esta proximidade, observa-se com frequência nos depoimentos das enfermeiras, culminando na categoria **Contato Humano:**

Percebo nos discurso das enfermeiras um reconhecimento sobre sua importância na formação do vínculo afetivo entre filho e pais. Percebem-se, e reconhecem-se como elo nesta relação, mas para que suas ações sejam eficazes é preciso querer, disponibilização para a ação, mudança de idéias e estabelecimento de comunicação com a família do recém-nascido.

“O ato comunicativo tem como meta, não apenas que alguém tome conhecimento dele mas, sim que sua mensagem motive a pessoa que toma conhecimento, a assumir uma atitude particular ou a desenvolver algum tipo de conduta” (Schütz, 1972, p. 159).

As enfermeiras vêem a família do recém-nascido internado na UTIn, e percebem a necessidade de inseri-la no contexto de cuidar. Sabem que quando estão presentes, os pais auxiliam na recuperação da criança, as ações que têm de aproximá-los do filho muitas vezes são baseados nos cuidados técnicos, e não no estimular a mãe a ser mãe, tocando, acariciando, conversando com o filho.

As enfermeiras na UTIn estão em uma posição com possibilidade de cuidar, apoiar e estabelecer um contato mais humano com os pais do recém-nascido internado, momento este importante para esta família que passa por um evento que envolve insegurança, medo, angústia. Sua comunicação com estes pais irá definir o relacionamento entre eles e com o neonato grave.

Uma determinada situação é apenas uma, é um episódio na corrente de sua vida. Sua posição é a de uma pessoa que possui em sua trajetória de vida uma cadeia de experiência, unicamente sua. O indivíduo encontra-se em qualquer momento em uma **situação biográfica determinada**, o que denota subjetivamente que, duas pessoas jamais poderiam vivenciar a mesma situação da mesma forma, além de cada uma ter em mente seus próprios propósitos e objetivos, e estes estão enraizados no seu passado, na sua história singular de vida (Wagner, 1979, p. 16).

O vivenciar situação semelhante, ter um filho internado, muda o modo de agir das enfermeiras, começam a compartilhar seus sentimentos, tornam-se mais humanas no cuidar, e começam a entender melhor os outros pais que têm seus filhos na UTIn. Começam a valorizá-los não somente nos cuidados, mas no toque, no afeto, no exercício de serem mães e pais. Começam a atuar no que Schütz (1974a, p. 41) denomina de:

Mundo vida, como sendo aquele que é desde o princípio, intersubjetivo. Vivemos entre semelhantes com os quais temos influências e experiências comuns, compreendendos e sendo compreendidos por eles. É também um mundo cultural, pois desde o princípio ele é um universo de significado para nós; uma textura de sentidos que devemos compreender para orientarmos e conduzirmos nele.

O mesmo autor coloca que “a realidade do **sentido comum** nos é dada em formas culturais e históricas universais, mas o modo em que estas formas se expressam em uma vida individual depende da totalidade de experiência que uma pessoa constrói no curso de sua concreta existência”.

Complementa que: “o mundo do **senso comum, mundo da vida diária, mundo cotidiano** são diversas expressões que indicam o **mundo intersubjetivo** experimentado pelo homem. O mundo do senso comum é a

essência da ação social, os homens entram em mútua relação e tratam de se entender uns com os outros, assim como consigo mesmo”.

Ao colocar-se no lugar da mãe, as enfermeiras estabelecem uma relação face a face, sentem a necessidade de aproximar os pais do filho para estimular o vínculo afetivo entre eles, reconhecem como sendo sua responsabilidade o auxílio na construção do laço afetivo que foi quebrado com a internação do neonato na UTI. Após tornarem-se mães, as enfermeiras começam a entender melhor os sentimentos de maternagem, convivem em um mundo de senso comum, com sentimentos semelhantes.

A relação na qual eu apreendo diretamente o outro, Schütz chama de relação **face a face**, “a outra pessoa está dentro do alcance de minha experiência direta quando compartilha comigo o mesmo espaço e o mesmo tempo. Quando eu percebo este indivíduo, sua experiência flui lado a lado com a minha” (Merighi, 2000).

As enfermeiras sentem-se como elo de aproximação entre o neonato internado na UTI e seus pais, acreditam que os inserindo no contexto de cuidar propiciarão o aumento do vínculo afetivo entre eles, ambos se reconhecerão e contribuirá para que a criança melhore mais rapidamente. Estas ações estão constituídas de uma relação face a face, na qual um reconhece o outro como sendo seu semelhante.

Compartilhar o mesmo espaço e tempo com uma pessoa mostra-me como ela realmente é, nada mais, isto implica em uma genuína simultaneidade de nossas correntes de consciência, em uma relação de **nós**. Nesta situação obtenho conhecimento do aspecto específico da vida consciente de meu semelhante, observando as manifestações concretas de suas experiências subjetivas na corrente comum de nossa relação como uma expressão íntima (Schütz, 1974b, p. 35).

Ao colocar-se a disposição dos pais para auxiliá-los a perder o medo, fornecendo informações que os estimule a aceitar o filho, as enfermeiras na

atitude natural têm uma ação centralizada, objetiva, que vem ao encontro do pensamento de Alfred Schütz.

As enfermeiras percebem-se importantes, como elo de aproximação do filho não somente com a mãe, mas também com o pai, mas na prática têm dificuldade de atuar, por não serem preparadas e estarem mais condicionadas no fazer, do que no ser.

Todo acervo de conhecimento, tanto dos pais, como das enfermeiras, embasam as motivações de ambos para que alcancem os objetivos comuns, que são a recuperação da criança, a aproximação e formação de vínculo entre pais e filho e a confiança no profissional que os assistiu.

Dispor-se ao outro, em um mundo do senso comum, com atitudes objetivas, estabelecer a comunicação, fornecer informações corretas aos pais, em uma relação face a face levará ao crescimento como pessoas humanas, tanto a família do recém-nascido, como a enfermeira.

“A situação face a face pressupõe, então, uma simultaneidade real de cada uma das correntes de consciência distintas, de forma a tornar-se consciente de tal situação, o participante precisa tornar-se intencionalmente consciente da outra pessoa” (Schütz, 1972, p. 192).

A simultaneidade das correntes de pensamento não anula os pontos de vista e a história subjetiva de cada um, mas no **mundo da atitude natural** ou da **vida cotidiana** os indivíduos se colocam em experiência direta com os outros e transcendem a experiência subjetiva de cada um, em favor de uma **intersubjetividade**. Minha própria corrente de consciência dá-se em mim continuamente e em toda a sua plenitude, porém a do outro me é dada em segmentos descontínuos, nunca em sua plenitude e só em perspectivas interpretativas (Schütz, 1972, p. 138).

A presença dos pais na UTI lhes permite conhecer melhor o filho, saber seus hábitos e reações, ao mesmo tempo em que vão estreitando os laços afetivos e formando uma família. As vivências não são únicas para cada ser humano, mas o contato com os outros lhes permite crescer,

quando experimentam um mundo de vida cotidiana comum, tornam-se semelhantes, atores no mesmo palco e cenário, dividem sentimentos e estabelecem uma relação intersubjetiva de nós, compreendem um ao outro, no chamado mundo de ação social.

O mundo humano é composto por semelhantes e a atitude natural é a percepção deste nós como pressuposto. Este mundo não é da esfera do privado, mas desde o início, é uma intersubjetividade compartilhada, onde a vivência é interpretada reciprocamente. O mundo é ambiência dos semelhantes humanos. Portanto, os outros são elementos da minha situação, tal como eu sou da dele. Este mútuo relacionamento implica modos semelhantes de vida (Schütz, 1974a, p. 206).

Neste mundo de intersubjetividade, rico de significados para as enfermeiras e pais de recém-nascidos graves, está o âmago desta pesquisa, na qual as enfermeiras entrevistadas colocam como se percebem, como se sentem, na relação pai-mãe-filho internado na UTIn.

Uma colocação das enfermeiras deste estudo foi que se sentem responsáveis pela aproximação do neonato internado e seus pais, ao mesmo tempo os ajudam a aceitarem e conhecerem seus filhos quando os insere no contexto da UTIn.

As enfermeiras cobram de si mesmas uma assistência mais humanizada, promovendo ações para aproximar os pais do filho internado, mencionam a necessidade de prepararem-se cada vez mais. Percebem um certo distanciamento quando, ao invés de levarem o seu neonato para casa, o deixam em uma UTI, acreditam que haja uma quebra na formação de vínculo afetivo, não reconhecerão seus próprios filhos, suas manias, seus gostos, comportamento caso não se mantiverem próximos a eles. Sentem-se importantes não somente na melhora da criança, mas como peça fundamental no atendimento à esses pais, auxiliando-os a aceitarem e reconhecerem o filho como seu.

Neste caso, há abertura para uma nova perspectiva, na qual todos crescem, e o cuidar torna-se mais humanizado, constituindo a relação face a face, não somente com o recém-nascido internado na UTIn, mas também aos seus pais, passa a ser concebida como uma ação profissional, intencional, consciente e dirigida às suas necessidades em toda a sua dimensão.

Para Schütz (1974a, p. 24) a **ação** “nunca está separada, desvinculada de outra e do mundo. Manifesta ou latente, toda ação tem seus horizontes de relação com a realidade”.

Deixar a mãe sozinha com o filho para que o reconheça e aceite, é um modo de agir das enfermeiras. Neste momento o mundo vida da mãe passa a ser a aceitação do seu filho, é uma relação colocada por Schütz, em que um reaprende com o outro, neste caso, a mãe terá que reaprender a querer o filho, mesmo que seja pequeno, frágil, não é o que ela esperou, mas é seu.

As enfermeiras reconhecem que o estresse dos pais é muito grande, vêm-se no papel não somente de cuidar da criança, contribuindo para a sua melhora, auxiliando-a a vencer os obstáculos que está enfrentando, mas também ajudam e preparam estes pais para que aceitem o filho e estabeleçam com ele uma relação afetiva, contribuindo, assim, para a formação do vínculo afetivo, mostrando-lhes que fazem parte no tratamento do neonato, e contribuem muito quando exercitam o seu papel de maternagem e paternagem.

Para Schütz (1974a, p. 41,198, 206)

O mundo vida não pode ser experienciado de modo solitário, pois os atores deste palco atuam em um cenário compartilhado com os outros, interferindo no espaço, na linguagem, no aprendizado e na relação mútua de modo intersubjetivo. Considera o mundo de senso comum, o mundo da vida como o dia-a-dia, o vivenciado, onde todos nós estamos inseridos, e mundo social na concepção de relação social, de relacionamento entre dois ou mais

sujeitos. Vê o mundo da vida cotidiana como o âmbito em que o homem atua diariamente, intervém e sente que pode atuar sobre ele e modificá-lo conforme seus interesses práticos; este âmbito é percebido, principalmente, através do corpo, por suas ações, movimentos e reações.

Além disso, “é um mundo cultural, um mundo de significações, uma textura de sentido que devemos compreender para nos guiar nele; a cultura nos remete a ações humanas, isto é, a atividades significativas dos sujeitos humanos”.

“**A ação humana** pode ser interpretada cientificamente quando se esclarece de maneira adequada, como um homem, em sua atitude natural e senso comum, consegue compreender a ação do outro” (Schütz, 1974b, p. 32).

Noto nas falas das enfermeiras a preocupação com os pais dos neonatos internado. Consideram que as instituições poderiam desenvolver ações para incentivar os pais a permanecerem ao lado do filho. Não adianta estimular a humanização do cuidar e não promover ações para que isto aconteça. Faz-se necessário que as instituições de saúde que atendem a esta clientela, estejam atentas às questões que facilitam um cuidado humanizado como: facilidade de comunicação entre os profissionais, humanização entre a própria equipe de saúde, interrelação entre os diversos setores do hospital, ambiente físico adequado, local para descanso, atividades lúdicas entre outras.

O espaço físico do hospital, sua dimensão e estrutura são fatores importantes no acolhimento não somente à criança, mas também à sua família, pois se interliga com o cuidado prestado às atividades desenvolvidas e também com todas as pessoas que convivem no mesmo ambiente, cada uma com sua história, cultura, crença.

