

MARIA EMILIA DE OLIVEIRA

**CUIDANDO-APRENDENDO
ENFERMAGEM COM AMOR: UMA
EXPERIÊNCIA DIALÓGICA COM
MÃES/RECÉM-NASCIDOS PRÉ-
TERMO**

**FLORIANÓPOLIS
1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM**

*CUIDANDO-APRENDENDO ENFERMAGEM COM AMOR:
UMA EXPERIÊNCIA DIALÓGICA COM MÃES/RECÉM-
NASCIDOS PRÉ-TERMO*

MARIA EMILIA DE OLIVEIRA

**Orientadora: Dr^a Lígia Paim Muller Dias
Co-orientadora: Msc. Marisa Monticelli**

Florianópolis, 29 de outubro de 1998

MARIA EMILIA DE OLIVEIRA

*CUIDANDO-APRENDENDO ENFERMAGEM COM AMOR:
UMA EXPERIÊNCIA DIALÓGICA COM MÃES/RECÉM-
NASCIDOS PRÉ-TERMO*

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre.
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde, Universidade
Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Dra. Lygia Paim Müller Dias
Co-orientadora: Msc. Marisa Monticelli

FLORIANÓPOLIS

1998

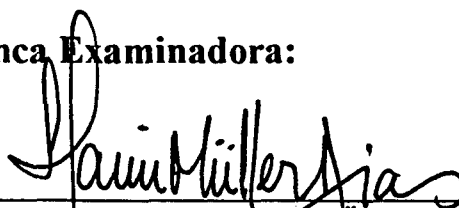
MARIA EMILIA DE OLIVEIRA


*CUIDANDO-APRENDENDO ENFERMAGEM COM AMOR:
UMA EXPERIÊNCIA DIALÓGICA COM MÃES/RECÉM-
NASCIDOS PRÉ-TERMO*

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
no Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina.

Banca Examinadora:

ORIENTADORA:


DR^a LYGIA PAIM MÜLLER DIAS


DR^a MERCEDES TRENTINI

DR^a ZULEICA MARIA PATRÍCIO


DR^a MARIA ITAYRA C. PADILHA (Suplente)


DDA CLEUSA RIOS MARTINS

Florianópolis, outubro de 1998

AGRADECIMENTOS

Na linha de chegada de um amor, não há vencedores, não há vencidos...

Não sim, seres. Seres muito sidos.

Seres mais vivos, mais crescidos, acrescidos...

(Gerson Guerra)

Muitos destes seres, acrescentaram, contribuíram e continuam acrescentando e contribuindo para o meu crescimento no amor... Na caminhada muitos são lembrados, alguns são esquecidos. Aos que foram esquecidos, o meu eterno agradecimento.

Dentre os muitos que são lembrados, gostaria de fazer um agradecimento especial a alguns deles...

Agradeço...

A Deus, fonte inesgotável de amor e de vida;

Aos meus pais, por me terem dado o dom da vida, e por terem me ensinado a amar;

Às mães, recém-nascidos e seus familiares, que compartilharam comigo suas experiências, mostrando-me a riqueza e beleza da relação humana;

À minha irmã Darci, que com muito amor, tem sido um pouco mãe, nesta caminhada;

À minha filha Camila, uma dádiva de amor. Obrigada por tudo e por nada. Você foi a co-responsável pela beleza do trabalho;

Ao Aíthos, que com sua presença amorosa, tem compartilhado bons e maus momentos ao meu lado;

À minha sogra, Ivany, pelo incentivo, interesse, cumplicidade, e sobretudo pelo seu amor;

À Lígia, minha orientadora, pela competência, disponibilidade, razão e emoção bem combinadas, resultando em misturas de sabores, texturas e aromas inigualáveis. Obrigada por me proporcionar o prazer de tê-la como orientadora e amiga;

À Marisa, minha co-orientadora, amiga que sempre teve para oferecer exatamente aquilo que eu precisava. Obrigada pela efetiva e afetiva orientação. A sua presença autêntica facilitou a minha caminhada;

À Professora Dra. Mercedes pela disponibilidade, pelas valiosas contribuições e pelo seu carinho;

À Professora Dra. Zuleica, não só pela colaboração, mas principalmente por sua amizade, carinho, e por comungar as minhas idéias;

À Dra. Maria Taira, pela disponibilidade amorosa, pelo interesse e pelo companheirismo;

À doutoranda Cleusa, por ter proporcionado o prazer e a oportunidade de contar com sua contribuição e amizade;

Às amigas, Miriam, Edilza, Roseli, Neide, Rainildes e Cristina. Obrigada pelo amor, estímulo e carinho. Vocês enriquecem o meu viver;

Às novas amigas, Rosângela, Fátima, Odaléa, Carin e Carol. Obrigada pelo incentivo, carinho e pelos bons momentos que temos vivido juntas;

Aos colegas do mestrado, que compartilhando expectativas, alegrias e ansiedades, souberam cultivar uma amizade que o tempo amadureceu. A vocês, os meus sinceros agradecimentos;

A todas amigas e amigos, que direta ou indiretamente têm contribuído para que a minha vida seja mais plena e amorosa;

Aos professores do mestrado, meu carinho e gratidão, por transmitirem a sua experiência e apoiarem as minhas decisões e dificuldades;

Às minhas companheiras de sala, Ilca, Marisa, Vera e Lourdes, amizade que ultrapassa as frias paredes da sala de trabalho. Obrigada pelas palavras de estímulo, apoio, incentivo e pelo seu carinho;

Ao Departamento de Enfermagem, chefia, professores e funcionários. Obrigada pela convivência compartilhada;

Às colegas de fase, Marisa, Odaléa, Ewanguelia e Vitória, que numa relação de amizade compartilhada, contribuíram para que a minha caminhada em busca da relação dialógica fosse mais tranqüila e prazerosa;

À chefia, professores e funcionários da pós-graduação, especialmente a Helena, pela recepção calorosa, pelo apoio e paciência no atendimento pessoal;

À Ana, pela amizade e pela disponibilidade, ao corrigir as minhas falhas na formatação do trabalho;

Ao Hospital Universitário, especialmente aos funcionários e colegas do alojamento conjunto e UJT Neonatal. Obrigada pela oportunidade de desfrutar com vocês, momentos riquíssimos de troca e de encontros;

Aos alunos e ex-alunos do curso de graduação, seres, que têm contribuído sobremaneira para o meu crescimento pessoal e profissional;

E finalmente, a todos os seres do universo. Obrigada por existirem e compartilharem comigo a sua existência.

*Não há dificuldade que o amor não vença;
doença que o amor não cure;
porta que o amor não abra;
obstáculo que o amor não transponha;
muralha que o amor não derrube;
pecado que o amor não redima. [...]*

*Não importa que o problema se ache há muito enraizado;
que as perspectivas não ofereçam esperança;
que a situação esteja embaralhada;
que o erro tenha as dimensões que tiver.*

*O sentimento autêntico do amor dissolverá tudo.
Quem souber amar o suficiente será o mais feliz
e o mais poderoso ser do mundo.*

(E.M.M&T FOX - O Sermão da Montanha)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIALTEÓRICO	24
2.1.O amor como tema essencial	25
2.2.A teoria humanística de Paterson e Zderad	37
2.3.O processo vivenciado pelas mães de acordo com Kaplan e Mason	42
2.4.A complementaridade de olhares	43
2.5.O marco conceitual	46
3. METODOLOGIA	59
3.1.O local	59
3.2.Os sujeitos envolvidos	63
3.3.Elaboração do processo dialógico	65
4. A VIVÊNCIA DIALÓGICA	72
4.1.As fases do processo	73
4.2.A vivência com Conquista e sua mãe	93

4.3.O movimento dos conceitos na construção da vivência dialógica..	98
5. IMPLICAÇÕES E FUTURIDADE	111
6. BIBLIOGRAFIA	122

RESUMO

O trabalho relata a vivência da enfermeira, mães e recém-nascidos pré-termo, na Unidade de Internação Intensiva Neonatal, de um hospital escola de Florianópolis-SC. A partir de uma relação dialógica que envolveu o encontro, a presença, o relacionamento e chamados e respostas, objetivou-se prestar um cuidado de enfermagem, cujo foco central foi o amor. A metodologia utilizada foi baseada no modelo humanístico de Paterson e Zderad, valorizando tanto o conhecimento objetivo quanto o subjetivo, e compreendeu três fases: o diálogo intuitivo, o diálogo científico e a fusão intuitivo-científica. Como apoio científico nas fases 2 e 3 da referida metodologia, utilizou-se o processo classificatório de Kaplan e Mason, que descreve as crises experienciadas pelas mães quando do nascimento prematuro. O modelo utilizado permitiu conhecer e refletir com as mães, o processo vivenciado quando do nascimento prematuro, sendo que a partir de um cuidado amoroso, a relação EU-TU foi valorizada. A complementaridade de olhares, integrando o intuitivo com o científico e a sensibilidade com a lógica, poderá contribuir para um repensar a supremacia da humanidade na Enfermagem, possibilitando restaurar e fortalecer os vínculos mães/recém-nascidos pré-termo, prejudicados quando do nascimento prematuro.

ABSTRACT

In this work, the author's experience as a nurse next to mothers and their pre-term newborn at the Neonate intensive Admission Unit of a teaching hospital in Florianópolis-SC is narrated. Starting from a dialogue involving meetings, presence, relationships, calls and answers, the author has offered nursing care of which the main focus was love. The employed methodology was based on Paterson and Zderad's humanistic model, valuing both objective and subjective knowledge, and encompassing 3 stages: intuitive dialogue, scientific dialogue, and intuitive-scientific conjugation. As scientific support to the second and third stages of this methodology, the classification process of Kaplan and Mason was employed, describing crises lived by mothers at the time of a premature birth. The implemented proposal allowed to know and think out, in conjunction with the mothers, this process lived throughout premature birth where, through a loving care, great value was given to the **I-You** relation. The complementary view, integrating that which is intuitive and scientific, and sensitivity with reason, brings a contribution to the renewed thinking on neonate nursing assistance, to restore and strengthen the mother/newborn ties, the same ones which had been too soon interrupted by the premature birth.

APRESENTAÇÃO

Hoje, enfermeira..... Ontem, cliente....

Nesta breve apresentação, mostro-me como ser, cujas experiências contribuíram e continuam contribuindo para que eu possa manifestar mais intensamente minhas emoções e sentimentos. Estes, fazem eco e estão incrustados, na minha história de vida.

Minha história não iniciou em um hospital, mas sim em casa, nos braços da minha mãe, que esperou durante 04 horas para que a parteira finalmente cortasse o vínculo que nos unia... o cordão umbilical. Talvez por esta razão, a nossa relação/interação era muito intensa e prazerosa, mas por volta dos 2 anos e meio, iniciaram-se as minhas incursões pelos hospitais.

Passsei grande parte da minha infância com internações frequentes nos hospitais, idas e vindas que me deixavam insegura, e nas quais eu dependia mais dos cuidados e afagos da equipe de enfermagem do que dos braços da minha mãe. As lembranças desta época, geralmente aparecem envoltas em densas névoas, mas quando se dissipam, não são nada agradáveis...

Não querendo trair a minha memória, lembro que os pais não podiam permanecer com os seus filhos nos hospitais. As pessoas ao meu redor pareciam sempre ocupadas, e o afago, a palavra carinhosa, a demonstração de amor, eram pouco ou nada frequentes.

O ambiente parecia-me frio e hostil, e freqüentemente eu chorava sozinha, buscando um olhar, buscando um amparo. Conviver este tempo separada da minha família, e principalmente da minha mãe, foi uma experiência bastante negativa, e contribuiu para tornar-me uma criança tímida, sensível e muito triste...

Por volta dos 14 anos mais ou menos, retornava ao hospital, agora como visitante, e a cada visita incomodava-me a maneira fria e mecanicista como os cuidados eram prestados.

Nesta época as primeiras sementes sobre o tema em questão foram lançadas, e então decidi cursar Enfermagem... cujo objetivo era resgatar o amor que eu acreditava importante no cuidado. Durante o curso de graduação, percebi que apesar do processo ensino aprendizagem direcionar o aluno para uma visão holística do ser humano, no campo assistencial os estágios curriculares eram embasados em normas e rotinas, execuções de procedimentos técnicos e reconhecimento de sinais e sintomas relativos às patologias. O tema 'Amor', que no meu entendimento, deveria ser o foco central na nossa profissão, encontrava-se obscurecido.

Cada vez mais eu sentia crescer no interior do meu ser, a minha inquietação sobre a importância de um cuidado com amor, tanto ao cliente quanto à sua família.

Foi somente na experiência profissional que estas sementes começaram a germinar. Mas... isto faz parte, do texto que lhes desejo apresentar...

1 INTRODUÇÃO

Um jardim só começa com um sonho de amor, 'fazendo com', numa troca de experiências mútuas, e para semeá-lo, precisamos, num orgasmo de amor espalhar as nossas sementes..¹

O meu interesse profissional, já há alguns anos, vem sendo na área materno-infantil e mais especificamente na neonatologia. Há 15 anos aproximadamente, venho desenvolvendo a minha prática com recém-nascidos, atuando como docente na disciplina Enfermagem Obstétrica e Neonatal no Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Nesta trajetória, tive a oportunidade de permanecer algum tempo vivenciando outras experiências profissionais fora do Brasil, mais particularmente na França e Alemanha, em Unidades de Internação Intensiva Neonatal. Foi principalmente nesta vivência, numa unidade onde a tecnologia seduz o profissional e tenta sobrepujar as situações humanas, onde o recém-nascido vivencia um momento solitário, precisando lutar pela sua sobrevivência, já que a relação com a sua mãe foi interrompida, que minha preocupação e inquietação acerca da importância de um cuidado centrado no amor, ultrapassando as fronteiras do tecnicismo frio e impessoal, foi intensificada. Sentia a necessidade de explicitar este sentimento tão obscurecido na prática da enfermagem. Parecia-me prioritário que algo acontecesse, para que as pessoas se dessem conta de que o amor existe e que ele está presente na nossa profissão, no nosso modo de agir.

¹ As frases em epígrafe são da autora

Ao encaminhar-me para o curso de mestrado em Assistência de Enfermagem, senti, que poderia estar ali, a oportunidade de provocar algumas respostas às minhas inquietações.

Não estava ainda muito claro que trajetória eu poderia percorrer na busca destas respostas. Foi estudando os princípios de fenomenologia, ministrados durante o curso, que senti-me atraída pela inspiração existencial-fenomenológica. Vislumbrei nesta abordagem, um caminho mais aproximado com o que eu chamei de amor..., podendo, nesta perspectiva, vinculá-lo à ciência.