Destacam também que deve haver integração entre os diferentes setores do hospital, que estejam relacionados com a UTIn, como o banco de leite. Estas colocações são situações motivacionais que a instituição poderia criar para incentivar os profissionais a prestarem uma assistência

personalizada, e estimular os pais a permanecerem com o filho, aumentando o vínculo afetivo.

Schütz define muito bem a relação de cumplicidade entre semelhantes ao dizer que, “para se compreender os atos das outras pessoas, é necessário que antes se conheça os **motivos para** e os **motivos por que** desses atos. Só seríamos capazes de compreender os atos das outras pessoas, se estivéssemos na mesma situação, norteados pelos mesmos **por que**, ou guiados pelos mesmos motivos **a fim de**” (Wagner, 1979, p. 177).

Fica claro que as enfermeiras percebem-se como fonte primária de ligação entre filho e pais, conseguem dimensionar a importância desta aproximação, tanto para a melhora na recuperação da criança, como na aceitação de ambos. Demonstram interesse em aproximá-los, sabem que necessitam de ajuda para constituírem-se como família, e têm a percepção e a sensibilidade de que são os profissionais mais próximos e capazes de interagir com os pais, porém sentem-se despreparadas para esta situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início da minha atuação profissional, a UTIn era pautada pelo cuidado centrado no neonato, as enfermeiras tinham pouco contato com os pais, pois eram considerados visita, e não participantes deste cuidar. Atualmente, com discussões voltadas para a questão da humanização, cada vez mais crescente, este profissional sentiu a necessidade de aprimorar seus conhecimentos sobre relações humanas e abrir-se para uma nova situação de cuidar.

Esta nova abordagem de cuidar, gerou nas enfermeiras que atuam na UTIn, um certo desconforto, tendo que ampliar seu olhar também para os pais dos recém-nascidos.

Em meu cotidiano, enquanto enfermeira, percebia, muitas vezes, as difíceis relações entre o profissional enfermeiro e os pais dos neonatos, o qual sempre parecia incomodado por ter de estender seus cuidados também aos familiares. Soma-se, a este fato a peculiaridade do trabalho em UTI, onde as exigências do conhecimento técnico e científico são complexas, as práticas de enfermagem são minuciosas, o pessoal de enfermagem é escasso, além do aspecto emocional, convive-se, pois, lado a lado com a vida e a morte.

Por ser a UTIn um local especializado, inserido no contexto intelectual, influenciando o pensar teórico e o fazer dos enfermeiros enraizado em suas práticas, compreendo que os profissionais que atuam nessa área, devam ter destreza, raciocínio e julgamento clínico rápido, pronta intervenção quando necessário e domínio das novas tecnologias. No entanto, devem também reconhecer o outro lado do cuidar, percebendo-o como um ato relacional entre pessoas, no qual deve-se permitir que a singularidade dos envolvidos venha à superfície.

Deparando-me diante de tais observações, quis compreender como os enfermeiros vivenciam o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais; o que pensam sobre a presença e participação constante do pai e da mãe no contexto do cuidar; quais são as suas ações para aproximar filhos e

pais; como se vêem nesta aproximação e formação do vínculo afetivo e se foram preparados para este conceito de cuidar humanizado. Como o cuidar técnico especializado, sempre esteve inserido no contexto do profissional de enfermagem, pautei esta pesquisa no âmbito das relações humanas atendendo às necessidades emocionais do próprio neonato e de seus pais que se sentem fragilizados diante da situação inesperada de ter um filho internado em uma UTIn.

Foi na vivência do enfermeiro, no seu cotidiano, convivendo com os pais dos recém-nascido em UTIn, num mundo de senso comum, que busquei respostas para as minhas interrogações, porque na relação face a face, um reaprende com o outro, e todos crescem, pois sem reciprocidade de intenção não há relação social.

Busquei na pesquisa qualitativa fenomenológica as resposta das ações humanas, que não seriam respondidas por questões quantitativas, pois procurei por experiências vividas, o dia-a-dia de pessoas comuns, interrelacionando entre si, permitindo-se conhecer e ser conhecido.

A Fenomenologia Social de Alfred Schütz, mais do que uma teoria compreensiva da ação social, permitiu-me compreender a enfermeira na realização de seus atos, em uma atitude natural, porque trouxe à luz não somente os **motivos para** e os **motivos por que** de suas ações, mas também o mundo vida de senso comum, dentro de uma determinada situação biográfica, em que cada profissional traz consigo sua bagagem de conhecimento, suas vivências e convivem em uma reciprocidade de intenções com os recém-nascidos internados na UTIn e seus pais.

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, fui compreendendo as experiências das enfermeiras no cuidado ao recém-nascido internado na UTIn e seus pais, e sua atuação na promoção do vínculo afetivo.

As enfermeiras reconhecem a importância da presença e participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido de risco, não somente pela sua atuação em relação à melhora fisiológica da criança, mas também no que se refere ao laço afetivo entre eles, aspecto extremamente relevante para a formação psíquica do neonato. Entretanto, no seu cotidiano, sentem dificuldade de se relacionar com os pais, percebem-se vigiadas, pouco à

vontade nos procedimentos técnicos, mencionam que a planta física é inadequada e, conseqüentemente, as suas ações são voltadas muitas vezes, somente para o recém-nascido.

Este estudo me proporcionou compreender a atuação das enfermeiras com os recém-nascidos e seus pais, na formação de vínculo afetivo, como se vêem nesta relação de mundo comum, suas percepções, sentimentos, experiências vividas não de modo único e singular, mas caracterizando um tipo vivido, e possibilitando que as suas ações e projetos futuros, quer sejam de ordem prática, ou teórica, sirvam como referência para interpretar o mundo.

Dessa forma, destaco alguns aspectos que considerei o **grande desvelar** deste estudo:

- a atuação profissional tecnicista, prestada ao recém-nascido e ao seus pais emerge como subterfúgio, para aliviar a angústia da enfermeira por não saber lidar com os pais presentes na UTIn;
- o despreparo na formação profissional da enfermeira para a situação de conviver com os pais dos recém-nascidos na UTIn, inseridos no contexto do cuidar;
- o reconhecimento da necessidade de um preparo acadêmico específico para desenvolver habilidades de comunicação e relacionamento enfermeiro-cliente, nas situações em que o diagnóstico e prognóstico são desfavoráveis;
- a necessidade de uma educação continuada no serviço, com a finalidade de suprir a deficiência no processo de formação profissional.

As enfermeiras sentem-se movidas pela necessidade de aproximarem os pais dos filhos, entretanto, para isso, precisam de uma qualificação profissional com abordagem do cuidado não fragmentado, mas integral, uma visão holística e humana aprofundada nesta área do saber, que deve ser incentivado também pela instituição em que atuam. De posse desses conhecimentos, associados ao querer interno, dispõem-se a informar e

preparar os pais sobre os hábitos da criança e os procedimentos realizados, orientando-os sobre os diagnósticos e respectivos cuidados destes neonatos, para que os pais possam dar continuidade do cuidar em casa. Dessa forma, conquistam o reconhecimento e confiança dos pais, em suas ações enquanto profissionais, não somente com competência técnica, mas também como pessoas humanas.

Percebem-se como sendo o elo, a ponte de aproximação entre os recém-nascidos internado na UTIn e seus pais, e sentem-se fundamentais na construção desta interconexão, principalmente, no processo de formação de vínculo afetivo entre eles. Reconhecem a importância desse laço afetivo, para que os envolvidos, pais e filhos, possam, por meio do toque, da carícia, da voz, da troca de olhar, fortalecer os laços que os unirão ao longo da vida.

Ressaltam também que para o acontecimento dessa aproximação, é preciso que haja ações conjuntas entre as enfermeiras e a instituição. Não basta somente o querer, o aprimorar, a disponibilidade das enfermeiras para o outro; é necessário que haja um ambiente físico adequado, para que os pais queiram e possam permanecer próximo ao filho, também é de suma importância.

Por ser o cuidar humanizado um desafio para as enfermeiras, faz-se necessário que, paralelamente às pesquisas biotecnológicas, com finalidade de atender aos aspectos objetivos e práticos, quantitativos dos processos de assistência, sejam desenvolvidos estudos que busquem a compreensão de experiência vivida e que apontem novos caminhos para o cuidar.

Urge a implementação de temas concernentes às relações humanas nos currículos do Curso de Graduação em Enfermagem, pois, atualmente, não se deve abordar somente Anatomia, Patologia, Fisiologia no ser humano, deve-se também priorizar o seu psíquico e o seu emocional diante de uma doença em qualquer parte e funcionalidade do seu corpo.

A integração do ser humano, juntamente com a família, nas funcionalidades dos sistemas do corpo, permitirão que os profissionais enfermeiros sejam preparados, desde o início de sua formação, para relacionarem-se não somente com o paciente, mas com a família também, reconhecendo-a como parte do contexto do cuidar.

Com tal conexão, a teoria não ficaria distante da prática, e a vivência cotidiana das enfermeiras, que atuam na UTIn com recém-nascidos e seus pais, será compreendida por vários ângulos que envolvem este cuidar, aproximando-se cada vez mais da realidade nas diversas situações vividas, promovendo ações de um cuidado humanizado e competente tecnicamente.

Enquanto enfermeira e docente, considero primordial esta questão para o ensino e a prática de enfermagem, pois é evidente a necessidade de se assegurar o cuidar como habilidade técnica e na dimensão biológica, mas é fundamental contemplar-se, também, por meio da subjetividade e da intersubjetividade. Isto implica em incorporar um ato de cuidar abrangente, sustentado no referencial do relacionamento pessoal, agregando às ações cuidativas em enfermagem a atenção pelo outro, o comprometimento para com o outro, o respeito e a empatia.

Agora, com o término deste estudo é o momento de compartilhar com as enfermeiras, com os alunos do Curso de Graduação de Enfermagem e com a comunidade científica o que até aqui tenho refletido, buscando estar junto, repensando as relações pessoais na equipe de trabalho e o compromisso para com o cuidado, que não seja superficial nem indiferente, mas um cuidar autêntico.

Ressalto ainda que, embora tenha desvelado uma parte do fenômeno, este não se esgota em uma perspectiva, mas modifica-se a cada olhar. Acredito que novas perspectivas à luz da fenomenologia possam ser viabilizadas a fim de reverter em proposições mais amplas na modificação da atual assistência e ensino de enfermagem no cuidado ao recém-nascido na UTIn e seus pais, na formação do vínculo afetivo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Rev Fam Saúde Desenvol.* 1999;1(1/2):7-14.
- Baldini SM, Krebs VLJ. Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Pediatr Mod.* 2000;26(ed.esp): 242-6.
- Barbosa ECU, Rodrigues BMRD. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. *Rev Acta Scientiarum . Health Sciences.* Maringá. 2004;1(26): 205-12.
- Barbosa VL. O vínculo afetivo na UTI Neonatal: uma questão de reciprocidade da tríade mãe-prematuro-equipe de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.
- Belli MAJ. Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI Neonatal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1992.
- Bouso RS. A arte de cuidar. *Informe Carmim.* 1999;2(3):4.
- Bowlby J. Separação angústia e raiva. Trad. de Leônidas Hegenberg, Octanny S. Mota e Mauro Hegemberg. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
- Brasil. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília;* 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Atenção ao recém-nascido de baixo peso, mãe canguru: manual do curso. Brasília; 2002.
- Brazelton TB, Sparrow JD. Acalmando seu impaciente bebê. Trad. de Carlos Alberto SN Soares. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- Brazelton TB. O desenvolvimento do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
- Brazelton TB. O que todo bebê sabe: psicologia e pedagogia. Trad. de Valter Lellis Siqueira. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
- Brum EHM, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(2):457-67.

Camargo CL, La Torre MPS, Oliveira AFVR, Quirino MD. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2004;3(3):267-75.

Campos ACS, Moreira MVL, Cardoso L. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. *Rev Cienc Enferm*. 2006;12(1):73-81.

Capalbo C. A subjetividade em Alfred Schütz. *Veritas*. 2000;45(2):289-98

Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz. 2ª ed. Londrina: UEL; 1998.

Cescutti-Butler L, Galvin K. Parent's perceptions of staff competency in a neonatal intensive care Unit. *J Clin Nurs*. 2003;12(5):752-61.

Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Lat Am Enferm*. 2004;12(2):191-7.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadores de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.

Dartigues A. O que é a fenomenologia? 9ª ed. São Paulo: Centauro; 2005.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):7-13.

Deslandes SF. Humanização dos Cuidados em Saúde – conceitos, dilemas e práticas. In: Junqueira et al. *Aos desafios da Humanização em uma UTI neonatal cirúrgica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Fustinoni SM. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(4):444-8.

Gamboa NSG. Cuidar para enfermeiros de UTI neonatal: descrição das categorias significantes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Garnica AVM. Educação, matemática, paradigmas, prova rigorosa e formação do professor. In: Coelho IM, Garnica AVM, organizadores. *Fenomenologia: uma visão abrangente da educação*. São Paulo: Olho d'Água; 1999. p. 154.

Hendricks-Muñoz KD, Prendergast CC. Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: neonatal nursing perceptions. *Am J Perinatol*. 2007;24(2):71-7.

Jesus MCP. Educação sexual na vida cotidiana de pais e adolescentes: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Junqueira MFPS, Lamego DTC, Morsch DS, Deslandes SF. Os desafios da Humanização em uma UTI neonatal cirúrgica. In: Deslandes SF. Humanização dos Cuidados em Saúde: – conceitos, dilemas e práticas. In: Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 261-82.

Kamada I, Rocha SMM, Barbeira CBS. Internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Brasil: 1998 – 2001. Rev Lat Am Enferm. 2003;12(4):436-42.

Klaus MH, Kennel JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Trad. de Maria Rita Hafmeister. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Klaus MH, Kennel JH. Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Klaus MH, Kennel JH. Parent-infant bonding. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1982.

Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 2005.

Martinez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. Rev Lat Am Enferm. 2007;15(2):239-46.

Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5^a ed. São Paulo: Centauro; 2005.

Merighi MAB, Hamano L, Cavalcante LG. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma Escola de Enfermagem de uma Instituição Pública. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(3):289-96.

Merighi MAB. Enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: caracterização e trajetória profissional [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Merighi MAB. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. Rev Lat Am Enferm. 2002;10(5):644-53.

Merighi MAM, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. Pesquisa qualitativa em enfermagem; p. 1-3.

Merighi MAM. Fenomenologia. In: Merighi MAM, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 31-8.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

Oliveira BRG, Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Rev Latino Am Enferm. 1999;7(5):95-102.

Oliveira ME. Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2001 [citado 2006 jan. 10];3(2). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>

Pauli MC, Bousso RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Lat Am Enferm. 2003;11(3):280-6.

Pinto EB. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. Estud Psicol (Natal) [periódico na Internet]. 2004 [citado 2006 jul. 22];9(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a07v09n3.pdf>

Poles K, Bousso RS. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev Lat Am Enferm. 2006;14(2):207-13.

Polit D, Beck CT, Hungler F. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

Pressler JL, Turnage-Carrier CS, Kenner C. Developmental care: an overview. In: Kenner C, McGrath J, editors. Developmental care of newborns & infants: a guide for health care professionals. St. Louis: Mosby; 2004. p. 1-27.

Rego RA. Contato com tato. In: Anais do Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais; 2004; Foz do Iguaçu, BR. Foz do Iguaçu: Centro Reichiano; 2004.

Reis JD, Vetorelli SP, Vieira MRR. Família do recém-nascido em UTI: há comunicação com o enfermeiro? In: 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem – SIBRACEN; 2002 out. 15-19; Ribeirão Preto, BR [texto na Internet]. Ribeirão Preto: EERP-USP; 2002. [citado 2006 maio 10]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a012.pdf>

Rodrigues BMRD. O cuidar de crianças em creche comunitária: contribuição da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz. Londrina: UEL; 1998.

Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. Rev Lat Am Enferm. 2006;14(1): 85-92.

Sales CA, Zanoni ACN, Labegalini MPC. Os sentimentos expressos pelos enfermeiros ao lidarem com a família da criança internada em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Nursing (São Paulo)*. 2005;9(94):734-38.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Lei do Acompanhante [legislação na Internet]. São Paulo; 1999. [citado 2007 jan. 20]. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/acompanhasp.html>

Schütz A, Luckman T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu; 1977.

Schütz A. El problema de la realidad social: escritos I. Buenos Aires: Amorrortu; 1974a.

Schütz A. Estudios sobre teoría social: escrito II. Buenos Aires: Amorrortu; 1974b.

Schütz A. Fenomenologia del mundo social. Buenos Aires: Paidós; 1972.

Scochi CGS, Costa IAR, Yamanaka NMA. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Acta Paul Enferm*. 1996;9(n.esp):91-101.

Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Lat Am Enferm*. 2003;11(4):539-43.

Scortegagna SA, Miranda CA, Morsch DS, Carvalho RA, Biasi J, Cherubini F. O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *Rev Psicol Vetor*. 2005;6(2):61-70.

Tabet K, Castro RCB. O uso do toque como fator de humanização da assistência de enfermagem em UTI. In: 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem – SIBRACEN; 2002 out. 15-19; Ribeirão Preto, BR [texto na Internet]. Ribeirão Preto: EERP-USP; 2002. [citado 2006 maio]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a099.pdf>

Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTIn neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. O cuidado centrado na família. p. 171-5.

Thomaz ACP, Lima MRTL, Tavares CHF, Oliveira CGO. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. *Estud Psicol (Natal)* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2006 maio 10];10(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n1/28017.pdf>

Tronchini DMR, Tsunechiro MA. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(1):93-101.

Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Rev Lat Am Enferm. 2002;10(2): 137-44.

Wagner HR, organizador. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.

Winnicott DW. Os bebês e suas mães. Trad. de Jefferson L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1

Cópia do termo de aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para realização da pesquisa, respeitando os aspectos éticos.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 03 de abril de 2007.

Ilm.^a Sr.^a
Claudete Aparecida Conz

Ref.: Processo nº 616/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Percepção do enfermeiro sobre o seu papel como mediador no processo de formação do vínculo afetivo pais recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal: um enfoque da fenomenologia social”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita da Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda.

Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Meu nome é Claudete Aparecida Conz, sou enfermeira, aluna do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estou realizando uma pesquisa que tem como objetivos: conhecer a vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na UTIn; compreender como as enfermeiras vivenciam o processo de vínculo afetivo entre recém-nascidos internados na UTIn e seus pais, e apreender o típico da vivência das enfermeiras em ações que envolvem este cuidado.

Havendo concordância em participar deste estudo, comprometo-me a respeitar todos os seus direitos, como:

- Ter liberdade de participar ou deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga algum prejuízo. Este estudo não tem vínculo com o hospital.
- Manter o seu nome em sigilo absoluto.
- Interromper a entrevista, caso sinta-se incomodada em continuá-la.
- Realizar as entrevistas em local, data e hora que lhe for conveniente.
- Garantir-lhe o direito de resposta a alguma dúvida, durante ou após a sua contribuição com a minha pesquisa.

Deixo-lhe os telefones: (11) 3672-6994 / (11) 8237-5847 e (11) 3061-7548 (Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP), para que possa obter mais esclarecimentos ou informações sobre o estudo e sua participação.

Caso aceite participar, farei algumas perguntas e vou precisar gravar o que me disser. Serão feitas duas cópias: uma ficará comigo (a pesquisadora), outra será sua. Esta pesquisa será publicada em revistas na área de saúde e apresentada em congressos, objetivando a contribuição para um melhor cuidado de enfermagem.

Eu, _____, após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar como sujeito desta pesquisa. Estou ciente dos meus direitos relacionados acima e dou fé que estes princípios serão respeitados pela pesquisadora.

São Paulo, _____ de _____ de 2007

Assinatura

Claudete Ap. Conz- Coren-61807

RG:

Anexo 3

DISCURSO E IDENTIFICAÇÃO FICTÍCIOS DOS ENTREVISTADOS

Discurso 1 – Vinte e seis anos de idade, solteira, sem filhos, formada há dois anos e atua em UTIn há sete meses. Possui pós-graduação em neonatologia. Trabalha em dois hospitais públicos, sendo um em pronto-socorro infantil, e o outro em UTIn onde a presença dos pais é permitida em tempo integral, não possui implantação do Método Canguru, mas é feito o pele a pele e os pais são integrados nos cuidados.

P – Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?

D - Logo quando eu comecei, fiquei um pouco assustada, vendo toda aquela parafernália, o estrado grave da criança. Hoje em dia tem bebês que ainda me surpreendem, mas eu procuro sempre ir atrás, correr para a criança e não contra a criança. Eu melhorei bastante. Conforme o tempo foi passando, fui melhorando, mas tem hora que me dá uma certa angústia, porque eu vejo o bebê como um todo, a história de como foi a gestação, dos pais, a medida do possível, eu tento compartilhar com a angústia deles, como eles não entendem, eu procuro esclarecer o máximo possível o que está acontecendo, para que a mãe possa passar o máximo de tranquilidade para a criança e também eu me tranquilizar um pouco, tranquilidade da mãe no sentido de lhe explicar o que está acontecendo com a criança, uma sonda, porque do uso dela, o porquê a criança precisar ficar na fototerapia. Tem mães que vêem uns três billis spot em cima, acham que a criança está ficando mais grave e às vezes pode ser que sim e outras vezes não. Tem certas coisas que eu posso estar explicando e acabo tranquilizando melhor a mãe, porque eu estou assistindo duas pessoas, eu procuro assisti-la e ir vendo como ela está vendo, tudo o que está acontecendo com a criança, muitas vezes ela não está preparada, não sabe a gravidade, e às vezes acha que estamos exagerando, fica muito mais nervosa, o bebê acaba sentindo também e ficando mais agitado. Eu procuro estar tirando todas as dúvidas, tem coisas que são simples para mim, mas para a mãe não, porque tem pais que ajudam quando estão presentes, desde que recebam esclarecimentos de tudo o que está acontecendo, às vezes eles não

recebem certas explicações e ficam imaginando outras coisas e acabam dificultando um pouco, acabam ficando descontentes, acham que tudo o que estamos fazendo está errado. Tem pais que são mais presente e eu acabo tendo mais contato. Geralmente a gestação em si é uma esperança para os pais. Aqui atendemos gravidez de risco, então, a esperança e angústia destes pais são muito maiores do que uma gestação normal. Há também aquelas que não fizeram nem pré-natal, só foram descobrir a gravidade no final da gravidez, isto também é motivo de estresse. Há momentos que não é fácil falar com a mãe. Às vezes tenho crianças que estão em fase terminal, tem crianças que as mães dizem que nunca chegaram a pegar o filho no colo, e somente, quando estão em fase final é que acabam tendo um pouco mais de contato com a criança. É muito diferente dar assistência aos recém-nascidos, comparados a crianças maiores ou adultos. Eu acabo criando meio que um vínculo com as crianças internadas aqui, porque eu vou vendo toda a evolução dela; algumas acabam indo de alta e eu me lembro de quando nasceu; outras quase morreram e conseguiram superar tudo isto e vão de alta, que legal! Tem outras que são o contrário, eu investi tanto, acreditei que ia dar tudo certo, faltava pouco para ir de alta, e de repente acaba tendo intercorrência, vem a falecer, mexe muito comigo, e também o que eu percebo com tudo isto é que tem mães que em algum momento procuram afastar-se um pouco, como um meio de defesa própria, mas tem outras que acompanham o filho de perto e toda a sua evolução, ela se fortalece e coloca muita esperança em cima do filho. Em ambos os casos, eu procuro falar-lhe que pode estar tocando na criança, para que possa formar o vínculo, porque como o estado da criança está grave, o contato entre eles acaba sendo mais distante, às vezes, dependendo do que eu vou fazer, como, por exemplo, trocar uma fralda, eu pergunto se ela quer trocar, agora se é uma punção venosa, e a criança vai sentir mais dor, eu peço licença para os pais, que é um procedimento de rotina daqui da unidade, no caso de procedimento invasivo devo pedir para os pais se retirarem, tem certas coisas que eu não concordo, mas tenho que entrar nas regras daqui, porque para mim os pais poderiam ficar em todos os procedimentos realizados, o que eu poderia é explicar e perguntar se eles querem ficar ou não e respeitar a sua vontade, dar-lhes o direito de ficar ou não, porque, afinal, o filho é deles.