Ao cursar a disciplina Teorias de Enfermagem, encontrei a possibilidade mais concreta de fazer eco aos meus questionamentos na teoria denominada por Paterson e Zderad (P& Z) (1988), de “existencialista-humanista”, cujo modelo se propõe a criar novas possibilidades de ‘mais humanização’. Estas autoras, consideram a enfermagem, como uma forma de diálogo vivo, ou seja, uma forma de relação intersubjetiva, que compreende momentos de encontro (o reunir-se de seres humanos, onde há a expectativa de que haverá alguém para atender e alguém para ser atendido), de presença (a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto e disponível para outra pessoa de modo recíproco), de relacionamento (o ‘estar com o outro’, onde um vai em direção ao outro, oferecendo e possibilitando presença autêntica) e de chamados e respostas (a comunicação interativa, que pode se dar tanto verbal como não verbalmente).

Mas, foi principalmente a partir do estudo e atividade de prática assistencial, desenvolvida para as disciplinas articuladas, Prática Assistencial de Enfermagem, Educação e Assistência de Enfermagem e Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem, que o meu tema de interesse para esta dissertação começou a tomar forma. Na minha vivência prática, sempre que observava e conversava com as mães de bebês pré-termo, sentia que elas tinham dificuldade de lidar com este nascimento antes do prazo previsto,

como já muito explorado na bibliografia específica, porém o que mais chamava-me a atenção era uma certa atitude de distanciamento do seu filho. Deixava então em meio a toda dificuldade, a sensibilidade agir, vendo e ouvindo estas mães, cuidando com empatia, simpatia, interesse, diálogo e amor, notando que elas conseguiam elaborar melhor a situação, compreendendo que mesmo que seu bebê fosse diferente dos outros, elas podiam cuidar deles, e que quanto mais elas estavam próximas, mais rápido a criança e elas se recuperavam. Vivenciei, muitas vezes, situações que me deixavam angustiada, não compreendendo muito bem estas reações das mães, já que temos a tendência de considerar o amor materno como um instinto biológico, natural e inquestionável. Precisei então, buscar uma literatura complementar, que me ajudasse na compreensão deste fenômeno. Nesta caminhada, encontrei Kaplan e Mason (1960), psicólogos que descrevem o processo vivenciado pelas mães quando do nascimento prematuro, como um processo de crise, semelhante a outros processos de crises que vivenciam os seres humanos quando mergulhados em períodos de tensão. A partir daí, utilizando idéias e conceitos de Paterson e Zderad, reconheci nas concepções de Kaplan e Mason, possibilidades de atuar no processo de crise que as mães observadas vivenciavam, e pude vislumbrar, a partir da relação dialógica com essas mães e seus recém-nascidos pré-termo, um desenho possível de cuidado com amor. Esta experiência intencionalmente vivenciada na prática assistencial, tornou possível e consubstanciou os objetivos deste trabalho. A prática assistencial que realizei, compreende situações de enfermagem com as quais estive envolvida, e nesta dissertação procuro, na ótica conceitual do meu estudo, compreender como a resolução de conflitos, a compreensão do verdadeiro eu, a consciência espiritual e o amor, libertam energias que contribuem sobremaneira no nosso processo de viver saudável, tendo como foco a relação das mães com seus filhos pré-termo.

Na atualidade, tenho observado que mesmo com a inclusão de alguns elementos de humanização de práticas assistenciais em maternidades do nosso Estado, o cuidado de enfermagem ainda continua muito mecanizado, normatizado por procedimentos técnicos, e o processo de trabalho da enfermagem junto aos clientes vem ainda apresentando uma tendência de ‘fazer por’ antes que o ‘fazer com’, neste caso as mães e seus filhos pré-termo.

Para nós enfermeiras, ‘fazermos’ no cuidado de enfermagem com as mães e seus filhos pré-termo, precisamos envolver-nos pessoal, social, moral e espiritualmente. O ato de cuidar não é somente emoção, preocupação, atitude ou boas intenções. Ele é amplo, complexo, e requer ações concretas em dimensões humanísticas, sociais, éticas, biológicas e espirituais, em todos os locais em que se presta este cuidado, e principalmente na UTI Neonatal determinando, no processo de ajuda mútua, crescimento e desenvolvimento entre a enfermeira, as mães e os recém-nascidos.

É inegável a importância da técnica e dos avanços tecnológicos, principalmente tratando-se do cuidado em unidades neonatais, de tratamento intensivo. Neste caso, a adoção de tecnologias gera a necessidade de um pessoal especializado e familiarizado não só com as patologias, mas com o uso de equipamentos e materiais ali utilizados. Porém, o que se observa, é que a especialização tecnológica está expulsando a preocupação com as necessidades humanas, o essencial ao objetivo de cuidar. Quando o aparato tecnológico tem supremacia a experiência humana do cuidar tende a tornar-se obscurecida. Para Castro (1990), o valor da tecnologia no ambiente da UTI é reconhecido tanto pelos profissionais que ali atuam, como pelas pessoas que já o vivenciaram. Eles reconhecem a necessidade de sua utilização, bem como os benefícios na recuperação da vida, porém a autora questiona o modo como esta vem sendo utilizada. Para a autora, “a conformação atual do uso da

tecnologia tem imposto uma relação de distanciamento entre os profissionais e doentes, exigindo também o afastamento do paciente de pessoas significativas para ele, o seu confinamento em ambiente fechado, e com restrições severas de visitas, onde toda atenção tem se concentrado no corpo biológico e nos aparelhos em uso” (Castro, 1990, p.121). Na atualidade, a medicina tecnológica negligencia a relação mente-corpo, mas isso, segundo Siegel (1989), não passa de uma aberração à vista de toda a história da arte de curar. Na medicina tribal e na prática ocidental (desde o começo na obra de Hipócrates), sempre se reconheceu a necessidade de agir por meio da mente do enfermo. Até o século XIX, os autores de obras de medicina raramente ignoravam os efeitos curativos da fé, da confiança e da paz de espírito. Porém, à medida que a medicina foi se desenvolvendo tecnologicamente, essa parte da história foi se tomando cada vez menos importante e acabou por ser omitida (Siegel, 1989). Urge pararmos para refletir sobre o paradoxo aqui instalado, e voltarmos nossa atenção para o ser humano que necessita deste recurso, onde a tecnologia seja utilizada como um dos meios para o cuidado, e não o seu fim. O que se deseja alcançar é um cuidado que vá além da objetivada execução de técnicas, favorecendo o estabelecimento de uma relação autêntica entre enfermeiro-cliente, num processo dialógico, que envolva encontros, relacionamentos e presenças, com chamados e respostas, numa demonstração de carinho, respeito e amor em que seres humanos, profissionais de enfermagem e clientes, possam conviver, cuidando e sendo cuidados.

O nascimento é a passagem que ocorre, no mínimo, entre dois universos diferentes; o interior do corpo materno e o mundo aqui fora. Simbolicamente, durante toda a nossa vida, nascemos muitas vezes em cada passagem de uma situação conhecida para outra desconhecida, mas nenhuma mudança é tão

significativa quanto a provocada pelo nascimento concreto de uma criança, pela relação biológica de parturição com sua mãe (Monticelli, 1994).

O recém-nascido é um ser único, pleno de potencialidades, vivenciando durante toda a sua vida intra-uterina e no momento do nascimento, uma série de transformações importantes que serão decisivas no seu crescimento e desenvolvimento saudável. Ainda que possua sua individualidade e características próprias, enquanto feto ele depende especialmente da mãe, para que este crescimento e desenvolvimento ocorra de forma harmônica. A relação mãe/feto desenvolvida durante a vida intra-uterina tende a ser intensificada logo após o nascimento.

É no momento do nascimento, após a longa espera, que a mãe precisa ter ao seu lado o filho, acalentá-lo, demonstrar o seu amor, compartilhar com os familiares este momento de troca, suavizando a passagem do nascimento, dando-lhe as boas vindas.

Quando tudo corre bem, a mãe está disposta e a equipe de saúde colabora, o nascimento pode tornar-se um momento mágico de encontro e comunicação. Nas primeiras horas após o parto, o bebê nascido em boas condições (a termo, sem problemas de saúde), está num estado muito especial de alerta, que permite estabelecer um contato íntimo de boas vindas. O encontro através do olhar, do toque carinhoso e de palavras amorosas, traduz a melhor qualidade de acolhida ao bebê em seu novo mundo (Maldonado, 1993). Isso ficará na memória como um poderoso alicerce de bem estar e estar melhor.

Acariciar com suavidade o corpo do bebê, colocá-lo junto a si, embalá-lo, são as maneiras mais prazerosas de transmitir ao bebê a idéia de que há coisas boas nesse mundo, e que algumas até são parecidas com as do mundo intra-uterino.

Estar sensibilizado da importância deste encontro, deste primeiro contato, é fundamental para que os profissionais de enfermagem estejam dispostos a prestar um cuidado mais humanizado e de melhor qualidade ao recém-nascido e sua mãe. No entanto, a prática tem nos revelado que este encontro do recém-nascido com sua mãe pode ficar extremamente prejudicado, principalmente quando surgem problemas, como o a prematuridade, problemas orgânicos com o recém-nascido, ou o nascimento de crianças com baixo peso.

Bebês prematuros, com problemas orgânicos ou com baixo peso, habitualmente precisam ficar internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo, e esta internação poderá ser muitas vezes, prolongada. Algumas unidades neonatais, permitem o livre acesso dos pais, e estimulam a participação dos mesmos em algumas práticas, a fim de que possam contribuir para a humanização, como a visita de irmãos, incentivo para que as mães cuidem de seus bebês, convidar a mãe para dar de mamar ao seio, para tocá-lo, pegá-lo ao colo, ou simplesmente aninhá-lo em seus braços.

Práticas que favoreçam o relacionamento caloroso entre mãe e filho, precisam sempre ser cada vez mais estimuladas e oportunizadas, pois facilitam o desenvolvimento natural da relação e deixam os bebês e as mães mais calmos e tranquilos, fortalecendo os seus vínculos. Estas práticas podem ser sistematizadas ou não. Na verdade, humanizar não consiste somente na providência de sistemáticas ambientais de trabalho, consideradas convencionalmente como práticas humanizadoras, mas implica sim, em sensibilidade de pessoas para o envolvimento, e então, flexibilidade e singularidade para olhar as situações de enfermagem quando se trata de mães e recém-nascidos. Um exemplo de uma dessas práticas sistematizadas é a prescrita pelo 'projeto canguru', que é um programa para bebês de baixo peso, adotado inicialmente em Bogotá no Hospital San Juan de Dios, consistindo em manter o bebê em contato com o corpo da mãe, ao invés de colocá-lo na

incubadora. Tal prática vem sendo adotada como uma das práticas de humanização que vem dando certo em várias maternidades pelo mundo afora, e, conta com o apoio da UNICEF, incentivando as mães a cuidarem de seus bebês prematuros em suas próprias casas (Gillie, 1984). É um programa de fácil aplicabilidade, desde que incorporado pela equipe, no sentido de incentivar, supervisionar e participar junto com as mães. Pode trazer grandes benefícios ao bebê, pois o aconchego junto à pele de sua mãe, funciona como um termoregulador de sua temperatura, diminuindo o gasto de energia e conseqüentemente, proporcionando considerável aumento de peso.

As limitações, dificuldades e incertezas, expressas ou não pelas mães durante estas práticas, são consideradas, tomando-se o cuidado para não censurá-las com nossos valores, mas sim, aproveitando o momento para ouvi-las e orientá-las quando necessário, tentando diminuir a ansiedade e/ou bloqueios que possam surgir, pois o objetivo é a busca de uma relação harmônica, onde mãe/recém-nascido/enfermeira, possam juntos, estimular e serem estimulados das diferentes formas possíveis, na luta pela vida e na busca do bem estar ou estar melhor. Para exemplificar, vejamos uma das situações vivenciadas no decorrer da prática assistencial: a mãe de um dos recém-nascidos pré-termo ao entrar pela primeira vez na UTI Neonatal, apesar de já ter sido orientada pela enfermeira, permaneceu longo tempo parada na porta, olhando para a incubadora onde estava o seu filho. Para nós da equipe, parecia muito fácil para a mãe entrar, pois ela já havia sido 'orientada' para tal. Ao aproximar-me da mesma, senti que seu olhar pedia ajuda, auxílio para entrar, para encontrar com seu filho. Conversamos um pouco na porta, falamos sobre o bebê, seus progressos, rimos juntas, segurei suas mãos e convidei-a para acariciarmos o bebê, entramos. Busquei pela sensibilidade, e com amor tentei compreender sua ansiedade e diminuir os seus bloqueios. É preciso entender que, para a maioria dos pais é chocante e

estranho entrar pela primeira vez numa unidade e ver seu bebê cercado de fios e aparelhos. É difícil aceitar a volta para casa sem o filho, como todos esperam, até porque sem levá-lo junto, os sentimentos experimentados pela mãe são a angústia, dor, ansiedade e incertezas.

O nascimento de um bebê pré-termo, com problemas orgânicos ou com baixo peso, pode desencadear uma série de sentimentos contraditórios e conflitantes nos pais, principalmente nas mães. Ao mesmo tempo que a maioria delas deseja estar ao lado do seu filho, elas lutam contra um sentimento de culpa, e o medo de não saber cuidar de seu filho tal como vê a equipe de saúde ou de enfermagem, ao desenvolver suas habilidades técnicas.

No momento do nascimento, a mãe passa por um processo de renúncia, pois aquele bebê ainda não estava preparado para nascer, ainda se confunde com ela mesma, já que fez, até recentemente parte de seu corpo.

Klaus e Kennel (1992) dizem que, o estabelecimento do comportamento maternal é um processo frágil, e que o nascimento de um bebê prematuro e/ou doente, a gravidez inconclusa, a separação precoce entre mãe e filho, e um recém-nascido que responde pouco aos estímulos, conspiram contra esta resposta maternal. Se a resposta maternal é inadequada uma série de distúrbios podem aparecer no recém-nascido. Spitz (1983) denomina estes distúrbios de 'carências afetivas', que podem ir de uma simples cólica até uma grande depressão.

Geralmente, percebe-se quando a resposta maternal é adequada ou não. A postura da mãe durante as mamadas é, por exemplo, uma forma de comunicação. A maneira como a mãe toma o bebê em seus braços define também a relação que a mãe estabelece com a criança; estreitando-a para junto de si, da forma mais próxima possível, ou mantendo-a longe de seu corpo, em uma posição desconfortável, conservando distância de seu bebê.

Na amamentação, pode-se também perceber a resposta maternal. A mãe adaptada está sempre atenta e disposta a estimular o seu filho, e é sensível aos momentos em que seu bebê demonstra ser capaz de interagir. Ela se concentra visualmente no bebê a maior parte do tempo e busca sempre o contato olho a olho. Ela repete instintivamente as alterações faciais do filho, como franzir a testa, bocejar ou sorrir.

Miura (1991) refere que dois sinais significativos de resposta maternal inadequada consistem na ausência de estimulação tátil e auditiva; e que a mãe dedicada comum, procura desde o início um diálogo vocal com o bebê. Ela modifica a voz, a torna mais suave e aguda que o normal; não resiste ao apelo corporal que o bebê proporciona, e o acaricia e toca várias vezes. Na minha vivência prática, não pude ainda compreender estes comportamentos das mães como uma resposta maternal inadequada, mas sim, como uma resposta maternal de sofrimento, própria da situação de crise, onde, com a ajuda da equipe e utilizando suas reservas internas, a mãe pode elaborar melhor esta situação, tomando consciência do sofrimento, para assim transformá-lo.

A minha contribuição com este trabalho, é no sentido de vivenciar uma relação dialógica com as mães e seus recém-nascidos, onde a partir de minhas experiências e suas vivências, busco respostas a esta questão da prática: *Como cuidar de mães e recém-nascidos, estabelecendo uma relação, cujo foco central seja o amor?*

Entendo que a mãe não é o único ser humano que tem influência emocional junto à criança; o pai, os irmãos, parentes e outros, podem ter todos eles, significado afetivo para a criança. Mesmo o ambiente cultural e seus costumes tem influência na criança, já no decorrer do primeiro ano de vida (Spitz, 1983). Tudo isto é evidente, entretanto nem sempre lembramos que em nossa cultura ocidental estas influências são transmitidas à criança pela mãe

ou seu substituto. Por esta razão, o meu trabalho foi centrado basicamente na relação mãe/filho, porém, gostaria de deixar claro, que o pai e familiares presentes na UTI serão também, sempre que possível, envolvidos na relação dialógica proposta.

Spitz (1983) nos ensina que na relação mãe/filho, a mãe representa os dados ambientais, ou poderia ser dito que a mãe é a representante do ambiente.

Acredito que esta proposta, uma vez vivenciada, poderá ajudar tanto a enfermeira como as mães de recém-nascidos, no sentido de compreenderem e atuarem no processo experienciado, bem como, contribuir para possíveis novas aprendizagens sobre o tema amor, tão importante, mas tão pouco compreensível na nossa prática profissional. Os objetivos que direcionaram o presente trabalho foram:

- Vivenciar uma experiência de cuidado de enfermagem com mães e recém-nascidos pré-termo, através de uma relação dialógica que explicita o amor;
- Contribuir na construção do processo de cuidado de enfermagem, centralizado na relação dialógica com amor;
- Explicitar significados que as mães vivenciam nas experiências de cuidado ao nascer de filhos prematuros; e
- Compreender a relação entre a disponibilidade do amor e a construção do conhecimento, entrecruzando a situação de vivência (relação dialógica de Paterson e Zderad), com a situação de experiência (Kaplan e Mason).

Este trabalho, pretende argumentar em favor de uma proposta de cuidado diferenciado, pela intencionalidade do amor. Creio que esta prática, uma vez estabelecida nas relações de cuidar, passa a ter perspectivas diferenciadas, não

só para a enfermagem, como também para as mães e recém-nascidos que experenciam o nascimento prematuro. Para que isto aconteça, é necessário que esta experiência amorosa seja adotada por toda a equipe da UTI neonatal, procurando resgatar a real humanização do cuidado, bem como contribuindo para a reflexão da equipe, de modo a repensar a sua prática, buscando dentro de uma política de humanização, novos caminhos, que permitam uma diferenciada e mutuamente satisfatória, maneira de cuidar em enfermagem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

*Ser humanista não é caminhar em direção ao outro,
mas sim caminhar junto com o outro*

Neste capítulo, introduzo o leitor, nos temas que direcionaram o presente trabalho. Inicialmente, descrevo sobre o amor, mostrando a sua perspectiva na prática profissional. Resgato também, alguns tópicos sobre o referencial teórico utilizado, ou seja, a teoria humanística de Paterson e Zderad e o processo de crise vivenciado pelas mães quando do nascimento prematuro, de acordo com Kaplan e Mason (1960). Para uma melhor compreensão da metodologia adotada, apresento ainda, as minhas crenças e os conceitos, que estiveram implicados na prática vivenciada.

Para caminhar na busca de respostas para as minhas inquietações, devido a minha inconformação com a experiência tal como vinha sendo vivenciada na prática diária, precisei rever a minha prática, fazendo uma teorização, cujo referencial teórico orientou-me na reflexão e compreensão do processo vivenciado pelas mães e seus filhos quando do nascimento prematuro.

A utilização de conceitos e idéias de P&Z, aliados às concepções do processo de crise em Kaplan e Mason, ajudaram-me no sentido de descrever as experiências vivenciadas da maneira mais fiel possível, compreendendo as formas e os meios que permitiram às mães e seus filhos adquirir experiência, interpretar o mundo e atuar dentro dele.

2.1 O AMOR COMO TEMA ESSENCIAL

Durante todo nosso desenvolvimento como seres humanos, experimentamos vários sentimentos, alguns agradáveis, outros nem tanto, mas todos contribuem de alguma maneira para o nosso crescimento individual. Dentre estes, um parece-me ser o mais importante de todos, aquele que está em tudo o que nos cerca e em nós mesmos, o amor.

Se formos buscar a sua definição nos dicionários, encontraremos a palavra amor (subst.) como, sentimento de afeição profunda e terna, forte sentimento de boa vontade e compromisso (Keating, 1992).

Segundo Fromm (1995), amar é uma arte, é a preocupação ativa pela vida, e crescimento daquilo que amamos; para Buscaglia (1995), é um fenômeno que se aprende, onde cada um tem o potencial para tal, basta percebê-lo; Taniguchi (1983), diz que é a verdade da vida; e Rohden (1992), descreve o amor como resultado de uma profunda, misteriosa e fascinante experiência vital, que envolve alma, coração, mente e corpo.

No senso comum, muitas palavras compõem o amor: estima, apreço, satisfação, amizade, carinho, reconhecimento, companheirismo, respeito, tolerância, ajuda, cuidado, bondade, devoção, compaixão, afeto, vontade de ajudar, sorrisos, abraço, ternura, aceitação, confiança, paciência, proteção...

O amor implica na capacidade de estabelecer limites entre si e o outro, um contato de boa qualidade, com espontaneidade e aceitação. Ele possibilita o verdadeiro encontro, capacitando-nos a perceber e participar da existência do outro, permitindo-nos transcender nossas limitações, e é a grande força geradora do crescimento pessoal, através da relação com outros seres humanos.

No decorrer dos séculos, o amor tem sido descrito por filósofos, escritores, poetas, músicos, religiosos, psicólogos, sociólogos, artistas em geral... porém, “o amor é tema que não se encerra e nem se exaure; apesar de permanentemente retomado, permanece inconclusivo, aberto sempre à possibilidade de novas variações” (Pessanha, 1987 p.78).

A história do amor vem se desenvolvendo ao longo dos últimos cinco mil séculos. Os gregos foram os primeiros a mostrar preocupação com o amor, sendo que Platão super idealizou o amor. Platão observou que amar é essencialmente a busca do bem, uma redefinição de nós próprios em termos de bondade.

O conceito ocidental de amor foi desenvolvido no século XII, de modo historicamente inédito. Só nessa época, o homem foi capaz de harmonizar seus impulsos com os motivos idealistas de justificar intimidade amorosa, não como um meio de preservar a raça, ou glorificar a Deus, mas sim, como um fim em si, que faz a vida valer a pena.

Ainda no século XII quando apareceu o amor cortês, surgiram também cultos de amizade. Amor e amizade, têm muito em comum, os dois exigem igualdade e preocupação mútuas.

O cristianismo surgiu, pretendendo transformar o amor erótico em algo mais, no amor por seus semelhantes. A concepção cristã do amor, queria ir em direção, não só da virtude ou felicidade, mas sim da própria perfeição. É com o cristianismo que o amor se torna literalmente divino e estimulante, como podemos observar na citação bíblica (p.13) que diz “o amor tudo suporta, tudo acredita, tudo espera, tudo sustenta.... agora, pois, permanecem a Fé, a Esperança, o Amor, estes três: porém, o maior destes é o amor” .Por volta do século XIV, o amor se tornou mais idealizado, contudo, o que ganhara em

espiritualidade, perdera na negação das paixões eróticas e na importância das próprias relações humanas felizes.

Os trovadores cortesãos, cantavam as alegrias do amor como forma e motivo de auto aprimoramento, e os poetas românticos nos séculos XVIII e XIX celebravam o amor como a realização mais elevada do 'eu' (Pessanha, 1987).

Estas afirmações contêm uma verdade essencial sobre o amor, ele é fundamentalmente uma questão de auto transformação, não um efeito secundário, mas sim, sua própria natureza. O amor incorpora um desejo reflexivo para o auto aprimoramento.

Na realidade, nossas idéias sobre o amor, são uma mistura de religião, biologia e sociologia, combinados com mil histórias de filmes e livros românticos (estes inventados no século XVIII) (Pessanha, 1987).

Algumas das virtudes do amor representam os maiores êxitos da nossa civilização, no entanto, ele continua sendo ignorado, rechaçado, ridicularizado...Nossa compreensão de amor, geralmente está relacionada ao sentimento de amor desprendido, incondicional, ou seja o amor caritativo. No entanto, sentimos que existe um hiato teórico que posiciona o amor nas perspectivas social, política, profissional e outras.

Neste sentido nos perguntamos, como o amor se manifesta na prática profissional?

Atravessamos uma época em que o mundo começa a tornar-se um terreno tecnológico estéril- por quê estéril? Não porque a ciência e a tecnologia sejam más, mas porque nada podem dizer-nos a respeito de valores ou do significado da vida ou do que é realmente agir como ser humano. Diante desta perspectiva, muitas profissões estão procurando reavaliar os seus caminhos, propondo alternativas que priorizem a revalorização do ser, as relações inter-

humanas, a afetividade, a subjetividade e principalmente a vida em todas as suas formas de manifestação.

Na área da pedagogia do ensino, a educação libertadora, é vista como um processo que liberta a pessoa para que seja verdadeiramente humana. Alves (1984, p.13), ao falar sobre as relações de afeto na educação, diz que “ os educadores são como as velhas árvores. Possuem uma face, um nome, uma ‘estória’ a ser contada. Habitam um mundo em que o que vale é a relação que os liga aos alunos, sendo que cada aluno é uma ‘entidade’ *sui generis*, portador de um nome, também de uma ‘estória’, sofrendo tristezas e alimentando esperanças. E a educação é algo para acontecer neste espaço invisível e denso, que se estabelece a dois. Espaço artesanal”.

Refere ainda, que ao sucumbir ao fascínio da ideologia da ciência e suas promessas de um conhecimento objetivo e universal, o educador deixou-se intimidar e teve medo, retirando-se assim, do seu discurso, tornando-o vazio de significação humana.

Alves (1984) salienta que, no mundo que habitamos, o educador é pouco importante, pois o que interessa é um ‘crédito’ cultural que o aluno adquire numa determinada disciplina, não interessando para fins institucionais, quem a ministra. A pessoa passa a ser definida pela sua produção: a identidade é engolida pela função. A pessoa praticamente desaparece, reduzindo-se a um ponto imaginário, em que várias funções são amarradas. Torna-se então necessário, mudar este cenário. Para esta mudança, o amor é evocado em busca do educador, o ser que habita um mundo em que a interioridade faz uma diferença, em que as pessoas se definem por suas visões, paixões e esperanças (Alves, 1984). O amor e a paixão, aparecem aqui, como um antídoto para as rotinas da vida diária do professor.

Já Freire (1981), utilizando-se da relação dialógica como instrumento para a educação problematizadora, entende que o amor é o fundamento do diálogo, sendo por isto mesmo, diálogo, ou seja, um compromisso com os homens.

Para Freire (1981), o diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando portanto, na relação, EU-TU. Ele vai muito além disto, o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo em ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas. Deve ser, isto sim, um ato de criação. Ele diz ainda, que não há diálogo se não houver um profundo amor ao mundo e aos homens. O ato de amor está em comprometer-se com a causa dos homens, sendo este compromisso amoroso, ele é dialógico.

Hesburgh (1982, p.39), aponta como uma das qualidades da educação liberal, o 'aprender a situar-se', que no seu entendimento "é de importância fundamental para o ser humano, para a paz da mente e da alma, para o desenvolvimento sólido não estorvado pela excessiva bagagem de dúvidas, invejas, incertezas e frustrações". Salienta que situar-se é estar-se em paz, tranqüilo, aceitando-se o que se é, sendo capaz de ser profundamente humano.

Para este autor, a hora é de mudança, de um chamamento aos estudos humanísticos e, de reavaliação, objetivando a recuperação de valores, para um mundo de maravilhas e mistérios de que o homem necessita, em detrimento de um mundo que ele habita, dividido por enormes hiatos entre poucos ricos e muitos pobres, poucos bacharéis e muitos analfabetos, poucos esperançosos e muitos desesperançados (Hesburgh, 1982).

Outras áreas do conhecimento, como a psicologia, a teologia, a filosofia, também vêm preocupando-se com as relações afetivas, o significado e o

objetivo da vida humana, os papéis conflitantes do amor e do ódio, da guerra e da paz (mesmo no contexto familiar), da verdade e do erro, da certeza e da dúvida, da razão e da fé, da vida e da morte.

Além da filosofia, teologia ou psicologia, as questões humanas podem ser individualizadas, concretizadas e personalizadas na história e na literatura. É aí que se encontra a história real do êxito ou do fracasso do desempenho do ser humano, das alturas que alcança e das profundezas em que mergulha o esforço do homem. É a partir da nossa história que aprendemos a ser mais humanos ou a deixamos de lado para repetir suas loucuras (Hesburgh, 1982).

Em todas essas áreas, a mente humana é ampliada e dotada de maior compreensão e compaixão, e a pessoa acaba aprendendo a arte de conduzir-se como ser humano, a arte de amar.

Encontramos ainda, na psicoterapia, a psicoterapia dialógica, que é centrada no encontro do terapeuta com seu cliente, ou a família, que no reconhecimento do dialógico, considera todo viver verdadeiro como encontro, sendo o elemento essencial da existência humana, no qual nos relacionamos com os outros em sua singularidade e alteridade, e não apenas como uma gratificação em nossa experiência.