P - O que você espera, com o seu atendimento?

D - Eu espero que melhore o vínculo entre pais e filhos, porque tem crianças que ficam um bom tempo aqui e dá para eu ir fazendo um preparo para a alta, mas tem outras que acabam não indo para alta, mesmo assim eu acho que este vínculo deve ser feito, não é eu chegar nos pais e dizer: seu filho está de alta. Pronto e acabou. Em casa os pais não saberão nem por onde começar, às vezes é o primeiro filho, a mãe é muito nova e não conhecem bem a criança, e nós que cuidamos aqui sabemos um pouco mais, como, por exemplo, esta criança gosta mais deste lado, são detalhes, coisas pequenas, mas que eu posso estar ajudando os pais e a criança, então o que eu espero é que os pais conheçam melhor os seus filhos e possam continuar o cuidado em casa. O que se poderia mudar é permitir que os pais fiquem presentes, mesmo em procedimentos mais invasivos, desde que sejam informados e preparados para isto e queiram ficar.

Discurso 2 – Trinta anos de idade, solteira, sem filhos. Formada há dez anos e atua em UTIn há seis anos. Possui pós-graduação em Neonatologia e trabalha em um hospital privado, com estudos para implantação do Método Canguru, mas é feito o pele a pele e o programa pais participantes.

P - Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?

D - Para mim neonatal é paixão, eu sempre quis trabalhar com neonatal desde a faculdade. Eu posso falar que hoje eu trabalho com o que eu gosto, e o meu objetivo para com eles é promover o melhor possível para a vida deles, e atualmente eu estou me aprofundando mais quanto a mãe e o pai, que são participantes da vida do bebê, são superimportantes para o neonato. Primeiramente, quando eu me formei e fiz especialização, enfoquei muito na criança e nas patologias, me perdi um pouquinho, eu não aprendi nem na faculdade e nem na especialização como tratar os pais. Eu não tinha a visão de ver a mãe e o pai junto com o bebê, mesmo até por conta de outros lugares que eu trabalhei, em instituições públicas, não tinha os pais presentes, a mãe mora muito longe e às vezes vem uma vez por semana. Não tinha este vínculo que pudesse ter vivenciado, e até porque eu ficava mais na parte técnica, mas com todo o curso de humanização que eu senti nesta instituição que trabalho atualmente, eu passei a estudar mais sobre a participação da mãe e do pai, como eu poderei tratá-los, não

sei se tratar é o nome certo, mas como suprir as necessidades deles, faz uns três anos que eu venho vendo e estudando, não somente pensando na parte prática, tenho que ver realmente o que os estudos dizem, mas eles não são suficientes, a dificuldade que eu tenho, às vezes, é por causa das minhas próprias crenças e princípios. Minha vida como foi, eu tenho dificuldade de agir de acordo com a literatura, por exemplo: a mãe fala alguma coisa e eu tenho que responder de tal forma é tudo muito abstrato, às vezes, tem vários estudos, mas nenhum chega a uma conclusão de como se deve agir realmente, não é igual a parte fisiológica, se fizer hipotensão deve-se tratar de tal forma, não, a mãe tem toda uma coisa envolvida, a vida dela, a espera do filho, e a minha vida, como eu vou reagir a ela, é a maneira como eu reagi a minha vida inteira, poder entendê-la é difícil, não tem uma receita pronta, por mais que eu esteja procurando explicações, eu não tenho receita pronta. Como eu te falei, eu reajo ao outro conforme a minha vivência de vida, e o outro tem outra vivência de vida, ele reage de forma diferente, o que para mim pode ser ofensivo ou carinhoso para o outro pode não ser, esta é a minha dificuldade. A mãe que está aqui, com o filho grave, eu hoje fico um pouco mais do lado dela, porque antigamente eu saía, porque eu chorava junto e achava que a mãe não tinha que me ver chorando, ela ia ficar mais emocionada ainda. Hoje em dia se me der vontade de chorar eu choro do lado dela, e também hoje eu acho bom os pais estarem perto de mim quando estou assistindo ao recém-nascido, porque eles estão vendo o que eu estou fazendo e eu tenho certeza de que faço com qualidade, eu trato o bebê de forma igual, na presença ou não dos pais, e o que eu percebo é que quando estão presentes ficam mais tranquilos também, porque estão vendo como eu estou trabalhando e estão participando dos cuidados, eles acabam tendo mais segurança com a equipe e com os cuidados que terão de dar aos filhos posteriormente, eu digo, atualmente, devido à experiência que eu tive aqui, porque não tínhamos os pais o tempo todo, agora temos, e a princípio, eu e toda equipe achávamos que os pais iam ficar vigiando o que estávamos fazendo para poderem falar o que eu fiz de errado, e hoje em dia não, eu acho melhor eles estarem aí, porque participam, tem confiança em mim e no que está acontecendo e sabem, se eu estou tratando bem o bebê, e ficam mais tranquilos e a criança acaba tendo um tempo de internação menor também, além de se aproximarem e formarem vínculo com o filho.

P - O que você espera, com o seu atendimento?

D - Eu espero que a criança fique boa e vá para casa, primeiramente é que realmente a criança vá para casa bem, se não for bem e acontecer alguma coisa, mas que os pais estejam preparados para cuidar dele, e que se sintam satisfeitos com o atendimento, porque é uma das visões do hospital privado e até muitos públicos, a qualidade no atendimento, ISO, ONA, então primeiramente é que a criança vá para casa bem e seja assistido por estes pais, nas necessidades que ela precisar e tiver, e que não vá para casa com alguma seqüela decorrente do meu atendimento, isto eu não quero, eu permito a participação dos pais aqui para irem fazendo um treinamento, tenho um “chek-list” de procedimentos que devem ser realizados juntamente com os pais, que são troca de fralda, banho e cuidados com o coto umbilical, até tenho este instrumento, mas existem outras coisas, como dar medicação e mamadeira que não constam no “chek-list”, mas é um aprendizado diário. Com todo o meu cuidado o que eu espero é que a criança saia bem da UTI, que os pais consigam assistir o filho em casa, que dentro da instituição eles saiam satisfeitos com os serviços prestados e que eu me sinta importante, por fazer parte de um cuidado, porque eu sempre gostei de neonato, está dentro de mim, por poder participar de uma nova vida, uma coisa que significasse uma esperança para a família, porque uma criança, na maioria das vezes, com algumas exceções, ela vem para iniciar uma nova vida na vida diária de uma pessoa, de um casal ou de uma família, então ela vem toda cheia de significados, às vezes, significado de espera, de esperança, de ansiedade, e eu queria participar de uma nova vida, e também se eu pudesse eu preencheria menos papel, faria menos burocracia.

Discurso 3 – Vinte e quatro anos de idade, solteira, sem filhos, formada há nove meses e atua em UTIn há sete meses. Não possui pós-graduação e trabalha em um hospital público com a implantação parcial do Método Canguru.

P - Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?

D - Eu, a primeira coisa que me vem na mente é a fragilidade dele, são recém-nascidos, isto quer dizer que são totalmente dependentes, e que a assistência deles é totalmente dependentes de mim e das outras enfermeiras e auxiliares que prestam cuidados a ele, no geral tudo está dependendo do meu cuidado e qualquer erro que eu tiver é prejudicial, eu tenho que ter consciência disto, por isso eu vejo o

meu cuidado a este recém-nascido como um aprendizado. Estou sempre melhorando, cada criança é única, nunca posso generalizar como sendo todas iguais, cada uma precisa de um cuidado e vai responder de uma forma, e o meu cuidado vai ser de acordo com cada criança, tenho que pensar que são dependentes, com patologias diferentes, terão respostas diferentes, vão ter determinados acessórios ou seja, sondas, cateteres, vou ter que prestar os cuidados pensando na criança e nos acessórios que ela tem, e nos procedimentos que serão realizados. Às vezes, uma criança que precisa de manipulação mínima, tenho que ter a consciência disso, tenho que saber lidar com a criança, com a patologia e os cuidados determinados, ainda tenho a família desta criança, e quando é prematura fica mais complicado, porque muitas vezes a família não estava esperando que a criança fosse nascer naquele momento, fica bastante fragilizada, porque os cuidados são muito mais delicados, específicos, a mãe se assusta ao ver a criança entubada, com um monte de luz em cima. Uma criança mais a termo, já é um pouco mais tranquilo, porque não depende de tantos acessórios e cuidados, mas em geral, eu tenho que lidar com a família que está com um novo ser dentro dela, uma outra pessoa inserida. Eu tenho que saber como lidar com a adaptação desta família, com a inserção de uma pessoa nova, mas é complicado, porque cada pessoa responde de um jeito. Eu tenho que saber quais são as limitações dos pais, às vezes, não estavam esperando aquela criança, outros a querem muito, depende muito da minha conversa, do meu relacionamento com a família, a partir daí é que eu vou saber o que fazer com ela, como tratá-la, lógico que nunca tratarei mal, mas como conversar e abranger aquela mãe, que lado vou cuidar, porque para mim é muito importante a mãe presente com o filho, eu percebo muita diferença na criança que a mãe está sempre ali, de uma que os pais não estão, a criança evolui bem melhor. Eu, automaticamente, já começo a pensar não somente na criança, mas na mãe junto, como ela vai responder a determinadas coisas. Não posso pensar que a mãe não é ninguém, por exemplo, quando a mãe é sempre presente com a criança todo dia, automaticamente, eu já vou fazer os cuidados na criança de maneira que não a assuste. Não vou pensar somente no bebê, mas na mãe também, não que eu não vá tratar e cuidar da criança que a mãe não esteja ali, mas se eu começo a visualizar a imagem da mãe, já a associo um pouco mais aos cuidados. Uma criança que a mãe não está presente, eu vejo que não tem um bom desenvolvimento, é piorzinha, tem uma certa diferença. Tem alguns procedimentos que eu não vou fazer com a mãe do lado, mas se ela tiver do lado eu procuro explicar o que estou fazendo, se ela tem

alguma dúvida, se quer perguntar alguma coisa, se quer saber alguma coisa do bebê, o lidar com os pais para mim é supertranquilo, porque eu percebo que na grande maioria das vezes as mães ficam um pouco distante, mas por medo, depende muito, porque na UTI tenho criança tanto de baixo peso que está ali só para receber dieta, como criança entubada, com drogas vasoativas, quanto mais acessórios a criança tem, mais a mãe sente-se fragilizada, e quanto mais nova a criança também, quando a criança está internada há muito tempo, a mãe está mais acostumada, já sabe lidar melhor com aquilo; agora, um recém-nascido que chegou faz um dia e está com um monte de droga, eu percebo uma certa distância da mãe com relação a medo, por tudo isso que te coloquei, mesmo quando o bebê está muito grave e os pais distanciam-se um pouco, eu procuro, ao mesmo tempo, aproximá-los da criança e respeitar a vontade deles, não vou trazer os pais totalmente para a criança, vou tentar trabalhar com eles, conversar, ver quais são as suas dúvidas, mostrar isto é para tal coisa, a sonda é para isto, só que ao mesmo tempo tenho que respeitar sua vontade, e trazê-los para perto da criança, por isso eu me vejo em uma situação que as vezes é complicada, porque eu não sei qual vai ser a resposta dos pais, e eu não acho fácil trabalhar esta relação de entenderem o porquê a criança está lá, muitas vezes eles se culpa, culpam a enfermagem, trabalhar com os pais perto, para mim, não é problema, até gosto, porque eles vêem o meu trabalho, os meus cuidados e que não estou fazendo nada para prejudicar seu filho, mas trabalhar a mãe e o pai já é mais complicado, porque cada mãe e pai é um, tem uns que são mais fáceis, outros mais difíceis, mas no geral, eu acredito que seja bem complicado, e estar 100% preparada para trabalhar com eles é muito difícil e nunca vou estar, porque cada situação é única, sempre aparece alguma coisa nova, tento melhorar e me preparar cada dia mais, mas totalmente preparado acho difícil eu chegar um dia, não existe nada contra indicando a presença da mãe na UTI, mas falta um pouco de trabalho em conjunto dos órgãos governamentais com os hospitais, desenvolvimento de protocolos para situações que a mãe poderia estar junto. Eu acho que falta um pouco de união neste ponto, porque, às vezes, dentro da UTI tenho intercorrências, tem criança que se extuba, o médico vai e re-entuba, é meio complicado os pais ficarem juntos num procedimento destes, para mim os pais poderiam ficar mais tempo na UTI se ela se mantivesse no nível de tranquilidade que deveria ter, mas é muito difícil isto.

P - O que você espera com o seu atendimento?

D - Eu espero sempre o meu aprimoramento e melhora como profissional, ver a evolução da criança. Procuro fazer coisas que sempre contribuam para a melhora da criança, que ela se desenvolva bem, que não tenha nenhum tipo de problema, eu unio o científico com o técnico, eu procuro sempre estudar e me aprimorar para que minha assistência seja cada vez melhor. O que eu espero com o meu atendimento é o bem estar da criança e que ele saia bem, espero também que a família entenda o que está acontecendo com a criança, que ela saiba o porquê tudo aquilo está acontecendo, muitas vezes eles acham que eu estou judiando, tenho que raspar a cabeça do bebê para puncionar uma veia, se os pais entenderem o porque está acontecendo isto neste momento, e se eu conseguir mostrar para eles o que está acontecendo, eles vão ficar muito mais próximos do filho. No futuro vai ser muito mais fácil eles terem um vínculo. Eu tenho que tentar aproximá-los desde o momento em que a criança nasce. Nunca posso afastar os pais da criança, sempre tenho que mantê-los juntos. Se eu fizer um trabalho adequado e mantiver os pais junto da criança, o crescimento familiar vai ser bem melhor e mais unido, o que eu espero é que mais tarde a família aceite esta criança, mas para isto tenho que fazer um trabalho de união entre eles, algumas pessoas da enfermagem fazem este trabalho com os pais, outras não, eu diria que não são todas, tem algumas enfermeiras que não gostam de fazer as coisas com os pais em cima, tem outras que preferem, no meu caso eu prefiro, agora tem algumas que não gostam, seria interessante se todas pensassem do mesmo jeito, mas cada pessoa tem o seu jeito, o que poderia ser feito é um treinamento para que todas tivessem as mesmas atitudes.

Discurso 4 – Vinte e cinco anos de idade, solteira, sem filhos, formada há quatro anos e atua em UTIn há dois anos e sete meses. Possui pós-graduação em neonatologia. Trabalha em um hospital privado sem implantação do Método Canguru, mas é adotado o Programa Pais Participantes.

P - Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?

D - Olha, sempre tento imaginar que um dia pode ser o meu filho; então, eu tenho que dar o melhor cuidado, porque um dia posso precisar deste mesmo cuidado, é difícil porque eu vejo que os bebês estão lá extremamente inofensivos, estão

passando por todo estresse agora, e eu tenho que dar um suporte para os pais, e tentar mostrar o máximo que na grande maioria das vezes o que está acontecendo é algo comum, eu tenho que dar um suporte para os pais porque querendo ou não eu vou ter que estimular o vínculo, o elo entre o bebê e o pai, porque o bebê saiu da mãe, mas, ao entrar na UTI, este vínculo é quebrado, então eu estimo de diversas formas, ou seja, conversando, tentando mostrar de forma bem mais receptivas para os pais, que aquilo que está acontecendo com eles, pode estar sendo ruim naquele momento, mas vai melhorar. A mãe espera um bebê gordinho, fofinho, lindo e maravilhoso, que vai nascer e ir para o quarto, e dali três dias vai embora para casa, e aqui na UTI não, eles são pequeninhos, cheios de dificuldades de amamentação, de deglutição, isto não é esperado. Elas acham que vão pegar o neném colocar no colo e vai dar de mamar e isto não acontece, então eu fico imaginando comigo, aquela frustração de - poxa - eu tive um bebê e sou responsável por ele ter algum problema de saúde, por isso eu percebo que o estresse dos pais, dos dois é muito grande, a cobrança com eles mesmo é muito grande, e não somente eu, mas todos nós da enfermagem achamos que eles tem que entender, e na verdade eles não têm o porquê entender e muito menos aceitar, sou eu que tenho que fazer este trabalho, de mostrar para eles que eu vou ajudar o bebê a sair deste obstáculo que ele está enfrentando logo de início. Eu tive um trabalho muito grande este final de semana com um pai, uma cobrança muito grande do pai para comigo, porque o filho dele não mamava, não conseguia mamar, eu tentei de diversas formas, como sendo uma responsabilidade muito grande minha, porque eu que tenho que fazer alguma coisa pelo filho dele aqui, eu tenho que ajudar de alguma forma, eu tenho conhecimento para isto, o pai não tem, e a cobrança era tanto do pai como minha, quando eu cheguei do almoço, o pai foi atrás de mim e disse: você pode entrar aqui e fazer alguma coisa para o meu filho mamar? Esta cobrança é grande, e era uma frustração minha não conseguir pôr o bebê dele para mamar, mas quando eu entrei na enfermagem eu sabia exatamente o que eu iria encontrar aqui na frente, mas de qualquer forma eu sou a única que pode fazer com que eles dêem estes primeiros passos, querendo ou não, aqui na UTI, sou eu que vou ter que fazer isto, e estes primeiros passos é com relação a melhora da criança e estabelecimento do vínculo com os pais, eu preciso dar um suporte para o bebê melhorar, ou acompanhando se ele precisa de oxigênio, de uma sonda, de um curativo, como também eu preciso fazer com que a mãe comece a se habituar com este quadro do bebê, então eu tenho que ter os dois, porque aqui eu estou aprendendo muito mais ainda a trabalhar a parte humanizada, mas é

difícil, parece até frase pronta, mas eu tenho que trabalhar este elo pai-mãe-bebê, utilizando meu conhecimento sobre elo e vínculo afetivo, mas além disto eu tenho que introduzir os pais nos cuidados dos bebês, eles precisam aprender por meio de mim, para a mãe fazer uma troca de fralda de um bebê de incubadora eu não deixo, um bebê de berço, uma troca de fralda para mim é simples, mas para os pais não, então eu tenho que usar os meus conhecimentos, a minha parte humanizada, e não simplesmente dizer: pai troque seu filho. Não posso dizer: ah! você é mãe tem que saber. Não é bem assim. Eu tenho que ir lá, mostrar como faz e utilizar o meu conhecimento para fazer o cuidado com o bebê, e depois estar mostrando para a mãe e fazer com que ela interaja com o filho também. Quando o bebê está dentro da incubadora e a mãe não pode ajudar nos cuidados, muitas vezes acontece, quando ela chega o neném está no oxigênio, eu falo: você quer tocar no seu filho? Ela responde: não, eu tenho medo. Eu falo: pode tocar, ele precisa sentir que você está aí do lado, fale com ele, ele vai ouvir, reconhecer a sua voz. Deixo a portinhola aberta, se o bebê está simplesmente na incubadora, eu falo: quer colocá-lo no peito? Simplesmente para senti-lo próximo de você, eu o coloco no colo não para sugar nada, mas somente para ir no colo e a mãe sentir o filho, isto eu sinto como sendo um papel meu, como enfermeira. Eu fico imaginando um dia ser mãe e vou querer, se passar por isto, que alguém me dê a oportunidade para sentir meu filho. Eu fico me pondo mais no lugar dela, mãe, eu acredito que seja muito importante a presença dos pais, porque eu tenho que pensar no lado dos dois, são nove meses que a mãe está esperando pelo bebê, às vezes, um pouco menos, eles ficam imaginando a criança, fazendo planos diversos, e, de repente, a criança vem para a UTI, e não é todo mundo que sabe o que tem dentro de uma UTI. Chegam aqui é cheia de aparelhos, aquela coisa extraordinária, muito apito, tubos, extremamente grave, a criança vem para cá e a mãe não pode simplesmente tocar no bebê, então eu acredito que é preciso a aproximação deles, tanto para o bebê que conviveu com a mãe, a família acariciando a barriga, tocando música, conversando com ele. Ao chegar aqui vê um monte de gente, barulho, apitos, e não tem nada que seja conhecido seu (bebê), por isso eu valorizo a presença dos pais na UTI, apesar de que como profissional, lidar com esta situação é complicado, porque a cobrança deles é grande, e eu não me sinto preparada para isto. Na faculdade, quando eu passei por estágio, a mãe fazia o Método Canguru, era em uma salinha quase deste tamanho, ficava na cadeira com o bebê no colo, na UTI não tinham contato com o filho, e de repente vem aquele comunicado de que os pais vão ficar 24 horas. Quando isto aconteceu, foi uma resistência muito grande nossa aqui, porque

eles observam tudo o que eu estou fazendo, copiam prontuário, pedem justificativa do porque eu fiz assim e a outra faz de outro jeito. Eles ficam apontando os meus erros e defeitos, ou então a minha técnica diferente, é complicado para eu ter que trabalhar com os pais, é difícil mesmo, fica, praticamente, um enfermeiro em cada sala, então é difícil, porque o bebê não reclama, ele não pode reclamar se eu ergui a perna dele com um pouco mais de força ou não, mas a mãe está do lado, ela está olhando, quando eu me torno mais mecânica, o pai está ali do lado, ele está vendo, querendo ou não eu tenho a quem prestar conta, teoricamente, não deveria ser assim, mas às vezes fico mais na parte mecânica, engato a primeira e vou, esta parte de cobrança é grande, mas mesmo com tudo isto eu valorizo os pais aqui, como já te falei, embora seja difícil, eu penso no elo entre os dois, tento pôr os pais com o filho e fazer de tudo para que eles sintam que este é o filho deles, tento aproximar os três pai-mãe-filho, este é o meu papel, usar de algum artifício para uni-los.

P - O que você espera, com o seu atendimento?

D - Eu acho que eu preciso desenvolver um perfil de paciência maior, porque a cobrança é grande e os problemas do setor são muitos, tipo, eu tenho que evoluir o bebê, participar da parte administrativa, são muitas rotinas para serem cumpridas em seis horas. Eu tenho que dar uma atenção que às vezes não consigo. Se eu pudesse me desdobrar em duas, uma ficaria na parte administrativa, e outra somente no acompanhamento de mamada eu faria, sou sincera, eu tenho uma certa dificuldade de posicionar o neném que tem dificuldade de mamar no peito, eu não tenho paciência para isto, mas eu tento, agora eu gostaria de desenvolver esta paciência, ficar 40 minutos ali com a mãe tentando fazer o bebê mamar, mas nem sempre eu consigo, eu fico pensando: poxa, enquanto eu estou aqui, tenho outras coisas para fazer, não tem ninguém cuidando da minha outra sala, eu tenho que fazer um papel ali, ou uma outra coisa lá; então, eu preciso me focar e ter paciência para estar fixa naquele momento com aquele pai, bebê e mãe. Eu espero desenvolver maior paciência para melhorar a minha relação com os pais. Para que tudo isto aconteça talvez eu tenha que melhorar o planejamento do meu tempo, buscar mais o meu lado humano. Não sei, nunca parei para pensar. Pode ser que se eu realmente engatasse, porque é fácil falar, o difícil é fazer. Se eu, realmente parasse para pensar que eu realmente faço a diferença, se eu pôr o bebê para mamar, ou a mãe para tocar o filho, porque isto eu faço nos primeiros momentos