Hycner (1995), considera a psicoterapia dialógica, como a psicoterapia do inter-humano, ou seja, ela é baseada na relação pessoa a pessoa – o inter-humano. Esclarece ainda, que a abordagem dialógica exige uma mudança radical de paradigma dos modelos psicológicos do *self* isolado ou da abordagem sistêmica para a esfera do ‘inter-humano’.

A dimensão do inter-humano, manifesta-se no evento relacional - o diálogo entre pessoas. Para o autor, o dialógico surge como uma forma ampla e global de compreender a existência humana, e refere-se ao fato de que nos tornamos, e somos seres humanos, porque estamos em relação com os outros

seres humanos e temos a capacidade e o desejo de estabelecer relacionamentos significativos com os outros, respeitando ao mesmo tempo a singularidade do outro e a nossa. O relacionamento entre pessoas, para Hycner (1995), é o ponto central da nossa existência.

Não é difícil compreender-se a preocupação com a humanização em áreas como a educação, psicologia, teologia ou filosofia, visto serem profissões humanas, e que lidam com o ser humano, mas o que observamos é que mesmo nas empresas ou em uma área extremamente técnica como a engenharia, encontramos também este enfoque, o que pode ser notado nos programas de qualidade total ou qualidade de vida do trabalhador, que visam favorecer o bem estar humano.

Segundo Chanlat (1992), os vínculos do indivíduo com a organização onde ele trabalha, sua lealdade, participação e preocupação com o trabalho bem feito, serão tanto mais fortes, se a empresa se interessa efetivamente pelas pessoas.

Desta forma, as empresas vêm se preocupando com as condições de trabalho, as quais englobam tudo o que influencia o trabalhador dentro de uma organização, isto é, o posto de trabalho, o ambiente, os meios, a tarefa, a jornada, a organização temporal e a remuneração. Além destes fatores, Pegado (1995) afirma que a alimentação saudável, a saúde e o bem estar, também são fatores determinantes para o trabalhador.

O estudo entre a adaptação confortável e produtiva do ser humano com as suas condições de trabalho, é feito através de um conjunto de disciplinas chamada de ergonomia, que tem como objetivos básicos a humanização e a melhoria da produtividade do sistema de trabalho.

Diante destas perspectivas, acredito que é possível vislumbrar um caminho na busca de mais humanização, ou de mais afetividade, ou ainda de mais

amor, uma vez que somos “sementes como a própria semente. Buscamos estímulos, nutrição e proteção. Aos jardineiros cabe apenas cuidar com amor das sementes, atendendo-as nos caminhos que elas mesmas estão fazendo em busca do crescimento, em direção a algum lugar do infinito” (Gois, 1995).

E na Enfermagem, como vem se desenvolvendo estas relações de afeto? Como se caracteriza na nossa prática profissional, o amor? Valverde (1997) refere que, historicamente, a enfermagem pela sua origem no cuidar materno das crianças indefesas, a partir das ‘amas de leite’, guarda ainda a popular imagem da enfermeira como mãe amorosa, que conforta e cuida intuitivamente não só das crianças, mas também dos doentes, velhos e pessoas debilitadas e desvalidas. Refere ainda, que se o amor mostra-se, como uma característica no cuidado de enfermagem, o ponto de partida e chegada da enfermeira com o cliente, precisa ser uma manifestação amorosa. O que se observa, no entanto, é que a Enfermagem após passar por um período de crise, que de acordo com Silva (1997), deveu-se a visão reducionista e separativista do paradigma da modernidade, o qual contribuiu para a centralidade do modelo tradicional da ciência, bem como para a hierarquia do poder; vem agora, mostrando que é necessário, e não simplesmente um pleonasma, falar-se em cuidado com amor.

O cuidado constitui-se no mais poderoso símbolo da enfermagem, confundindo-se com ela, representando-a.. De acordo com Gilligan (1993), é a base para manter os seres juntos em uma conexão interpessoal. Para Bateson (apud Silva 1997), a nossa capacidade para o cuidado está relacionada às nossas experiências desde a infância, de receber amor e efetivo cuidado.

A Enfermagem como atividade humana, tem que ser enfocada sob um olhar que valoriza a totalidade das atividades humanas, onde o seu fazer e seu pensar sejam reavaliados. Precisamos reestruturá-la sob um olhar onde o

conhecimento intuitivo seja tão valorizado quanto o conhecimento racional, onde a cooperação prevaleça sobre a competição, onde as relações inter-humanas sejam privilegiadas, onde a preocupação com o ser humano seja prioridade e a finalidade seja o bem estar dos seres humanos em um mundo onde prevaleça o amor e o respeito para todos.

Nesta ótica, muitos trabalhos vêm sendo elaborados, visando um cuidado diferenciado, ou seja, mais humano, pessoal, criativo, rico em experiências de compartilhar e integrar; haja vista os trabalhos de Patrício (1990) que propõe um cuidado holístico. Esta é uma proposta de cuidado, que proporciona a possibilidade do enfermeiro cuidar da qualidade de vida, do corpo do homem com todas as suas particularidades concretas, bem como com a sua consciência. O cuidado aqui, é visto como uma troca entre pessoas, e esta proposta, de acordo com a sua autora, trabalha a questão do amor e da afetividade.

Silva (1997) propõe também um cuidado diferenciado, o cuidado transdimensional, como uma perspectiva de integração e transformação. Este cuidado, “emerge enquanto uma cosmologia que contempla a relação estética entre os princípios Feminino e Masculino, expressando-se na convergência da arte, ciência e espiritualidade” (Silva, 1997, p.56). Este modo de cuidar prioriza a revalorização do ser, as interações e a vida em todas as suas formas de manifestação, priorizando também a intuição, a imaginação e a criatividade.

Arruda e Silva (1994) propõem o “cuidando-confortando” como uma alternativa, para encontrar juntamente com o ser humano em qualquer etapa de seu ciclo vital e de sua linha de desenvolvimento, formas inovadoras de cuidar/confortar que lhes possibilitem desenvolver suas próprias

potencialidades, enfrentar os desafios no processo saúde doença e alcançar o máximo de bem estar pelo exercício do auto cuidado.

Valverde (1997), propõe a construção de um modelo de assistência de enfermagem amorosa, às adolescentes grávidas, onde as mesmas possam aprender a amar-se e sentir-se amadas e apoiadas. Refere que “é importante na assistência, que os profissionais acolham o amor como valor em seu processo de vida e, mais do que isso, aprendam a amar-se e sentir-se amados na atividade de Enfermagem” (Valverde, 1997, p.59).

Muitos outros autores vêm propondo ao longo dos anos, outras formas alternativas de cuidar, como propostas humanizadoras. Na UTI Neonatal, o que se observa é que a maioria dos trabalhos referentes à humanização são realizados ainda por psicólogos, que consideram o bebê um participante ativo de seu ambiente e a relação mãe/filho de importância fundamental para a formação da personalidade infantil. Piaget (apud Carmichael, 1975) considera que a criança, tendo por base os seus reflexos cognitivamente organizados, constrói modos cada vez mais complicados de lidar com os eventos ambientais. Para ele, um bebê normal em um ambiente apropriado desenvolve, numa seqüência regular, concepções de tempo, espaço e objeto que se aproximam cada vez mais daqueles dos adultos, daí a importância de oferecer-se um ambiente agradável e tranquilo para que o bebê desenvolva-se harmônicamente.

Winnicott (1965) considera que cuidar de um recém-nascido é uma tarefa absorvente e contínua, que pode ser executada por uma só pessoa, de preferência a sua mãe. Defende a teoria de que um bebê não pode existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação, daí os trabalhos desenvolvidos na psicologia sobre a importância das relações mãe/recém-nascido. Trabalhos sobre toque, como o Método Bobath, Método Shantalla,

Tac-Tic, e de estimulação tátil a recém nascidos prematuros vem também sendo desenvolvidos nesta área, assim como, muitos estudos sobre a importância do contato precoce mãe/recém-nascido prematuro (Klaus e Kennell, 1992). Quando se compreende a importância da relação social e afetiva entre a mãe e a criança, e o quanto é escassa a literatura na enfermagem, faz-se logo sentir a necessidade de estudos nesta área. A maioria das UTIs Neonatais preocupadas com a humanização do cuidado vem enfatizando a relação humanística entre a equipe multiprofissional/recém-nascido/mãe, proporcionando assim um ambiente acolhedor, onde a mãe encontre apoio e possa desenvolver seu próprio meio de se relacionar com o seu filho durante a sua permanência na UTI, promovendo dessa forma o fortalecimento do vínculo mãe/filho, visando diminuir seqüelas pós internação. Estar a par de uma melhor compreensão do bebê, dos estudos que vem sendo feitos nesta área, irá sem dúvida melhorar a qualidade do cuidado, melhorando assim a qualidade de vida dos bebês e seus pais, abrindo caminhos para um desenvolvimento pleno do ser humano.

Acredito que na relação enfermeiro/mãe/recém-nascido, ou seja no cuidado, o amor pode acontecer e se manifestar com características diferenciadas das outras formas de amor. Acredito também, que as atitudes amorosas do enfermeiro, facilitam o desenvolvimento do potencial de amor dos clientes, e que deva ser o foco central do nosso cuidado, que envolve tanto conhecimentos teóricos, como filosóficos e técnicos.

O amor na Enfermagem, no meu entendimento, manifesta-se através de um modo de ser caracterizado pela integração e diferenciação da personalidade que nos permite ver, aceitar e encontrar o outro (mãe/recém-nascido) como um ser único, diferenciado e semelhante na sua condição de humano. Porém, esta relação pressupõe um contrato profissional entre cliente e enfermeiro, com papéis definidos e fixos, onde estabelece-se um vínculo compartilhado,

afetivo e amoroso, que permite o encontro entre seres humanos. Esta relação envolve entrega, despojamento e a capacidade da enfermeira de colocar o próprio mundo, sua história, seus sentimentos e conhecimentos, suas emoções e experiências entre parênteses, para assim vivenciar plenamente as vivências dos clientes.

Penso que, as atitudes amorosas facilitam o processo de cura, recuperação ou reabilitação, uma vez que a saúde é muito mais do que a ausência de doenças, mas sim, um estado de bem estar ou melhor estar, ou seja, um estado de integração do indivíduo (Paterson e Zderad, 1979).

Diante do exposto, vislumbrei a relação dialógica como mais uma alternativa para um cuidado mais humanizado, ou um cuidado com amor, como prefiro denominar, pois Buber (1974), um dos autores de referência na construção do referencial de Paterson e Zderad, ao descrever a genuína relação dialógica, referia-se essencialmente ao fenômeno do amor, como o que ocorre entre o EU e o TU: “O dialógico...é...a disposição, após todos os esforços individuais, de submeter-se ao entre- de reconhecer que um encontro genuíno só pode ocorrer pela graça”. “O TU encontra-me pela graça- não é encontrado pela busca”. “Algo acontece entre nós. Há um momento de encontro. Cada um de nós é tocado por algo além do nosso self, por essa outra pessoa. É simultaneamente um momento de união como de separação. Posteriormente, nenhum de nós é, exatamente o mesmo que éramos há um instante” (Buber, 1974).

Quando Buber (1974) menciona que na relação dialógica somos tocados por algo além de nós, entendo esse ‘algo’ a que ele se refere, como o amor entre dois seres diferenciados (EU-TU). Acredito que só colocando-nos como um EU na relação é que haverá a possibilidade do encontro. Colocar-se como

um EU, é colocar-se na posição de ver e ouvir os pais e seus recém-nascidos, facilitando sua expressão de vida.

Se o enfermeiro adotar interiormente em relação às mães e seus recém-nascidos pré-termo uma atitude de respeito, aceitação dos mesmos tal como eles são, de amor, e de confiança nas suas potencialidades para resolver os seus problemas, com atitudes impregnadas de suficiente calor humano para se transformarem numa simpatia ou afeição pela pessoa, se atingir um nível de comunicação onde a mãe e seu recém-nascido comecem a perceber que a enfermeira compreende os sentimentos que estão experienciando e que os aceita a um profundo nível de compreensão, nesse momento podemos estar certos de que se estabeleceu a partir de um cuidado amoroso, a relação dialógica.

Para esta dissertação, o amor é um compartilhar entre seres humanos, que lhes permite ver, aceitar e encontrar o outro como único, singular e semelhante na condição de humano.

2.2 A TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD

Paterson e Zderad, após vários anos de prática clínica e de ensino, tornaram-se altamente insatisfeitas com a habilidade da ciência positivista de dirigir-se aos fenômenos que elas consideravam relevantes à enfermagem em seu atual estágio de desenvolvimento. Motivadas por suas questões individuais em situações de enfermagem e suas crenças sobre a natureza da pessoa, e fortemente influenciadas pelo trabalho literário de Husserl, Marcel e Buber, suas visões de mundo têm se desenvolvido desde 1960.

Assim, as questões centrais de Paterson e Zderad eram como as enfermeiras e pacientes interagem, e como poderiam as enfermeiras desenvolver a base do conhecimento para a ação de enfermagem.

A enfermagem humanística desenvolveu-se a partir destes questionamentos, e é descrita por Paterson e Zderad (1988, p.18), como um “tipo de prática de enfermagem e de sua fundamentação teórica”. O termo Enfermagem Humanística foi escolhido para compreender os fundamentos e significados humanos da enfermagem, e para direcionar o desenvolvimento da enfermagem através da exploração de sua relação com o seu contexto humano.

A orientação humanística busca ter uma visão mais ampla do potencial dos seres humanos e, em lugar de tentar suplantando outras visões, volta-se para suplementá-las. Não existe uma maneira simples de definir a essência da enfermagem humanística, porque ela se preocupa com as experiências fenomenológicas dos indivíduos, com a exploração das experiências humanas.

Segundo Praeger e Hogarth (apud George, 1993), Paterson e Zderad foram influenciadas pelos trabalhos dos existencialistas, psicólogos humanistas e fenomenólogos, sendo que esta influência é percebida na ênfase que elas dão ao significado da vida, à natureza do diálogo e à importância do campo perceptivo.

O existencialismo é uma abordagem filosófica para a compreensão da vida. Os indivíduos enfrentam possibilidades de escolha; e essas escolhas determinam a direção e o significado da vida de cada um.

O existencialismo, assim como a psicologia humanista, surgiram como uma reação às psicologias dominantes do positivismo e do determinismo.