que os pais chegam aqui na UTI, mostro o bebê, pergunto se está tudo bem, mas depois eu vou ficando mais mecânica, sinceramente eu acredito que seja mais isto, eu teria que dar mais atenção para aquela mãe no momento que ela está precisando, eu teria que ter uma mudança interna, as possibilidades de mudança que eu vejo é uma mudança minha, interna, eu acredito que até tenho perfil. Com algumas mães eu tenho mais dificuldade, por isso eu tenho que desenvolver melhor o meu trabalho com elas, eu preciso fazer esta mudança interna, eu sei o que eu tenho que fazer, consciência eu tenho, só não me abri totalmente para isto, quando eu conseguir desenvolver mais esta aproximação com as mães eu darei uma assistência muito mais humana, não seria mecânica, e, conseqüentemente, eu melhoraria muito mais o vínculo entre pais e filhos, mas também é complicado para mim entender que o instinto materno foi quebrado quando o bebê veio para a UTIn, mas eu tenho que entender que quebrou este vínculo neste momento, a mãe tem que juntar os pedacinhos, tem que dar atenção e dedicação para o filho neste momento, não somente o ato de amamentar, mas também o toque, para que o bebê sinta que a mão que o toca é do pai e da mãe dele, a voz que está ouvindo ele vai reconhecer que é da mãe dele, ele não vai lembrar, mas vai reconhecer, do mesmo jeito quando as mães falam com os filhos eles se acalmam, eu já tive vários bebês que se acalmaram com a voz da mãe, eu acho que isto é importante e não demanda meu tempo, porque se eu converso inicialmente, nos primeiros momentos que a mãe entra em contato com o filho no dia da admissão, eu ensino, se eu quebrar o paradigma da mãe de tudo o que está ali em volta, fica melhor para ela e aumenta a sua confiança no profissional; então, o que eu sinto é que sou o elo de aproximação entre os pais e o bebê, e eu espero conseguir mudar a mim mesma para que eu ajude a melhorar o vínculo deles e que também eles tenham confiança em mim, mas tudo isto é difícil, por isso eu acho que se os pais fossem previamente preparados para terem os filhos internados na UTIn ficaria mais fácil, por exemplo, as informações não devem ser dadas no dia que a criança entra na UTI, porque os pais não vão assimilar nada, eles só querem saber se o filho está vivo ou não, mas se nós, enfermeiras, fizéssemos um acompanhamento nos dois dias seguintes, explicando o que significa cada alarme, de repente isto vai fazendo com que os pais sintam-se mais tranquilos, porque um bebê pequeno, de algumas gramas, cheio de tubos, acessos, um monte de bombas em cima apitando, aparelhos, se eu explicasse o que cada um significa e lhes mostrasse que se ela tocar no bebê não vai machucá-lo ou prejudicá-lo, eu acho que isto facilitaria, se elas soubessem o que significa o oxímetro na mão do bebê, a sonda que ele está usando, de repente

criar a expectativa de que logo o filho vai embora. Se eu dedicasse uns cinco, dez minutos com a mãe, tentando explicar para ela com palavras que ela possa entender, e justificar de uma forma clara e objetiva tudo o que está acontecendo com a criança. O que poderia mudar é o enfermeiro acompanhar mais a mãe, ficar mais próximo dela e passar todas as informações, até que ela entenda o que realmente está acontecendo com o filho, com isto a mãe acreditaria mais em mim e teria mais confiança no que eu faço e no que eu falo, porque eu criei um vínculo de confiança com a mãe, porque ela quer saber do bebê, por isso eu tenho que dia a dia justificar todas as alterações que aconteçam com ele, para que estabeleça um vínculo de confiança também comigo.

Discurso 5 – Trinta e três anos de idade, casada, tem dois filhos, formada e atuante em UTIn há dez anos. Possui pós-graduação em Neonatologia, trabalha em um hospital privado com início de implantação do Método Canguru, e já foi implantado o método pele a pele e o pais participantes.

P - Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?

D - Eu acho que mudou muito depois que eu tive filho, antes era uma coisa, agora é outra, principalmente depois que eu passei por uma situação parecida, eu já tive um filho que precisou de UTI, não neonatal, mas era UTI; então, eu comecei a perceber outras coisas, antes eu via como mais um paciente, mais um cliente, é pequenininho, eu trato com mais carinho, falo diferente, mas depois que eu tive filho, eu falo: poxa é o filho de alguém, poderia ser o meu, a minha visão mudou muito. Hoje acaba mexendo muito mais comigo, às vezes é muito difícil, principalmente, se é uma criança grande. Os prematuros eu já sei que é a consequência da prematuridade, mas uma criança que era para ser tudo normal e de repente vem para a UTI, para mim é mais complicado, a primeira coisa que eu sinto é o que a mãe está pensando, porque ela não está aqui, quem vem é o pai, como esta mãe está se sentindo, eu me preocupo muito com isso, eu procuro estar deixando o pai o mais tranquilo possível, tento explicar-lhe, porque é ele quem vai estar passando para a mãe as informações, nem sempre eu tenho este contato imediato, eu tenho que dizer-lhe realmente o que está acontecendo de uma forma que ele entenda, para que possa transmitir para a mãe, por isso eu me vejo como sendo uma ponte entre os três (pai, mãe e filho). Para que o vínculo afetivo

aconteça entre eles, desde o primeiro momento, eu acho que é importante isso, mas este vínculo entre eles é difícil, porque têm medo de pôr a mão, acham que vai quebrar, não é o bebê que vão poder pegar, trocar fralda, eu vejo que eles têm muita dificuldade em formar mesmo este vínculo afetivo com o filho, e eu, como enfermeira, estou ali, e me sinto extremamente importante, eu passo para eles a segurança que eles têm que ter, em ir lá tocar a criança, saber que é uma pessoa pequena, que requer muitos cuidados, mas que podem tocar, podem conversar, que o bebê está ouvindo, está sentindo o cheiro deles, eu tenho este papel, de aproximar os pais do bebê. Para mim, eles são muito importante, sem eles o meu trabalho é muito pior, só que não é fácil, principalmente, se eu já vier com aquela coisa: ah, o pai e a mãe estão para atrapalhar. Mas eu acho que sem pai e mãe não tenho o mesmo sucesso de quando eles estão presentes. Eu vim de um outro serviço público, lá é mais complicado a presença do pai e da mãe, eu observo nitidamente que quando o pai, e principalmente a mãe não é presente a criança demora muito mais para se recuperar. A formação do vínculo entre eles também demora mais para se formar, fica prejudicado, às vezes a criança acaba conhecendo mais a auxiliar que está ali todo dia do que a própria mãe, nestes casos, eu tento fazer com que a mãe venha e se aproxime da criança, que reconheça seu filho, que o toque.

P - O que você espera, com o seu atendimento?

D - Eu acho que o importante é o primeiro contato do enfermeiro com os pais, explicar desde o começo, deixar claro que a participação da mãe, não que o pai não seja importante, mas da mãe é extremamente importante, a partir do momento do nascimento, isto tem que acontecer. A participação deles é muito importante, não somente nos cuidados, mas em estar ali no dia-a-dia, acompanhar em tudo, ver o que está sendo feito, o que não está, em tudo, e eu como enfermeira tenho que conversar com eles, não tem outra forma, tenho que incentivá-los também a estar tocando, trocando fralda, tem várias coisas que a mãe e o pai podem estar fazendo, tem o contato pele a pele, tem várias coisas que eu posso estar incentivando, e com isso eu espero que cada vez mais os pais participem mesmo deste tratamento, porque eles são peças fundamentais, não somente nos cuidados, mas em tudo, na parte clínica, fisiológica, porque é o filho deles, eu acho que é importantíssimo que eles estejam cada vez mais presentes, que todas as UTIs sejam abertas mesmo, não somente a daqui, mas qualquer outro serviço tem que ter uma UTI aberta,

participação não somente dos pais. Às vezes a criança não tem o pai, deixar uma outra pessoa da família participar, porque a família também dá um apoio. Eu espero que as UTIs se abram para a família se aproximar da criança, e permitam que eles cuidem, porque não é nosso filho, e sim deles. O mais difícil nisto tudo é que nós não somos preparados, principalmente, para mim que fiz faculdade há dez anos atrás é mais difícil, hoje se tem Psicologia, eu não tive, é bem complicada esta situação toda, por isso eu acho que se deve mudar o currículo, o pensamento dos enfermeiros, e para os que já estão na prática é essencial que se faça cursos sobre humanização dentro do serviço, a própria instituição tem que estar voltada para isto, porque infelizmente nós robotizamos tudo, mecanizamos tudo, é superimportante voltar-se para a humanização, também é necessário que haja um trabalho de preparação dos pais, porque eles não estão preparados para ter um filho na UTI, ninguém nunca está, nem mesmo nós, sendo profissionais da saúde, mas o meu trabalho é este, preparar os pais para que possam participar do tratamento do filho, uma mudança que eu vejo é o preparo dos pais para que se aproximem dos filhos e para isto, eu acho que a enfermeira deva dar uma assistência para a mãe, principalmente porque o pai já vem na UTI, eu devo ir lá no quarto da mãe, ir lhe preparando, conversando e explicando como é a UTI, que tem muitos aparelhos, a criança está usando tais coisas, para que ela vá se preparando e imaginando, formando uma idéia de como vai encontrar o filho, não abrir a porta e dizer: oh! este é o seu filho. Eu espero que com tudo isto os pais estabeleçam uma relação de confiança comigo, porque vão ver que o que eu falei previamente realmente está acontecendo. Não posso nem diminuir, nem aumentar. Na minha visão, eu acho que tem horas que eu posso participar mais, eu acabo fazendo as coisas tão mecanicamente que esqueço este lado dos pais, quando eu vejo, os pais já estão aqui dentro, a rotina do enfermeiro também é muito sacrificante, tenho muita coisa para fazer, e acabo me esquecendo mesmo do lado humano, enfim, é preciso que primeiramente aumente o quadro de enfermeiros, e que, realmente, todos os serviços se voltem para a humanização, desde o diretor até a faxineira, todos têm que estar ligados na humanização, se viesse uma ordem para que todos se voltassem para isso, haveria uma mudança, porque não adianta eu ou um outro querer, todos têm que estar querendo a humanização, tem que ter um querer interno associado a um externo, a uma determinação, porque na minha própria experiência eu percebo que a criança muda, a recuperação é muito mais rápida, diminui o tempo de internação (quando os pais estão próximos), mesmo que a criança não melhore, vá a óbito, ela teve uma qualidade de vida no período que

estive aqui, com relação a aproximação com os pais, por isso eu acho que é muito importante, e o meu papel é superimportante, porque vai depender de mim e das outras enfermeira para que o vínculo entre eles se estabeleça.

Discurso 6– Trinta e oito anos de idade, casada, dois filhos, formada e atuante em UTIn há dez anos. Possui pós-graduação em Neonatologia. Trabalha em um hospital privado onde a presença dos pais nos cuidados é permitida em tempo integral.

P - Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?

D – Olha, no começo, antes de eu ser mãe, eu pensava assim: ah! é só um bebê, nem deu tempo da mãe ter vínculo, de conviver, de se apaixonar por ele, de ver os movimentos, de vê-lo aprender andar e falar, ela vai esquecer logo. Depois que eu tive minha primeira filha eu vejo que não é só um bebê, tanto que quando eu trabalhava em outro hospital e algum bebê parava e as auxiliares choravam, eu ficava brava com elas, e dizia que não queria que elas chorassem, mesmo que ficassem compadecidas com a mãe, eu não queria que elas chorassem, porque eu tinha feito a minha parte técnica, profissional, e logo após ter tido minha filha e voltado a trabalhar, um bebê parou eu chorei, então as colaboradoras me disseram que eu mudei, e que agora eu tinha coração, mas não é que eu não tinha antes, é que eu entrava como técnica, e agora não, eu vejo a mãe junto. No primeiro momento, as mães ficam assustadas, quando me avisam que é o primeiro contato da mãe com o filho, eu quase não entro, eu só entro depois de um tempinho, porque eu acho que este é o momento dela reconhecer o próprio filho, eu não vou chegar lá e falar: olha, ele está com uma veia aqui, uma sonda, está entubado, porque ela não vai entender nada, eu falo: entre, lave as mãos, coloque a mão no bebê. Eu estimulo muito pôr a mão no bebê e a maioria delas não põem, não sei se é pela dor, pelo medo, algumas delas falam que vão machucar o filho, vão atrapalhar meu trabalho, e eu falo: você não vai me atrapalhar. E aí eu saio de perto, a sensação que eu tenho é que se eu ficar, ela vai ter medo de fazer alguma coisa e eu chamar a atenção dela, então eu saio de perto e depois eu volto, se ela está chorando eu a deixo chorar, depois que passa aí eu vou lá, pergunto: você está bem, quer saber alguma coisa, tem alguma dúvida? Quando o bebê é muito

grave, a mãe não participa dos cuidados, não troca fralda, por isso eu falo para a mãe: olha, você pode fazer um carinho, para que ele perceba que você está aí. Algumas ficam meio assustadas: como assim a criança me perceber? É... ele vai perceber, a hora que abrir a portinhola vai sentir seu cheiro, o teu toque, ele vai ver que é diferente do meu. Eu associo isto à formação de vínculo entre os pais e filho, por este momento do toque, da mãe reconhecer que é o filho dela que está ali, e eu acho que a minha função é estimulá-la a tocar e ficar perto, a aceitar o filho que ela teve, porque na verdade ela se preparou para ter o filho normal, levar para casa, que o quarto está arrumado, mas não é assim, porque eu como mãe me sentiria culpada, porque se ele nasceu prematuro alguma coisa errada eu fiz, eu tenho este pensamento, tenho medo da mãe pensar assim, sentir culpa, e aí entrar em uma depressão e não conseguir sair, por isso eu tenho preocupação com ela, o vir para a UTIn prejudica o vínculo entre eles, mas é um mal necessário, a criança tem que vir, porque se não vier vai morrer, mas o vínculo é prejudicado, porque a mãe sai do CO (centro obstétrico) vai para o quarto, em uma maternidade onde todos os bebês estão com as mães, e ela vê os outros, para ela o baque é grande, por isso tudo o que eu faço é esperando que a mãe toque seu filho, se sinta feliz, satisfeita por isto, porque ela está passando por uma profunda tristeza, por o bebê não está com ela, e no momento em que toca o filho, ela o reconhece, sente que ele é de carne e osso, que está vivo e o está tocando, e ela pode passar uma energia positiva para ele e constituir um elo de vínculo, tem mães que não têm o vínculo com o filho, o que justifica a minha atuação em tentar aproximá-los, estimulá-la a tocar o bebê, dizer que a criança se parece com ela ou com o pai, dizer que a criança está grave, mas estamos fazendo de tudo para que ele melhore e que a presença dela neste momento é muito importante, não para trocar fraldas, mas para visitar mesmo, para vir ver e curtir o bebê, vê-lo se mexer, sorrir, abrir o olho. Eu digo visita porque não concordo com os pais o tempo todo na UTI, porque eles não estão preparados para isto, eu acho que poderia ter três horários de visita, eles entrariam, ficariam um tempo maior, mas auxiliar nos cuidados integrais não, já tive situação da mãe chegar e eu estar paramentada para passar PICC, para mim é normal, mas para a mãe não, e aí ela quer saber o que está acontecendo, acha que a criança está morrendo, e eu também me sinto pressionada, porque pode sangrar e eles não estão preparados para isto. Eu tive uma experiência de uma parada, eram trigêmeos, um faleceu, o outro a mãe levou para casa e um ficou aqui, estava muito grave, e a mãe veio, e quis ficar durante todo o processo de reanimação da criança, ela e o marido, mas eu acho isto muito chocante para ela, porque nunca mais vai

sair da cabeça dela, e eu acho também muita pressão para o pessoal da área de saúde, eu procuro muito a perfeição, e neste momento todos ficam tenso e querem tirar a criança da parada, várias vezes perguntei para a mãe se ela queria sair, mas ela não quis, então fica mais complicado, e nós também não estamos preparados para ter os pais o tempo todo conosco, eu fico tensa, tento esconder, mais fico tensa e não somente eu, os outros profissionais também ficam tenso, o serviço fica travado.

P - O que você espera, com o seu atendimento?

D - Eu acho que, não tem como prever que a criança virá para a UTI, mas se tivesse como prever, uma saída seria mostrar para o pai e para a mãe uma foto, um filme de uma criança grave, entubado, com sonda, com PICC, com bombas, as coisas que assustam, para que quando eles entrassem não se assustarem, e de uma certa forma não cobrassem tanto, os pais deveriam ter mais informações sobre o que é uma UTI, e nós, enfermeiras, deveríamos ter mais autonomia, poderíamos nos colocar mais, porque nós não nos colocamos por medo de perder o emprego, porque o pai pode reclamar, e me foi colocado que o cliente tem razão em tudo, e ele não tem razão para isto, o filho dele está aqui, está pagando para isto, mas não tem razão em tudo. Eu acho que falta muita autonomia e posicionamento da enfermeira, para que ela se coloque mais, seja um pouco mais firme com os pais, e que eles tenham referência da enfermeira daquela sala. Os pais precisam ter uma enfermeira de referência para se reportarem, para que possam confiar em mim, eu valorizo os pais, mas não o tempo todo, eles não precisam ficar tempo integral para formar vínculo com o filho, porque se tiver um horário estipulado eles virão com uma única visão, a de focar no bebê, em vê-lo, tocá-lo e estar com ele, se eles ficam o tempo todo, não se preocupam muito com o filho, eles se preocupam com o que os profissionais estão fazendo, eles perdem o foco do bebê, talvez este seja até o caminho para que preparemos os pais para se focarem no filho, que estão aqui para verem os próprios filhos, porque são poucos os pais que realmente criam vínculo com os filhos. Mesmo sendo liberados para ficarem em tempo integral, muitos pais não se manifestam para participar dos cuidados do filho, e cabe a mim perguntar para eles se querem tocá-lo, e se não quiserem eu devo orientá-los para que se preparem para cuidar dos bebês quando eles forem embora, mas eu devo respeitar, se eles não quiserem eu acho que não devo insistir, porque não é fácil lidar com estes pais, e eu sinto que deveria ter sido preparada para isto, desde a

graduação, porque aí eu saberia como chegar nos pais e até mesmo a colocar limites. Tem muitas pessoas que têm experiência e vivência para lidar com os pais, mas a maioria não, eu sou muito importante nesta relação, tenho tempo para acompanhar estes pais, para assisti-los, tenho disponibilidade para estar ao lado deles, minha visão é bem diferente dos auxiliares, eu sou muito importante nesta relação, mas falta preparo, na faculdade fui preparada para fazer, chegou um momento na minha vida que eu fiquei perdida, não sabia qual era realmente o meu papel, o que é que eu devo fazer como enfermeira, é muito difícil para mim pegar a teoria da humanização e colocar na minha prática. Tem que ter protocolos, por exemplo, entubação, há uma rotina de como entubar, e todos fazem iguais, então também tem que ter protocolo de humanização, para que todo mundo faça do mesmo jeito, tudo bem que cada um tem uma forma de ser, mas tem que ter, um protocolo com todos os passos. Na faculdade deveria se ensinar a como fazer isto. Se nós tivéssemos uma atuação definida, soubéssemos como fazer, ajudaríamos os pais a formarem vínculo com os filhos, porque eu saberia o momento em que eu posso chegar neles, ou seja, eu poderia avaliar estes pais de longe e de perto, eu estaria preparada para isto, para aproximar os pais dos filhos.

Discurso 7 – Quarenta anos de idade, casada, dois filhos, formada e atuante em UTIn há quinze anos. Possui pós-graduação em Administração Hospitalar e Neonatologia. Trabalha em um hospital privado com início de implantação do Método Canguru, e o pele a pele já é feito. É permitida a presença dos pais no cuidar, por tempo integral.

P - Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?

D - Olha, é que eu também tive uma experiência do outro lado, que é ser mãe e ter um filho na UTI, com uma malformação que foi a anomalia anorectal, ele ficou um período na UTI, fez cirurgia, ficou na semi com fototerapia e depois ele foi para casa. Antes disso, eu não encarava que os pais atrapalhassem em algum momento, mas eu tinha uma dificuldade, porque eu não conseguia sentir o que eles sentiam, eu trabalhava com os pais e tinha problemas quando eles não entendiam muito o que eu estava tentando explicar, eu não entendia o porquê eles não entendiam o que eu estava explicando, porque eles se revoltavam às vezes,

ficavam nervosos quando estou só cuidando, estou ajudando, mas quando eu tive meu filho, eu tinha somente uns quatro anos de experiência na UTI, eu consegui entender melhor o que se passava na cabeça dos pais, porque, às vezes, não entendem, é difícil deixar a criança na UTI, esta separação entre eles, e antes, aqui na instituição, era muito rígido, a entrada dos pais era uma vez no dia, uma vez a tarde, não tinha a presença dos pais no restante do dia; então, se o bebê piorasse, fosse ter óbito, ligava-se para os pais, mas participar não, quando a criança chegava na porta da semi-intensiva para ir, embora a mãe dizia assim: você me desculpa, mas eu quero saber um pouco como o meu filho é. Nesta hora nós, enfermeiros, começamos a trabalhar a relação dos pais e filhos na UTI, porque, se eles não ficarem o tempo todo com a criança, acabam não conhecendo o próprio filho, mas se eu der abertura para os pais para sentirem, terem contato, sentirem quando o filho chora, quando o filho tosse, mama, estas pequenas coisas, como ele reage ao ser trocado a fralda, eu acho que até isto é importante para os pais sentirem. Alguns não querem fazer, mas tem outros que para eles é importante, e eu vejo que tem uma diferença no dia da alta, de levar o filho para casa, eu sinto aquela família, que eles são uma família, que formaram um elo entre eles. Antes, quando os pais não ficavam na UTI, na hora da alta, eu tinha que falar sobre ele para a mãe, então ficava uma coisa muito distante e fria em relação mãe e filho, porque no dia da alta, eu pegava e dava a criança e dizia: toma este é o teu filho. E elas respondiam: e aí? O que eu faço, é meu filho, mas eu não o conheço. Para mim, desde o útero, a mãe tem o vínculo com o filho, mas o pai não, porque até hoje eu sinto, que quando nasce um neném, a família está estressada, ou eles vão se prenderem muito nos procedimentos de enfermagem, ficarem olhando o que eu faço, ou eles vão tentar e pedir para ajudar a trocar, dar o banho, cuidar daquela criança do jeito deles, mas, ainda assim, eu acho que eu sou muito importante para estes pais e a criança. É essencial que eu aproxime a tríade, porque a UTI é muito mais tranqüila, mais sem problemas quando eu consigo trabalhar junto com os pais. Quando eles começam a tumultuar eu falo: olha é importante que nós trabalhemos juntos, vocês são parte do tratamento, assim como eu, todos nós vamos estar colaborando no tratamento do neném, vocês vão dar carinho, atenção, coisas que nós, da enfermagem, não fazemos muito, porque somos mais mecânicas. O que eu sempre faço é tranqüilizar os pais neste primeiro momento, pais mesmo, não as mães, porque eles não sabem o que irão falar para a esposa que ainda não pode vir para a UTI, eu tento tranqüilizá-los, esclarecer todas as dúvidas, ajudá-los, me preocupo em como ele irá transmitir para a mãe, eu deixo em aberto, se quiser que

eu vá junto eu vou, se quiser que eu explique alguma coisa junto com ele eu explico, tanto que aqui, se o pai deixar, nós tiramos uma foto do bebê, no momento em que ele entra aqui, para ser levada à mãe, para que ela saiba como o bebê está, onde ele está, tive uma mãe que eu subi para falar com ela e tudo o que o esposo havia lhe dito era que a criança estava em observação, e ela estava ansiosa, com muita dor, gritava, estressada com tudo, porque ela achava que o tempo de observação já estava grande demais e não tinha informação exata, após eu conversar com ela, acalmou-se, a dor passou e até dormiu, por isso eu acho que eu sou um elo entre a família, o bebê e a unidade neonatal, eu tenho que unir os pais com os filhos, um enfermeiro bem preparado consegue fazer isto.

P - O que você espera, com o seu atendimento?