De acordo com Corey (apud George, 1993) há inúmeras proposições que podem ser inferidas do pensamento existencial e que possuem relevância para

as profissões que propiciam auxílio. Corey diz que o existencialismo identifica os indivíduos como : a) tendo a capacidade de autopercepção; b) tendo liberdade e responsabilidade; c) lutando para encontrar sua própria identidade, ao mesmo tempo que em relação com outros; d) estando envolvidos numa busca de sentido para a vida; e) tendo que vivenciar ansiedade ou medo ao assumir a responsabilidade por suas próprias vidas; e, finalmente, f) estando conscientes da realidade da morte, para que vivenciem o significado da vida. Consequentemente, vivemos num mundo de inúmeras possibilidades e a responsabilidade de fazer o máximo desta existência encontra-se dentro de cada um de nós. Como uma filosofia, o existencialismo é particularmente aplicável à enfermagem no âmbito da estrutura de saúde holística, devido à ênfase na autodeterminação, livre escolha e auto responsabilidade.

A fenomenologia, entendida como o estudo do significado do fenômeno para um indivíduo em particular, é comumente considerada como tendo influência significativa sobre o desenvolvimento do existencialismo, porque requer uma análise da situação humana, a partir da perspectiva da experiência própria do indivíduo. Quando combinada com o humanismo, numa abordagem existencial-fenomenológica-humanista, refere-se a uma reverência à vida, que valoriza a necessidade de interação humana, para que se determine o significado que vem da maneira peculiar que o indivíduo tem de vivenciar o seu mundo. Em outras palavras, quando estamos, em última análise, sós, na escolha dos caminhos que a nossa existência irá tomar, podemos encontrar significado no partilhar de nossas experiências com outros que também estão enfrentando as escolhas incertas do cotidiano (Paterson e Zderad, 1979).

A enfermagem humanística considerada como um diálogo vivo, oferece um marco de referência que envolve o encontro, a presença, o relacionamento e um chamado e uma resposta.

A enfermagem humanística é um tipo particular de situação humana, na qual a relação interhumana está dirigida intencionalmente a nutrir o bem estar e o estar melhor de uma pessoa com necessidades evidentes na relação com a dimensão saúde - doença, característica da vida humana.

Com base nesta visão, os elementos do sistema seriam o ser humano (cliente/enfermeira) reunidos numa transação intersubjetiva (a relação, o diálogo) com um fim determinado (a saúde) que se dá no tempo e no espaço (ambiente), num universo de homens e coisas (Paterson e Zderad, 1979).

A enfermagem é estudada fenomenologicamente ao se estudar “a coisa em si”. “A coisa em si” da enfermagem é o “ato de enfermagem”, a relação transacional e intersubjetiva, a experiência do diálogo vivido entre pessoas onde o conforto e o cuidado estimulam a revelação mútua. O termo transacional é utilizado com o sentido de conhecimento e compreensão do indivíduo sobre a sua parte em uma interação bidirecional. Intersubjetivo refere-se ao que é compartilhado entre dois ou mais seres humanos (Laffrey e Brouse apud Fitzpatrick e Whall, 1983).

Para Praeger e Hogarth (apud George, 1993) as teoristas consideram que a enfermagem é uma mistura única de teoria e metodologia. A teoria não pode existir sem a prática da enfermagem que se deriva das situações de vida humana, uma vez que depende da experiência da enfermagem e da reflexão sobre essa experiência. É essa prática da enfermagem e sua metodologia que as teoristas descrevem como ciência e arte, que exercem papéis decisivos na teoria humanística.

Paterson e Zderad (1979) explicam que, por ter a arte de enfermagem um objetivo dirigido e intersubjetivo, é mais complexa que as artes da pintura e poesia. Como arte clínica implica em *estar com e fazer com*, assim o paciente deve participar como sujeito ativo para fazer real a sua possibilidade.

As autoras referem que a enfermagem, sua prática e teoria, não seria completa sem uma metodologia. Essa metodologia é subjetiva-objetiva e analítica-intuitiva, pois do conhecimento subjetivo ou da experiência pessoal do fenômeno se requer uma análise rigorosa. Este estar no fenômeno (conhecimento subjetivo, intuitivo e vivencial), e observá-lo (análise objetiva) ao mesmo tempo, causa uma síntese criativa, uma conceituação da qual emana a descrição do fenômeno. Especificando mais, o método acarreta uma compreensão intuitiva, um exame analítico, uma síntese e uma descrição, mas estas etapas não ocorrem como se fossem passos distintos. No fluxo da experiência, algumas parecem as vezes, ocorrer simultaneamente ou em oscilação. Estas etapas são descritas por Paterson e Zderad (1979) como : *fase 1* - preparação da capacidade da enfermeira para o vir a conhecer (no entendimento de Paterson e Zderad (1979) é preciso que a enfermeira tenha a capacidade de subjetivamente vivenciar o outro. Para tanto, é necessário possuir uma sensibilidade da condição humana, que é obtida através da literatura, artes, teatro, dentre outras formas, incluindo terapias de crescimento pessoal); *fase 2* - a enfermeira conhece o outro de modo intuitivo (esta fase caracteriza-se pelo fundir-se do 'self' com o espírito rítmico do outro, ver o mundo através dos olhos do outro. O conhecimento intuitivo supõe a relação EU-TU, descrita por Buber) ; *fase 3* – a enfermeira conhece o outro de modo científico (este é o momento de refletir, analisar, classificar, comparar, contrastar, relacionar, interpretar, dar nome e categorizar, buscando relações entre as partes); *fase 4* – a enfermeira de modo complementar sintetiza outros conhecimentos (esta fase é obtida pela comparação e contraste de situações de enfermagem semelhantes para se chegar a uma visão ampliada. Utiliza-se aqui, não apenas a experiência pessoal, mas também os fundamentos teóricos da educação e da prática) e a *fase 5* – a sucessão no íntimo da enfermeira, das multiplicidades à unidade paradoxal (que

compreende uma conclusão mais ampla, refletindo a experiência do cliente e a compreensão da enfermeira, tendo esta conclusão um significado para ambos).

Nesta metodologia, as etapas classificatórias de Kaplan e Mason, podem servir de apoio científico ao propósito da fase 3.

Como no meu estudo, reorganizei a metodologia proposta por P&Z, utilizando-me de três fases, fase 1- diálogo intuitivo, fase 2- diálogo científico e fase 3- fusão intuitivo-científica, as etapas classificatórias de Kaplan e Mason serviram de apoio científico ao propósito das fases 2 e 3, pois como enfermeira, desejava eu, conhecer as manifestações das mães e seus recém-nascidos pré-termo.

2.3 O PROCESSO VIVENCIADO PELAS MÃES DE ACORDO COM KAPLAN E MASON

Kaplan e Mason (1960), enfocaram as reações das mães ao nascimento de um bebê prematuro, ou do nascimento de filhos com problemas de saúde, sob o ponto de vista de uma reação aguda ao trauma, em vez da perspectiva de um processo patológico em andamento. Sua abordagem está sintonizada com os conceitos de teoria da crise de Caplan (apud Kaplan e Mason, 1960), que define crise como períodos de tempo limitados, de desequilíbrio ou de perturbações comportamentais e subjetivas, que são precipitados por uma exigência inevitável ou por uma carga à qual a pessoa está, temporariamente, incapaz de reagir adequadamente. Durante o período de tensão, a pessoa luta com o problema e desenvolve novos recursos, buscando tanto suas reservas internas quanto o auxílio dos outros. A partir daí, utiliza os recursos para lidar com o fator precipitante, adquirindo, uma vez mais, um estado de equilíbrio.

Kaplan e Mason (1960) reconheceram o nascimento de um bebê pré termo, como um evento estressante, e, esquematizaram este processo vivido pelas mães, em quatro momentos, que precisam ser dominados pelas mães de bebês prematuros, para que a relação mãe-filho se estabeleça e seja uma relação saudável. Num primeiro momento, a mãe se prepara para uma possível perda do filho. Este preparo antecipado faz com que haja uma retirada da relação estabelecida com a criança que vai chegar, a mãe se prepara para a sua morte. Num segundo momento, enfrenta a sensação de fracasso ao reconhecer que como mãe, não conseguiu gerar uma criança a termo e/ou saudável. Num terceiro momento, se o recém-nascido melhora, o problema está em retomar o relacionamento que ficou interrompido, pois esta havia se preparado para a perda. No quarto momento, a mãe começa a compreender que o seu bebê difere de um recém-nascido normal em termos de desenvolvimento e necessidades, apresentando vontade de adquirir conhecimentos especiais para atendê-lo.

2.4 A COMPLEMENTARIDADE DE OLHARES

Acredito que a parceria entre a experiência objetiva e a vivência (Kaplan e Mason e Paterson e Zderad), a legitimação das falas das mães e o respeito pelas várias Acredito que a parceria entre a experiência objetiva e a vivência (Kaplan e Mason e Paterson e Zderad), a legitimação das falas das mães e o respeito pelas várias linguagens possíveis, se constituem num espaço de imaginação e curiosidade que iluminaram o caminho, direcionando-me para a minha própria complementaridade de olhares.

O enfoque da enfermagem humanística segundo Paterson e Zderad(1979), respeitam as experiências da enfermeira, sendo que as mesmas podem

contribuir tanto para o desenvolvimento da enfermagem como profissão, como também para aumentar o conhecimento acerca do ser humano.

Para Paterson e Zderad (1979), as experiências acumuladas da enfermeira servem, não para oferecer um modo fixo do que fazer e como fazer, mas sim para estimular a sua disposição para explorar e compreender melhor suas vivências. Estas autoras são ecléticas, pois as mesmas, reforçam a importância tanto do conhecimento intuitivo quanto do conhecimento científico para a compreensão do fenômeno vivenciado, como podemos ver nas fases do seu processo de enfermagem. Elas vêem o conhecimento como um movimento da intuição à análise, onde a enfermeira que conhece, permite o diálogo entre as múltiplas realidades conhecidas, interpretando, selecionando e classificando. Neste movimento de conhecimento, um não nega o outro, cada um pode ser verdadeiro e estar presente simultaneamente, permitindo a representação mútua, onde uma realidade ilumina a outra. Para poder descrever os fenômenos plenamente, a enfermeira deve estar aberta à sua perspectiva, à perspectiva do cliente e a intermediação de ambos (Paterson e Zderad, 1979).

Pereira e Bellato (1995) nos mostram que, a valorização do equilíbrio intuitivo/científico, da subjetividade, da complementaridade, deve ser enfatizado, privilegiando o olhar compartilhado, a interrelação entre os saberes, a satisfação de necessidades mútuas de conhecimento e a valorização das diferentes formas de ver o mundo.

Neste sentido, acredito que o fato de tomar de empréstimo Kaplan e Mason como base classificatória das fases 2 e 3 da metodologia proposta nesta vivência, é muito apropriado, visto que não incompatibiliza com a abordagem de enfermagem escolhida para esta dissertação. A ousadia de usar esta classificação como um guia, me deixou confortável na vivência, visto que ao invés de fazer uma classificação das observações, vali-me do já conceituado

por Kaplan e Mason, garantindo nas fases 2 e 3, o uso de uma visão científica como requer a metodologia de Paterson e Zderad. Conceitualmente, aproveitei o estudo para iluminar as minhas observações. Este aproveitamento, serviu para ganhar tempo, pois pude perceber nas mães a situação espelhada, com o rigor objetivo e classificatório, posterior à observação, como também, e necessariamente, o rigor qualitativo das vivências, enquanto compartilhava da situação com as mães e seus recém-nascidos pré-termo.

A aparente contradição advém de que os autores que utilizam-se da abordagem fenomenológica não adotam princípios explicativos, teorias ou qualquer definição do fenômeno “a priori”. Eles iniciam interrogando o fenômeno. Isto não exclui que não se tenha um pensar. Ao recusar os conceitos prévios, as teorias e as explicações, ela não parte de um marco zero ou de um vazio; eles tem um momento pré reflexivo. O que se precisa evitar é que a teoria influencie o seu interrogar, pois, se isso ocorrer, já terá obtido respostas. O interrogar envolve necessariamente um pensar sobre aquilo que está sendo interrogado. O pré reflexivo é o pensar. Quanto mais se conhecer a temática, maior é o pré reflexivo, e isso possibilita colocar o fenômeno diante dos olhos, em suspensão, e olhar para ele de forma atenta. Esse olhar atento que se põe diante do ser que interroga é denominado como o momento de ‘epochê’ (suspensão ou parada). Porém, este não é um momento estático, é neste momento que na abordagem fenomenológica nos aproximamos e nos afastamos do fenômeno, possibilitando a formulação clara de sua interrogação. É o grau de imersão nos dados, valores, crenças e perspectivas que irão orientar o foco de vivência para aspectos mais concretos ou concepções mais abstratas. Cada ser que vivencia a abordagem fenomenológica, tem perspectivas, propósitos, experiências anteriores, valores e maneiras de ver a realidade e o mundo, de forma que, ao interagir com o

objeto de vivência orienta seu foco de atenção para problemas específicos, determinadas mensagens ou aspectos particulares (Boemer, 1994).

Concordo com Boemer (1994) quando diz que é o caminho que faz sentido para o pesquisador, e que lhe dá a satisfação de contribuir de alguma maneira para o avanço do conhecimento. Cada método dá conta de uma parte desse todo e nenhuma metodologia por si só, traz respostas finais à toda complexidade do ser humano.

Arruda e Silva (1994) reforçam esta idéia, quando dizem que a diversidade de referenciais é necessária para visualizar fenômenos em enfermagem, na sua unidade e unicidade. Para as autoras, o enfoque em um único referencial, seja ele qual for, não tem fundamento, porque limita o pensamento, restringe a visão de mundo e, conseqüentemente, a visão dos fenômenos em enfermagem.

Para Capra (1982), nenhuma teoria ou modelo será mais fundamental que o outro, pois há necessidade de uma visão multidisciplinar, onde a interdependência essencial de todos os fenômenos, transcenda a qualquer abordagem reducionista e particularizada.

Assim, partilho da opinião de Carper (1978) quando diz que a enfermagem como ciência e arte, se traduz num saber e num fazer que tem como suporte um corpo de conhecimento que contempla as dimensões empírica (científica), estética (arte), ética e o componente do conhecimento pessoal, emergindo a necessidade de complementar o analítico com o sintético, o expressivo com o instrumental e a explicação com a descrição e a compreensão da vida.

2.5 O MARCO CONCEITUAL

A busca de um marco conceitual para a prestação do cuidado amoroso na prática desenvolvida, tornou-se uma exigência essencial, visto ser ele, o norteador de toda trajetória da enfermeira com as mães e recém-nascidos pré-termo.

Como marco conceitual, entendo o conjunto de conceitos interrelacionados e pressupostos 'chaves', referentes ao processo a ser desenvolvido na prática, direcionando e ajudando no inter-relacionamento da enfermeira com o cliente. Ele é referência nas observações, relacionamento e planejamento das situações vivenciadas com o cliente.

Diante do exposto, torna-se necessário relacionar algumas das minhas crenças ou pressupostos, que surgiram do meu modo de pensar, sentir e agir diante das experiências de enfermagem. São elas:

- Um ambiente de amor, respeito e confiança favorece o relacionamento enfermeira/mãe/recém-nascido pré-termo;
- compartilhar vivências e experiências entre enfermeira/mãe/recém-nascido pré-termo é uma maneira de vivenciar saúde;
- o recém-nascido pré-termo é um ser único e necessita de um cuidado amoroso, numa relação íntima com sua mãe e enfermeira;
- a enfermeira desempenha um papel preponderante no favorecimento da relação de amor, mãe/recém-nascido pré-termo;
- a relação dialógica entre enfermeira/mãe/recém-nascido pré-termo estabelece o processo assistencial educativo;
- a relação amorosa, através do diálogo, oportuniza a construção do conhecimento;
- as mães necessitam sentir-se confiantes e apoiadas no amor, quando do encontro com os seus recém-nascidos pré-termo; e

- reconhecer subjetivamente e objetivamente o processo de crise experienciado pelas mães de recém-nascidos pré-termo, facilita na exploração e compreensão das vivências das mães e seus filhos pré-termo.

Ao referenciar as minhas crenças, emergem alguns conceitos que relacionados com a teoria existencial humanística proposta, buscam numa relação dialógica, criar novas possibilidades de 'mais' humanização. São eles: *ser humano, cuidado amoroso, relação dialógica, enfermagem, ambiente, saúde e humanização.*

Ser humano - O *ser humano*, para Paterson e Zderad (1979), é um ser individual necessariamente relacionado com outros seres, no tempo e no espaço. Caracteriza-se como capaz, aberto à opções e à auto percepção como valor e como manifestação única de seu passado, presente e futuro. É através da relação com os outros que o ser humano vem a ser; isto em contrapartida, permite que a individualidade única de cada ser se realize. Este ser humano, precisa amar e ser amado, podendo, de acordo com Kaplan e Mason (1960), passar por situações de desequilíbrio quando têm que enfrentar ou se adaptar às novas situações.

No presente trabalho, o ser humano compreendeu a enfermeira, a mãe puérpera e seu recém-nascido pré-termo, que são seres individuais, com características próprias, desenvolvendo entre si uma estreita relação em que estão sendo influenciados constantemente e reciprocamente. A mãe e o recém-nascido, estão aqui denominados como um binômio, onde a relação se manifesta de maneira singular, na busca do estar melhor, estabelecendo entre eles e com a enfermeira um diálogo vivo, dando e buscando chamados e respostas quando necessitados de cuidado e conforto.

O recém-nascido pré-termo é aquele ser singular que nasceu antes do tempo esperado e tem uma grande necessidade de continuar a relação com a sua mãe, modificada quando do nascimento prematuro. É um ser que precisa, como todos os outros seres, de um ambiente de amor, respeito, comunicação e tranqüilidade para desenvolver o seu potencial futuro de fazer escolhas, com o objetivo de ‘ser mais’ e ‘tornar-se mais’.

A mãe é o ser que gerou outro ser e que terá agora, novas responsabilidades, novas percepções e novas escolhas. Desenvolve um processo de diálogo importante com o seu filho, modificado quando do nascimento prematuro, precisando passar por uma série de mudanças físicas, biológicas, fisiológicas e psicológicas, tentando vivenciar as novas alternativas e oportunidades, para ‘tornar-se mais’. É um ser sensível, que está passando por muitas adaptações, e lidando com ansiedades e emoções para superar o processo de crise desencadeado quando do nascimento prematuro de seu filho, de acordo com Kaplan e Mason (1960), tentando satisfazer as suas necessidades e as de seu bebê.

A enfermeira é o ser comprometido intencionalmente com a promoção e restabelecimento da relação mãe/recém nascido, modificada quando do nascimento prematuro, e para isto precisa estar envolvida na relação, buscando através do cuidado com amor, uma assistência ‘mais’ humanizada, que irá proporcionar o estar melhor de seus clientes.

Cuidado amoroso – O cuidado amoroso pode ser entendido como o compartilhar entre seres íntegros e diferenciados, a enfermeira e o cliente. Este ‘compartilhar’ implica em certas atitudes básicas em relação ao outro, como : sensibilidade, confiança, comunicação, compreensão, valorização das potencialidades, relação pessoa a pessoa, olhos nos olhos, empatia, comprometimento, intuição, cooperação, espontaneidade, estabelecimento de

limites, autenticidade, vínculo compartilhado, ver e ouvir o outro, visão do outro como único, percepção da existência do outro, aceitação do outro, respeito, respeito ao silêncio, calor humano, observação, receptividade, competência, toque, sorrisos e envolvimento, que se manifestam nos momentos de encontro, presença e relacionamento, envolvendo chamados e respostas que são vivenciados pela relação dialógica. É a partir da relação dialógica que se estabelece o cuidado amoroso, pois o cliente e a enfermeira são seres desconhecidos um para o outro, e o vínculo afetivo ainda não foi criado. Para que exista a possibilidade do cuidado amoroso, é essencial que o enfermeiro e o cliente se coloquem como um EU na relação. Colocar-se como um EU é vivenciar o encontro, presença, relacionamento e chamados e respostas, e portanto, ser capaz de ver e ouvir o cliente. É mostrando-se disponível no encontro, que a enfermeira prioriza o cliente na relação, sendo capaz de 'ouvir' seus sentimentos e perceber os conflitos e necessidades, reconhecendo as suas limitações e impossibilidades.

A partir do cuidado amoroso, vivenciado pela relação dialógica, o cliente pode ser aceito, respeitado, valorizado e amado, dentro de um ambiente humanizado, para assim progressivamente, ir recuperando o seu bem estar ou melhor estar.

No cuidado ao recém-nascido e sua mãe as ações que revelam amor são os gestos, os comportamentos, os olhares, as atitudes, as palavras e as expressões corporais e faciais, vivenciadas no encontro, relacionamento, presença e chamados e respostas, tanto subjetiva quanto objetivamente. O amor neste contexto, caracteriza-se pelo respeito ao recém-nascido e sua mãe, a valorização de suas potencialidades, no sentido de buscar as reservas internas da mãe, para que assim, ela possa lidar mais facilmente com a situação de crise desencadeada quando do nascimento prematuro, e, principalmente pelo despertar da sensibilidade. A mãe é a fonte geradora dos sentimentos no

recém-nascido, por esta razão ela precisa ser cuidada com muito amor, para que assim, possa transmitir ao seu bebê, sentimentos positivos. O recém-nascido está aberto a ser amado, responde aos estímulos, ao toque. Ainda no útero, ele pode ver, entender, tocar, degustar, aprender, e o que é mais importante, ele é capaz de sentimentos. A partir do sexto mês ele já tem uma vida afetiva ativa (Verny, 1993). Por isto, esta criança, consciente, atenta e amorosa, precisa que a tratemos com sensibilidade, calor afetivo, ternura e humanidade. Quando nasce e é colocada num ambiente caloroso, seguro e humano, a criança sente a diferença, a gentileza, a doçura, o contato amoroso, e reage de forma positiva. Ao nascer o amor não é só uma necessidade emocional para o bebê, mas sim uma necessidade biológica. Certamente o cuidado amoroso facilita o processo de cura, recuperação ou reabilitação, uma vez que neste contexto, a saúde é entendida como um estado de bem estar ou estar melhor. Acredito que o cuidado amoroso, pode favorecer a ampliação da consciência, a valorização da individualidade própria e dos demais, o fluxo de crescimento e a responsabilidade.

Relação dialógica – Paterson e Zderad (1979) referem-se ao diálogo como uma forma particular de relação intersubjetiva. Envolvidos no diálogo estão o encontro, o relacionamento, a presença e uma chamada e uma resposta. O encontro é o reunir-se dos seres humanos, e caracteriza-se pela expectativa de que haverá uma enfermeira e alguém a ser atendido. Os fatores que influenciam este encontro são sentimentos surgidos pela antecipação do encontro, a singularidade da enfermeira e do cliente e a decisão de revelar-se um para o outro ou de conter-se com o outro. O relacionar-se refere-se ao processo de enfermagem, significa “estar com o outro”. Buber (apud Paterson e Zderad, 1979) observa que o homem vem a ser mais, devido á sua capacidade humana de relacionar-se de todas as formas com os outros seres, desde a materialista até a espiritual, e que esta relação se dá nas formas “EU-

TU”, “*EU-ISSO*” e “*EU-NÓS*”. Para Buber a relação “*EU-TU*” é uma união de seres onde é reconhecida a singularidade de cada ser. Esta relação é um ir em direção ao outro, oferecendo-lhe a presença autêntica, possibilitando sua presença autêntica com seu próprio *EU*, onde cada um dos participantes vem a “ser mais”. Este evento de união de um ser com outro ser, é denominado por Buber como a “mediação”. A enfermagem humanística preocupa-se com a “mediação” entre as enfermeiras e seus semelhantes. Seus semelhantes, o microcosmo de suas comunidades, seriam os pacientes, os familiares dos pacientes, colegas profissionais e outros membros da equipe de saúde.

A capacidade que o homem tem de conhecer e estabelecer relações, ou o “*EU-ISSO*” de Buber é entendido como o homem refletindo sobre suas relações “*EU-TU*” anteriores. Ao refletir sobre estas relações, ele as considera como objetos a serem conhecidos, como “*ISSO*”. A relação “*EU-ISSO*”, é que permite ao homem interpretar, categorizar e acrescentar o conhecimento científico. Por último, o homem se relaciona com os outros que é o “*EU-NÓS*”. É esta relação que possibilita o fenômeno da comunidade e da contribuição singular do ser humano. Portanto, o homem adquire identidade através de sua relação com a família, com os outros e com a comunidade. É por esta razão, que o desenvolvimento de cada ser humano individual, tem influenciado muitos tipos de seres contraditórios e singulares. Nesta perspectiva, Buber fala do pensamento humano como um diálogo de “*TUS*” internalizados. A presença é a qualidade de estar aberto, receptivo pronto e disponível para outra pessoa, de um modo recíproco. A chamada e resposta é entendida aqui, como a comunicação, e são transacionais, seqüenciais e simultâneas. Enfermeira e cliente chamam e respondem um ao outro, e isso se dá tanto verbal quanto não verbalmente. Esse chamado e essa resposta possuem o potencial de serem “repentinos”. Para as autoras “repentino” significa a enfermeira vivenciando na relação os aspectos

subjetivos e objetivos, de maneira simultânea. Neste sentido, a solicitação do cliente pode ser um chamamento por ajuda, e ao mesmo tempo uma resposta à disponibilidade da enfermeira. Por outro lado, o modo como a enfermeira responde ao chamamento de um cliente, é por si mesmo, um chamamento por um tipo particular de resposta, um chamamento pela participação no diálogo. É através dos atos de enfermagem que é vivido o diálogo de enfermagem.

Nesta situação particular, o diálogo é um partilhar de experiências, onde a enfermeira/mãe/recém-nascido pré-termo relacionam-se de modo criativo, com sinceridade e disponibilidade, levando-se em conta a vulnerabilidade do ser humano. No diálogo estão envolvidos o encontro, relacionamento, presença e um chamado e uma resposta. A enfermeira/mãe/recém-nascido só poderão manter uma relação dialógica se estiverem envolvidos e receptivos ao encontro, mostrando presença tanto objetiva quanto subjetivamente, onde enfermeira/clientes ao mesmo tempo que chamam, estão respondendo simultaneamente ao cuidado prestado. A enfermeira, procura através da relação dialógica, valorizar e recuperar a confiança das mães, com a finalidade de torná-las partícipes da relação. Uma vez conscientes do sofrimento vivenciado, as mães podem compreendê-lo como um sofrimento existencial e construtivo, superando mais rapidamente o sofrimento, de acordo com (Kaplan e Mason 1960). É prestando um cuidado com amor, que a enfermeira poderá restaurar de modo intuitivo e científico a relação/interação mãe/recém-nascido pré-termo, modificada quando do nascimento prematuro, visando o estar melhor de seus clientes.

Enfermagem – Segundo Paterson e Zderad (1979), a *enfermagem* em si mesma é uma forma particular de diálogo humano. Isto quer dizer que o fenômeno da enfermagem, o evento vivido e experimentado pelos participantes do processo no mundo da vida diária é como um diálogo.

A enfermagem é a promoção do diálogo vivo, que se dá no encontro, na presença, no relacionamento e no chamado e resposta, onde enfermeira/mãe/recém-nascido pré-termo, almejam numa relação dialógica o estar melhor. A enfermagem acha-se preocupada com o estar peculiar do ser humano e sua luta na busca do 'vir a ser'. Enfermeira/mãe/recém-nascido precisam trabalhar conjuntamente para 'vir a ser'. Isto implica na visão do ser humano como um todo, onde enfermeira/cliente juntos, num cuidado com amor, superam as dificuldades e/ou limitações que porventura apareçam na relação. A enfermagem, junto com os outros membros da equipe neonatal, auxilia a mãe a buscar suas reservas internas, que serão utilizadas para lidar com a situação de crise vivenciada (Kaplan e Mason, 1960).

O partilhar de experiências mãe/recém-nascido pré-termo/enfermeira deve ser sincero e com disponibilidade e se dá no encontro, presença, no relacionamento e nos chamados e respostas, manifestados por ações amorosas, caracterizadas por gestos, olhares, palavras e expressões corporais e faciais, vivenciadas subjetiva e objetivamente na relação.

Ambiente ou Ambiência - O ser humano, para Paterson e Zderad (1988), vive em dois mundos diferentes, o mundo interior, também descrito como realidade "influenciada ou oculta", e o mundo objetivo de pessoas e coisas, o ambiente externo. Sinceridade e aceitação do mundo interior do outro é essencial para uma verdadeira interação entre as pessoas. A transação enfermeira - paciente ocorre dentro de um meio intra e interdisciplinar no complexo sistema de cuidado de saúde. As transações são sujeitas a influências de um pessoal que está constantemente mudando papéis e funções. O tempo medido (***ambiente físico***) e o espaço podem afetar o diálogo humano. Quando o diálogo entre as pessoas é verdadeiramente intersubjetivo, ele é caracterizado por uma sincronia. Enfermeira e paciente vivenciam em harmonia com o ritmo do diálogo ou fluxo do tempo e dirigem seus

chamamentos e respostas de um ao outro (Paterson e Zderad, 1988). O ambiente neste contexto, é compreendido como o mundo ou espaço interno e externo à mãe/recém nascido, fornecendo os elementos para que os mesmos venham a 'ser mais'. O ambiente externo caracteriza-se como a UTI neonatal, que até então era desconhecido ao cotidiano das mães. É a enfermeira que poderá, fazendo-se presente no relacionamento, cuidando com amor, mostrando a unidade, apresentando o pessoal e os equipamentos, tornar este ambiente conhecido e suportável, no sentido de facilitar a relação dialógica, para assim promover o estar melhor de seus clientes. O espaço ou ambiente interno do ser humano, compreende os conflitos e crises vivenciados pela enfermeira/mãe/recém-nascido, assim como as crenças e valores dos pais e enfermeira. Estes elementos uma vez reconhecidos e utilizados devidamente, irão também contribuir para o estabelecimento da relação dialógica, conduzindo enfermeira/mãe/recém-nascido a 'ser mais'.