D - Eu espero que esta família sinta o menos possível a separação da criança. Se eu pudesse, colocaria a mãe no primeiro instante aqui dentro, mas eu não posso, eu acho que devo colocar o pai, mas o que eu sinto é que preciso conseguir ajudar, minimizar o sofrimento e a angústia daqueles pais, porque eu já vivi isto, além de que, com este comportamento, eu consigo fazer com que os pais confiem em mim. Eu nunca senti que os pais não confiassem em mim, muito pelo contrário, eu os tenho muito próximo, com uma confiança muito grande, a ponto de eles me dizerem que se sentem à vontade de falar comigo tudo o que estão sentindo, de abrir o coração. Eu aproximo os pais do filho, porque, em qualquer momento, ou qualquer pessoa que fique afastado, a situação fica mais difícil, se não tocar e ver, mesmo que seja um bebê, a mãe levou a gestação inteira, para ela é importante aquele momento, é como se firmasse que ela é a mãe, é meu filho, fui eu que gerei, sou mãe mesmo. Eu já tive crianças que foram para adoção, e a mãe, que realmente vai dar a criança, ela fala: eu não quero ver, não quero tocar na criança, porque eu não quero vínculo. Para mim a primeira coisa para consolidar este vínculo é o cheiro, o toque. Para mudar um pouco o contexto que eu vivo, hoje em dia fala-se muito de humanização, eu tento, mas não tenho muita coisa para fazer pela mãe, eu acho que poderia a instituição oferecer-lhe refeição, para que não fique saindo, algumas não têm recursos financeiros para se alimentar, há um tempo atrás eu tive uma mãe que não vinha ficar com o filho, por problemas de dinheiro e nós nos reunimos e conseguimos fazer com que o hospital fornecesse as refeições para ela, e com isto ela começou a vir e ficar com o filho, porque eu queria que a mãe participasse e ficasse junto da criança, que estivesse junto das filhas, eram duas,

porque para mim se ela não viesse iria se distanciar das bebês, porque se a mãe não vem acaba ficando um pouco distante, não cria um sentimento, um vínculo. Outra coisa que poderia ter também é um lugar para que as mães fiquem, descansem, durante a internação da criança na UTI, ela faria a mãe canguru e ficaria aqui, não como internada, mas como acompanhante com um local próprio para que ela repouse quando estiver muito cansada, não ficasse somente sentada nestas cadeiras que temos aqui, porque já fizeram cesárea, estão inchadas, se elas tivessem um local para repousar e voltar para ver e ficar com o filho quando quisessem isto facilitaria a mãe a querer ficar com o bebê, isto ajudaria a aproximar a mãe da criança. O banco de leite também poderia mudar, poderia funcionar para todos os bebês, porque hoje é assim o leite é de cada mãe para o seu filho, aquelas que não tem muito leite, não podem receber daquelas que tem bastante leite, mesmo que pasteurize, isto poderia mudar, as mães poderiam doar seu leite para outras crianças. Aqui temos também bebês que são mais crônicos, para estas mães, eu acho que deveria ter alguma atividade lúdica, alguma coisa para elas fazerem, porque muitas ficam estressadas e o ataque fica na enfermagem, o que sempre foi muito bom, começa a incomodar, chega um momento que o tempo de internação, que não se sabe quando vai terminar, vai estressar o casal e eles começam a ter muitos problemas que nunca tiveram, com alguns plantões ou pessoas, se o hospital criasse oportunidades para a mãe se distrair, alguma atividade lúdica, faria com ela ficasse menos estressa e melhoraria a relação com a equipe. Poderíamos também fornecer mais informações às mães, selecionar os diagnósticos mais freqüentes na UTI e dar uma aula, espalhar cartazes para divulgar, avisar as mães e aquelas que se interessassem viriam para assistir à aula, com isto o que eu espero é que os pais que estão aqui soubessem quem sou eu, e recebessem informação correta sobre as patologias, para que não ficassem com dúvidas, eu gostaria também que a UTI fosse mais humanizada em todos os sentidos mesmo. Os pais fiquem felizes por eu estar cuidando dos filhos deles, e que soubessem o que está sendo feito, qual a forma de tratamento, que entendessem e participassem mais do cuidar do filho, porque eu como enfermeira, sou técnico e eles são afetivos, e isto ajudaria na formação do laço afetivo entre eles.

Discurso 8– Trinta e oito anos de idade, casada, tem um filho, formada há quinze anos e atua em UTIn há onze anos. Atualmente está cursando pós-graduação em

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Trabalha em um hospital privado que permite a presença dos pais em tempo integral. Tem implantado o programa pais participante.

P - Como você, enfermeira, vivencia o cuidado ao recém-nascido na UTIn e aos seus pais?

D – Eu amo ser enfermeira e ficar na UTIn, quanto mais o bebê é prematuro mais eu acho que faço diferença, até na sobrevivência desta criança, hoje com a tecnologia, a minha presença também é muito importante, desde quando eu oriento uma manipulação mínima, faço uma prescrição adequada do cuidado com a criança, de não colar adesivos, de minimizar o risco na hora de retirar, preservar a pele desta criança, enfim de tudo, de estar posicionando a cabeça desta criança para evitar deformidades, tenho que ver os pais também. No começo de minha profissão, eu tinha muito receio de trabalhar com os pais dentro da UTI, porque tinha aquela idéia de que eles atrapalhavam, que iriam ver o que está errado; se, de repente, eu faço alguma coisa inadequada ou não. Hoje não, hoje eu os vejo como um grande aliado, ajudam demais, até em me forçar a melhorar, com minha observação, em estudar mais. Hoje em dia não dá para falar para os pais que tudo é devido a prematuridade, não é verdade, eles lêem muito, querem mais informações, eu tenho que estar pronta para atendê-los, eu vejo a luta diária da criança para sobreviver, a resposta fisiológica deles, por isso para mim os pais são totalmente importantes para o filho, para que eles não acreditem sozinhos que vão conseguir, eu sou meio espiritualista, eu acredito muito em energia, eu acho que é fundamental a presença dos pais aqui, e eu vejo quando o pai e a mãe não estão bem, a criança responde de forma diferente, quando a mãe está mais tranqüila a criança é mais calma, quando os pais ficam presentes, a criança cresce mais rápido, a resposta à terapia é melhor, o vínculo da mãe e pai com o bebê é maior, eles acreditam no filho, vêem ele crescendo, e eu, como enfermeira, tenho alguns mecanismos, que já faço para que aumente o vínculo entre eles, e ajuda muito, como, por exemplo, estímulo o toque na criança mesmo sendo pequenininha, permito que ajudem a segurar a sonda para dar o leite, uma troca de fralda, nas mínimas coisas, eu tento fazer com que eles participem, faço a impressão digital da mãe ou do pé do neném e escrevo bilhetezinho para as mães, esperando que os pais percebam primeiro que o filho dele está ali, lutando, sobreviver porque são muito pequenos, e que as crianças estão percebendo que os pais estão ali, e que confiam

neles, as crianças precisam que os pais realmente acreditem que vai dar certo, que está lutando e que vai conseguir. Eu me vejo como uma ponte entre os pais e filhos, quando uma mãe ou pai que está com uma dificuldade maior de aceitação desta criança, de enxergar que tem potencial, eu consigo aproximá-los. O pai, às vezes, por não ter gerado, consegue ver a criança diferente, no primeiro momento, mas tem mãe que, às vezes, eu percebo que tem medo, devido a criança ser muito pequena, tem medo até de se envolver, de sofrer, de achar que o filho pode vir a óbito e perdê-lo, e o meu papel junto a estes pais é muito importante para dar um suporte, de mostrar outras experiências, que funciona, que as crianças saem, eu me acho fundamental, os pais criam um vínculo comigo, uma referência, é muito importante, porque eles passam a confiar no meu trabalho, em mim, no que eu estou falando, eles dormem mais tranquilos. Já tive pais de o bebê morrer e eles me dizerem: ah! que bom que foi com você. Eu acho que tem que ter esta ligação com os pais; embora não seja fácil, mas eu tenho que me dispor a fazer, porque demanda esforço, no começo eu não sabia nem o que falar para eles e hoje a coisa flui, eu percebo que quanto mais eu falo, mais eu vou aprendendo, vou ouvindo, mas, para isto eu tenho que me dispor a mudar e aceitar estes pais e tê-los como meus aliados e não como uns monstros que estão ali, e que vão perturbar o andamento do setor, porque muita gente ainda acha isto. Quando o bebê é muito grave, os pais não têm como ajudar nos cuidados, mas eu tenho que me colocar a disposição, não somente enquanto profissional, mas como ser humano que está ali, pronta para ouvi-los, para saber se eles querem tocar ou não, tenho que respeitar porque tem pais que não querem tocar por medo, e aí entra o meu papel como enfermeira. Quando eu explico todos aqueles fios, todos os equipamentos, quando eu consigo por um bebê que não está tão grave no colo de uma mãe, eu favoreço que eles o vejam de uma outra forma, que acreditem, que formem o vínculo.

P - O que você espera, com o seu atendimento?

D - Eu espero que ela viva verdadeiramente este momento, porque ele não vai voltar, eu tenho um filho com síndrome de Down, é um momento muito terrível, não é a mesma coisa que ter uma criança na UTI, mas é como se fosse, os pais não estão esperando, ou a mãe que recebe uma notícia que o filho tem uma síndrome qualquer, é um momento que não tem explicação, e a forma com que os pais reagem e encaram vai fazer toda a diferença no vínculo com aquela criança, no vivenciar aquilo verdadeiramente; então, eu espero que a mãe viva aquele

momento sabendo que lá na frente ela vai poder olhar uma foto do bebê no tubo e dizer: olha, como nós crescemos, caminhamos, como eu estava junto, como eu acreditei. Eu acho também, que como enfermeira, eu tenho que ter muito treinamento, me preparar para ajudar os pais, treinamento teórico também, não só mudar porque eu acho que vai ser bom, eu tenho que acreditar que vai ser bom. Eu comecei a ver de outra forma, ao observar minha chefe, ela é mestre em família, eu a observei muito, via o vínculo que ela conseguia formar com os pais, de como eles procuravam por ela, e aí eu comecei a perceber que tudo isto faltava em mim, eu dava todo um atendimento técnico perfeito, lindo, mas o resto faltava, e eu comecei a estudar mais, além de que depois de o meu filho nascer, de cinco anos para cá, eu vi o quanto é importante o apoio aos pais, mas para que isto aconteça, para que a enfermeira comece a aceitar os pais e se dispor para eles é necessário que a própria pessoa queira mudar, tem que partir da própria pessoa, ela pode ser tocada por outras, mas ela tem que comprar a idéia de que aquilo é bom. Para que tudo isto aconteça tem que ter mais treinamento de humanização, mostrar vários trabalhos que existe de quanto este momento é importante, de valorizar os pais, de se fazer presente, ser a diferença enquanto profissional. Hoje eu tenho esta visão, antes não, é preciso também que se melhore a parte de hotelaria, porque eu não posso esperar que uma mãe, que passou por uma cesárea, ou outro parto, venha ficar com o filho, não tem o mínimo de conforto para que eles se sintam à vontade, para ficarem um tempo maior. Os hospitais têm que pensar nisto. Muitas vezes eles não ficam mais devido à falta de estrutura, de não ter uma cadeira adequada, um banheiro adequado para a mãe como puérpera, com toda esta mudança eu espero que a mãe curta mais o bebê dela, não tem coisa mais importante na vida do que ser mãe, porque se a mãe ficar mais com o filho vai melhorar o vínculo entre eles, começa a conhecer melhor o filho dela, tem pais que falam ah ele mexe? Quando eles ficam mais tempo eles começam a conhecer melhor o filho, percebem as reações dele, a posição que mais gosta, e também que os pais saiam daqui lembrando que não foi somente o médico que cuidou da criança, mas sim uma equipe toda contribuiu para a sua melhora, mas, para isto, eu tenho que estar preparada, na parte técnica e no conhecimento científico. Eles (pais) percebem isto, e valorizam o profissional enfermeiro. Eles sabem o quanto é importante a enfermeira que está naquela UTI, quando querem uma informação mais detalhada e o médico não vem, a todo o momento, eles se dirigem a mim e sabem que serão supridos de suas necessidades, porque eu estou apta a isto, eu vejo que ainda assim tenho colegas que não conseguiram alcançar isto, não que não tenham

capacidade, mas porque talvez não tenham acordado de que seja importante se preparar, de aceitar aqueles pais ali, e colocar-se a disposição para passar o que sabem para eles, de se envolverem, aí entra o meu papel, de disponibilizar-me para estes pais, de me colocar para eles, que eu sou a responsável, que tem o técnico, mas sou eu que vou estar junto e ajudá-los a resolver os problemas.