Saúde – a *saúde* é entendida como uma questão de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e morte. Os indivíduos possuem o potencial para o bem estar, mas também para cada vez estarem melhores. O ser humano se torna melhor quando estabelece relações uns com os outros, e no momento em que esta relação se torna dialógica, ele vivencia saúde (Paterson e Zderad, 1979).

O estar melhor refere-se ao indivíduo em contínuo processo para tornar-se mais, enquanto o bem estar implica em estado de estabilidade. A saúde pode ser encontrada na vontade que o ser humano tem, de estar aberto às experiências de vida. Independente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional, ele busca estar melhor.

A mãe e seu recém-nascido desenvolvem uma relação autêntica, que é modificada com o nascimento prematuro. A enfermeira, como intermediária,

pode facilitar a retomada da relação, através da dialogicidade, proporcionando além dos cuidados intensivos, o cuidado com amor, que se manifesta no atendimento à família, no contato amoroso com os pais e seus recém-nascidos, no toque, na carícia, no pegar no colo, no diálogo constante, na presença genuína, procurando reduzir, na medida do possível, a situação de crise vivenciada pelas mães e a angústia e os efeitos nocivos da separação precoce, buscando melhorar a qualidade de vida das mães e seus recém-nascidos pré-termo, abrindo caminhos para um desenvolvimento pleno do ser humano. Quando a relação mãe/recém-nascido pré-termo é restabelecida, o processo de saúde é vivenciado.

Humanização - é o respeito pela pessoa, consideração das diferenças individuais e a promoção ao 'ser mais'. O ponto básico na humanização é a comunicação e o relacionamento entre as pessoas, baseados no respeito das próprias individualidades, expressando-se dialógicamente através das expressões de amor, tomando como veículo as técnicas, que só serão humanizadoras se houver o envolvimento do profissional junto com o cliente. Para que o cuidado seja humanizado, precisamos além de tratar os recém-nascidos pré-termo e suas mães como seres dotados de qualidades e características próprias, contar com uma equipe humanizada. É importante oferecer um clima de respeito, confiança e afeto, para que as mães possam superar a crise vivenciada, lembrando que o bem estar psíquico depende basicamente do bem estar afetivo. Humanizar consiste ainda em , observar e ouvir com amor as palavras e os silêncios. É a concretização do amor na relação dialógica.

Na representação gráfica, pode-se observar como que, num movimento de ondulação, os conceitos se inter-relacionam para a construção do cuidado amoroso.

INTERPRETANDO A FIGURA

A relação dialógica que envolve o encontro, presença, relacionamento e chamados e respostas, manifesta-se aqui, como o fundamento do cuidado amoroso, que não prescinde de: cooperação, espontaneidade, empatia, comprometimento, relacionamento, sensibilidade, estabelecimento de limites, intuição, olhos nos olhos, valorização das potencialidades, comunicação, compreensão, confiança, sorrisos, receptividade, observação, toque, envolvimento, calor humano, respeito ao silêncio, aceitação do outro, respeito, percepção da existência do outro, visão do outro como único, ver e ouvir o outro, vínculo compartilhado e autenticidade.

Cada um destes elementos aparecem como facho de luz, que se movimentam, tornando-se visíveis aqui e ali, construindo a condição de humanização. Esta humanização, segue um movimento de ondulação espiralar, com a finalidade de tornar os seres humanos envolvidos na relação dialógica cada vez mais saudáveis, relacionando-se com o ambiente num ritmo fluido. A partir de encontros intencionalmente criados pela enfermagem é vivenciado um diálogo vivo, os seres humanos (mães/recém-nascidos pré-termo/enfermeira) envolvem-se na relação, “compartilham”, e juntos vivenciam e experenciam o cuidado amoroso.

**CUIDADO AMOROSO
SER HUMANO
ENFERMAGEM**

**AMBIENTE
SAÚDE**

HUMANIZAÇÃO



FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MARCO CONCEITUAL BASE DA VIVÊNCIA DIALÓGICA

3 METODOLOGIA

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

A minha proposta foi trabalhar com as mães e seus recém-nascidos pré-termo, a partir de uma relação dialógica que objetivou conhecer e refletir com as mães, a vivência no nascimento de filhos prematuros, propondo um cuidado com amor, onde a relação EU-TU foi valorizada. O encontro, o relacionamento, a presença e um chamado e uma resposta, caracterizados aqui como a enfermagem dialógica, juntamente com o processo descrito por Kaplan e Mason, foram os elementos básicos desta proposta. É importante ressaltar que, durante todo o processo de elaboração, implementação e discussão dos resultados deste trabalho, houve um contínuo compromisso com respeito aos aspectos ético-morais.

Este estudo, foi desenvolvido nos meses de abril a junho de 1997, no período da manhã ou tarde, dependendo das atividades propostas. Para que o leitor compreenda como foi seguir a trajetória, em direção à compreensão da vivência enfermeira/mãe/recém-nascido quando do nascimento prematuro, torna-se necessário, descrever o local e os sujeitos envolvidos.

3.1 O LOCAL

O presente estudo, foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal de um hospital terciário administrado com recursos federais. É um hospital de ensino que atende várias especialidades, dentre elas : cirurgia geral, clínica médica; traumato ortopedia, pediatria, oftalmologia. A maioria dos clientes atendidos é de origem pública. A unidade de maternidade e conseqüentemente a UTI Neonatal foram inauguradas alguns anos após a sua construção e instalação.

A maternidade do referido hospital surgiu, além do empenho da administração vigente na época e do governo federal, da determinação de um grupo de profissionais, que num trabalho interdisciplinar, elaborou propostas que culminaram com a inauguração da maternidade no ano de 1995. Dentre estas propostas, gostaríamos de salientar a que se refere à filosofia da maternidade. Esta filosofia foi elaborada dentro de uma visão humanista, focalizando a importância do pai ou acompanhante durante o parto; a permanência do acompanhante no alojamento conjunto, sendo que o mesmo é incentivado a participar dos cuidados à mãe e seu recém nascido; visita de irmãos, tanto no alojamento conjunto como na UTI neonatal, facilitando a interação familiar; livre acesso dos pais na UTI; incentivo ao aleitamento materno; respeito ao ser humano em todos os momentos do cuidado; adaptação das rotinas sempre que se fizer necessário, integração assistência-ensino e estabelecimento de um cuidado de forma integrada por uma equipe interdisciplinar (Fonte : Filosofia da Maternidade, 1995).

A Unidade de terapia Intensiva Neonatal, localiza-se no segundo andar do hospital e está próxima do centro obstétrico e alojamento conjunto. É o local onde são internados os bebês prematuros, com problemas orgânicos ou com baixo peso. Nesta unidade são prestados cuidados específicos, por esta razão faz-se necessário pessoal e equipamentos especializados. Por tratar-se de uma unidade de cuidados especializados, conta com monitores, respiradores, fios,

catéteres, drenos, aspiradores e uma parafernália tecnológica, que supõe um cuidado intensivo e rápido.

Apesar deste ambiente que, ao primeiro olhar propicia um cuidado mecanizado, parece-me que há por parte dos profissionais da saúde, uma preocupação em manter sempre que possível a filosofia de humanização. Algumas práticas humanistas já fazem parte da rotina, como por exemplo, o acesso livre dos pais na UTI, que é mantido e estimulado; a permanência das mães no hospital durante a hospitalização de seu filho (há um quarto no alojamento conjunto, denominado 'hotelzinho' com 04 leitos, onde estas mães permanecem); um impresso com orientações sobre a UTI, que é entregue aos pais e explicado pela enfermeira (Anexo 01); a visita de irmãos, que também é mantida, mas não estimulada. Outras práticas estão sendo introduzidas aos poucos, como o Projeto Canguru, desenvolvido pela psicologia, mas sem uma participação sistemática da enfermagem.

Com relação à estrutura física, a UTI neonatal consta de uma sala para a psicologia, dois quartos para plantonistas, uma sala de reuniões, apenas um vestiário que está restrito à guarda de pertences do pessoal da unidade, posto de enfermagem, sala de lanches, sala de utilidades, sala de cuidados intensivos, sala de cuidados intermediários, sala de observação e isolamento. Conta com 16 leitos, assim distribuídos : quatro vagas na sala de cuidados intensivos, seis vagas na sala de cuidados intermediários, quatro vagas na sala de observação e duas vagas no isolamento. A unidade não dispõe de janelas internas, apenas visores. A iluminação é artificial e a ventilação é feita por ar condicionado central.

Na sala de cuidados intensivos, permanecem os bebês graves, com necessidade do uso de incubadoras, monitores e respiradores; na sala de cuidados intermediários, os bebês que tiveram alta dos cuidados intensivos ou

que precisam ganhar peso, na observação ficam os bebês com necessidade de cuidados mínimos, e no isolamento, os bebês que possam estar infectados.

Quanto aos recursos humanos, a equipe compõe-se de: oito enfermeiros, um assistente administrativo, dez auxiliares de enfermagem, vinte e dois técnicos de enfermagem, quinze neonatologistas, um psicólogo, um assistente social e um nutricionista, sendo que os três últimos atendem toda a maternidade.

A distribuição de horário de trabalho é de seis horas (matutino e vespertino) e doze horas (noturno). Na unidade permanecem por turno, dois enfermeiros, sendo um enfermeiro chefe e um assistencial, cinco técnicos ou auxiliares de enfermagem e dois neonatologistas.

Por tratar-se de um hospital escola, recebe alunos de vários cursos, medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição e outros, tanto em nível de graduação como de pós graduação, preocupando-se no sentido de que as atividades de ensino sejam sempre revertidas no sentido de proporcionar uma melhor assistência.

O modelo assistencial utilizado nesta unidade, assim como nas demais unidades da instituição, tem sua base teórica no modelo de Wanda de Aguiar Horta, ao lado de uma sistemática de registro de enfermagem identificado com princípios do método Weed (prontuário orientado por problemas).

Cuidar, procurando compreender o cuidado, numa relação dialógica, onde os sujeitos envolvidos são participantes do processo, traz novas cores ao cenário já conhecido, pois ao mesmo tempo que procuramos cuidar sob um novo prisma, buscamos romper os limites da UTI neonatal para assim, criar um novo cenário que seja mais positivo e atraente, tanto para os pais e recém-nascidos, como também para a equipe.

“O cuidar prevê mil atos, que demonstram proximidade, interesse e afetividade, ultrapassando as fronteiras do tecnicismo frio e impessoal com o qual muitas vezes nos confrontamos e nos defendemos” (Jatobá, 1995, p.).

Neste novo cenário, cuidamos envolvendo-nos na relação, e o envolvimento por si só, muitas vezes já transforma a realidade. Mas, este envolvimento não é para induzir, conduzir ou encaminhar questões, mas sim um envolvimento a fim de compreender, poder sentir e em conjunto com as mães e seus recém-nascidos entender os vários significados do nascimento prematuro, prestando um cuidado de qualidade. Cuidar, é também, colocar-se no lugar do outro.

Para que este envolvimento seja possível, todos precisam estar de uma maneira ou de outra disponíveis no encontro, no relacionamento, mostrando presença, chamando e respondendo.

A receptividade do pessoal da unidade, das mães e dos recém-nascidos, foi muito boa e contribuiu sobremaneira para este envolvimento. Todos, na medida do possível, foram atenciosos, corajosos e caminharam junto comigo. O ambiente estressante da UTI Neonatal, muitas vezes mecaniza o cuidado, por isto formas diferenciadas de cuidar, tem sido uma preocupação constante de enfermeiros, médicos psicólogos e estudantes, que buscam num cuidado mais humanizado favorecer a relação mãe/recém-nascido, modificada quando do nascimento prematuro. Por tudo isto, a experiência em campo, que de uma maneira ou de outra é gratificante, constituiu-se numa grande oportunidade de aprendizagem.

3.2 OS SUJEITOS ENVOLVIDOS

Os sujeitos participantes da vivência, foram as mães e seus recém-nascidos, internados na Unidade de Internação Neonatal de um hospital escola, sendo que os critérios para a escolha, foram a prematuridade e aceitação por parte das mães em participarem do projeto. O número de clientes não foi estabelecido *'a priori'*, pois o importante era a repetição de falas, gestos e observações.

Os clientes, em número de oito, quatro mães e quatro recém nascidos, foram cuidados por mim, durante o período proposto, na Unidade de Internação Neonatal e no *'hotelzinho'* (o quarto onde as mães ficam durante a internação de seus filhos). Os recém-nascidos se constituíram, segundo classificação de Bataglia e Lubchenco (apud Miura, 1991), de dois recém-nascidos moderadamente pré termo, necessitando de respirador artificial, monitorização e uso de incubadora, (entenda-se por moderadamente pré termo, os bebês que nascem entre 31 e 36 semanas); e dois recém-nascidos pré termo limítrofes, em incubadora e monitorizados, sem necessidade de respirador artificial e com desconforto respiratório leve, (que são os bebês nascidos entre 36 e 37 semanas). As mães eram jovens entre 20 e 30 anos, sendo que 03 delas vivenciavam o nascimento pela primeira vez, eram portanto mães primíparas; e uma, vivenciava o nascimento pela segunda vez, sendo que sua primeira experiência era de um parto a termo sem intercorrências clínicas, nem para a mãe, nem para o recém-nascido.

Os nossos primeiros encontros, no início eram um pouco um pouco tensos, sendo que as mães mostravam-se pouco à vontade, principalmente quando conversávamos no *'hotelzinho'*. A partir do segundo encontro, tanto na UTI como no *'hotelzinho'*, já conseguíamos nos relacionar melhor, sendo que durante as conversas as mães mostravam-se normalmente felizes, só uma delas mostrou-se algumas vezes cansada ou desinteressada.

Ao final da vivência três dos recém-nascidos tiveram alta e um continuou internado, mas em franca recuperação. No momento da alta, tive a oportunidade de conversar com as mães, despedindo-me, sendo que duas delas convidaram-me para visitá-las, quando pudesse.

Com o objetivo de salvaguardar a identidade das mães e recém-nascidos, me referenciarei aos recém-nascidos, como: *Simpatia, Alegria, Conquista e Felicidade*.

3.3 ELABORAÇÃO DO PROCESSO DIALÓGICO

Para vivenciar com as mães e seus recém-nascidos, o marco conceitual anteriormente descrito, fez-se necessária uma reorganização metodológica, a qual denominei vivenciando a relação dialógica. Esta, foi baseada nos fundamentos do modelo teórico de Paterson e Zderad, porém, não compreendeu exatamente as etapas propostas pelas autoras.

Uma metodologia de enfermagem verdadeiramente humanista, tem que produzir frutos, ou seja, ser uma expressão real do conhecimento da enfermeira e uma valorização da enfermagem, como uma oportunidade para o desenvolvimento do ser humano (Paterson e Zderad, 1979).

É na prática diária que nos sentimos atraídas por duas realidades, a realidade do universo vivo, 'subjetivo-intuitivo' e a realidade do universo científico, sendo que a fusão destas duas realidades estabelece a própria prática de enfermagem. Por esta razão, a metodologia proposta compreendeu três fases : *o diálogo intuitivo, o diálogo científico e a fusão intuitivo-científica*. É importante lembrar que as fases não ocorreram de formas distintas, elas muitas vezes apareceram sobrepostas ou interligadas, ocorrendo simultaneamente.

A primeira fase denominada o diálogo intuitivo, envolveu o encontro, relacionamento, presença e um chamado e uma resposta. Encontro é o reunir-se dos seres humanos. No encontro enfermeira/mãe/recém-nascido, há alguém para atender e alguém para ser atendido. A enfermeira ao mesmo tempo que tenta conhecer, deixa-se conhecer. Ela procura incutir confiança para que a relação seja positiva, deixa a mãe expressar suas angústias e medos, dá atenção ao significado das palavras, reconhecendo tudo como novidade, estabelecendo uma escuta objetiva e subjetiva. Na relação mãe/recém-nascido a mãe acompanha os movimentos do bebê, ajusta-se ao mesmo para que haja reciprocidade no encontro. O bebê por sua vez, se acalma quando levado ao colo ou embalado. Os fatores que podem influenciar este encontro são sentimentos surgidos pela antecipação do encontro, a singularidade de cada ser, e a decisão de revelar-se ou conter-se com o outro.

No relacionamento, um está com o outro. É aqui que se estabelece a relação *'EU-TU'* descrita por Buber, onde um vai em direção ao outro, numa presença autêntica, buscando 'vir a ser mais'. No relacionamento ocorre também a relação *'EU-NÓS'*, que é a relação estabelecida com a família, amigos, comunidade ou objetos. No relacionamento, a enfermeira partilha o processo de desenvolvimento do recém-nascido com os pais, enquanto os pais envolvem-se nos cuidados. O bebê para demonstrar a relação estabelecida, sincroniza os seus movimentos com o ritmo da voz da mãe ou da enfermeira, mostra-se 'com'.

A presença é a qualidade de estar aberto, perceptivo, pronto e disponível. A enfermeira mostra-se disponível cognitiva e emocionalmente, e a mãe e o recém-nascido mostram-se presentes, respondendo da mesma forma. A presença pode ser vivenciada num olhar empático, na adaptação do comportamento ao ritmo do outro, no contato visual...

Chamados e respostas são entendidos como a comunicação. Enfermeira/mãe/recém-nascido chamam e respondem um ao outro, de modo simultâneo. Quando estabelecemos o encontro, o relacionamento e nos mostramos presentes, estamos sempre chamando e respondendo. O recém-nascido chama respondendo aos estímulos do meio através de desconforto ou choro, a enfermeira por sua vez, responde providenciando uma iluminação mais suave, buscando como resposta, o conforto do bebê. A enfermeira chama os pais para o preparo para a alta, estes respondem adquirindo habilidades para tal. Mãe/recém-nascido/enfermeira chamam e respondem, imitando ritmos e vocalizações para captar e manter o diálogo.

Todo este processo dialógico é vivenciado através de gestos, palavras, olhares, atitudes, entonação da voz, expressões corporais e faciais, comportamentos...

Esta etapa estabelece-se, quando a enfermeira inicia o conhecimento do cliente, quando o vivencia. 'Vivenciar' a mãe e seu recém-nascido pré termo, significa vivenciar os acontecimentos junto com os mesmos, procurando compreender intuitivamente a sua experiência. Para vivenciar a experiência do outro, precisei buscar o auto conhecimento, através de leituras científicas, romances, poesias ou filmes que me fizeram refletir sobre as questões existenciais. O uso do auto conhecimento aliado à auto percepção e sensibilidade é o ponto chave para que a *relação dialógica intuitiva* se estabeleça.

Foi nesta fase que, após uma apresentação prévia, onde foram expostos os objetivos do trabalho e formalizada a aceitação e participação voluntária das mães, busquei chamados e respostas auditivos, olfativos, orais, visuais e cinestésicos, para compreender as sensações experienciadas pela enfermeira/mães/recém-nascidos, quando do primeiro encontro, na prestação

de cuidados, na amamentação ou participando de práticas que facilitam a interação. Nesta fase, foi muito importante estar desprovida de meus preconceitos, evitando expectativas, julgamentos ou rótulos.

Os registros foram feitos em um diário de campo, em forma de narrativa, procurando descrever de maneira clara e concisa como foi a *relação dialógica intuitiva* vivenciada pela enfermeira/mãe/recém-nascido.

A segunda fase do processo denominada o diálogo científico caracteriza-se por uma interpretação do diálogo intuitivo vivenciado, acrescentando o diálogo científico conhecido. É nesta etapa que se estabelece a relação '*EU-ISSO*' de Buber. A relação '*EU-ISSO*' é que permite ao homem interpretar, categorizar e acrescentar o conhecimento. Utilizei como referência principal para a organização do conhecimento científico, a classificação de Kaplan e Mason (1960).

Nesta fase observacional registrei elementos e posteriormente, fiz a comparação e classificação dos dados intuitivos registrados, acrescentando o conhecimento científico explicitado, onde o fenômeno mostrou-se sob os seus vários aspectos.

É nesta etapa do *diálogo científico*, que se inicia em tese, o compartilhar de conhecimentos, a partir de temas que emergem da experiência vivenciada. Num processo de comunicação e troca, a enfermeira ensina e aprende. Este compartilhar foi vivenciado sempre que necessário, na relação individual ou em grupos.

Nesta etapa, enquanto compartilhava a experiência de estar juntos, também realizei o exame físico do recém-nascido, e registrei dados da história clínica e de enfermagem, assim como exames laboratoriais registrados nos prontuários da mãe e do recém-nascido, para auxiliar no *diálogo científico*.

Fiz uma entrevista temática individual, e reuniões em pequenos grupos (três ou quatro mães ou pais). Prefiri não estabelecer 'a priori' o número de reuniões, deixando que elas acontecessem sempre que a enfermeira ou as mães sentiam necessidade para tal.

Os registros foram feitos também no diário de campo, em forma de narrativa, descrevendo como se deu o *diálogo científico*.

A análise destas duas fases do processo, *diálogo intuitivo e diálogo científico*, foi feita pela enfermeira, a partir das expressões verbais ou não verbais das mães e seus recém-nascidos, enquanto atores vivenciando a relação dialógica.

A *terceira fase denominada a fusão intuitivo - científica* envolveu a compreensão do momento em que se deu o encontro entre o intuitivo e o científico. Foi na análise da experiência, vivenciada pela enfermeira/mãe/recém-nascido, que comparei e entrecruzei os diálogos *intuitivo e científico*, procurando compreender os processos vivenciados pelas mães quando experienciavam o nascimento prematuro. A partir desta análise, pude estabelecer metas, para reestruturar a prática assistencial, buscando sempre numa relação dialógica, um cuidado mais humanizado. Esta análise foi registrada no diário de campo, juntamente com os registros das fases anteriores.

Acredito que este referencial contribuiu, para reforçar o meu entendimento de que, se almejo um cuidado mais humanizado, ou seja um cuidado centrado no amor, preciso humanizar-me, envolver-me, amar e mostrar que amo, entender que cada recém-nascido, cada mãe é um aprendizado, e que muitas vezes a intuição e a afetividade tem supremacia em relação à técnica. Mas o mais importante, é compreender que o conhecimento tecnológico deve ser

utilizado da melhor forma possível, desde que acompanhado de afetividade, respeito, compreensão e muito amor.

Na figura 2, pode-se visualizar a metodologia proposta, onde a enfermeira detém em uma das mãos o conhecimento *intuitivo* e na outra o *científico*, sendo que pela reflexão chega à *fusão intuitivo-científica*.



FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA METODOLOGIA PROPOSTA - VIVENCIANDO A RELAÇÃO DIALÓGICA

4 A VIVÊNCIA DIALÓGICA

Na caminhada, buscamos a compreensão da realidade, não a sua interpretação

Seguir uma trajetória que me levasse a compreender os sentimentos vivenciados pelas mães e recém-nascidos quando do nascimento prematuro, assim como a participação e contribuição da enfermeira nesta vivência foi, ao mesmo tempo, uma experiência prazerosa e desafiadora.

A vivência da metodologia baseada na teoria humanística de Paterson e Zderad, foi bastante gratificante, mas exigiu durante todo o decorrer da prática, muitas leituras, paradas, reflexões e retomadas, pois acostumados que estamos com a visão tecnicista e objetiva, muitas vezes deixamos que esta visão interfira na nossa subjetividade, colaborando para que nossos preconceitos, pressupostos e valores influenciem na percepção que temos a respeito do nosso cliente.

Entendo que o cuidado não deva ficar restrito ao conhecimento só pelo seu caráter 'científico' e nem somente pela natureza técnica, de execução de procedimentos, mas sim voltar-se para si mesmo, levando em consideração tanto o 'dito' científico como a singularidade e a valorização da intersubjetividade tão relegada em nossa prática diária, em função da prática institucionalizada a qual estamos habituados. Foi por esta razão, que utilizei as idéias do modelo humanístico de Paterson e Zderad para direcionar a minha vivência em campo, pois sua abordagem tem como propósito buscar a

possibilidade de promoção do ser humano através da intersubjetividade para compreender a experiência de vida e poder auxiliar o indivíduo a decidir sobre sua trajetória no mundo e com o mundo para atingir o bem estar e ‘mais ser’, ou seja, sua humanização (Barbosa, 1995). Às suas idéias, aliei as concepções de Kaplan e Mason (1960), para auxiliar no **diálogo científico**, e conseqüentemente, na **fusão intuitivo - científica**.

O processo vivenciado na prática assistencial incluiu três fases: **o diálogo intuitivo, o diálogo científico e a fusão intuitivo - científica**, e os registros foram feitos em diário de campo, sendo que as transcrições dos diálogos foram feitas tal e qual se deram, onde procurei registrar o maior número de informações. Os dados eram registrados imediatamente após a assistência, para que eu pudesse ser fiel à experiência vivenciada com o cliente.

4.1 AS FASES DO PROCESSO

1ª Fase – O diálogo intuitivo –

Para vivenciar o **diálogo intuitivo** foi preciso relembrar e re-aprender a linguagem dos sentidos, dando um novo enfoque para o ver, ouvir e sentir o outro, estabelecendo assim uma interação empática, onde um foi ao encontro do outro (a relação EU-TU), buscando cuidar e ser cuidado com amor. Nesta perspectiva, procurei ser carinhosa no diálogo, no toque amoroso, nos olhares e nos gestos, tentando mostrar-me disponível para as mães e seus recém-nascidos. Manter afastados os meus conhecimentos prévios nesta etapa, não foi uma tarefa fácil, pois muitas vezes tive vontade de ‘comandar’, ‘decidir’ ou ‘influenciar’, mas fiz um grande esforço para tal, pois entendia que isto poderia prejudicar o meu diálogo intuitivo.

Vivenciar o intuitivo numa relação, exige do indivíduo muita concentração, sensibilidade e reciprocidade, indo além dos procedimentos rotineiros aos quais estamos tão habituados na nossa prática diária. A intuição é designada de um modo geral, como um modo de conhecimento imediato e direto que coloca no mesmo momento, o espírito em presença de seu objeto (Durozoi e Roussel, 1996). Para o alcance destes requisitos, torna-se necessário que a enfermeira busque conhecer-se, mantendo-se aberta às experiências do mundo. Na busca do meu auto conhecimento, fiz leituras de alguns romances, como “O Amor” e assisti a alguns filmes que abordam as várias faces da existência humana, como ‘Com honra e Mérito’ e ‘Razão e Sensibilidade’, que ajudaram-me no sentido de ser comigo mesma, fazendo-me refletir um pouco mais sobre as questões existenciais. Este é um processo que não se esgota aqui, pretendo que ele faça parte do meu cotidiano, de modo a enriquecer tanto a minha vivência profissional como a pessoal, de modo contínuo.

Nesta fase de diálogo intuitivo, procurei desde o primeiro momento com cada um dos clientes, e no decorrer de toda a vivência mostrar-me presente para o encontro, relacionamento e chamados e respostas.

Estar com o meu processo de crescimento pessoal em andamento, contribuiu para que eu pudesse estar amorosa na relação com as mães e seus recém-nascidos pré termo, pois é só desta maneira que podemos nos mostrar e estar disponíveis o suficiente na relação.

Senti que algumas vezes, mesmo mostrando-me disponível na relação, o encontro não aconteceu no primeiro momento. Um pequeno ‘extrato’ vivencial ocorrido no campo, pode ajudar nesta perspectiva:

Ao entrar no ‘hotelzinho’ pela primeira vez, com o objetivo de conhecer as mães e deixar-me conhecer, encontrei apenas a mãe de Conquista. As outras

mães estavam na UTI Neonatal, por esta razão o nosso acordo se deu em outro momento.

Procurei na conversa com a mãe de Conquista, após apresentar-me dizendo meu nome, quem eu era e porque estava ali, mostrar-me disposta para o encontro, prestando atenção no que ela falava (presença), trocando informações (relacionamento) e respeitando quando não queria conversar. A mãe neste primeiro momento mostrou-se distante, não se envolvendo no relacionamento. Disse seu nome, falou um pouco sobre sua filha, conversou mais um pouco e depois, virou-se para o lado como se quisesse dormir. Despedi-me, dizendo que iria deixá-la descansar e que voltaria no dia seguinte. Compreendi neste momento, que o encontro não pode ser conduzido ou forçado, ele deve ocorrer naturalmente, sendo que tanto o EU quanto o TU precisam mostrar-se disponíveis.

Yalom (apud Cardella, 1994 p. 61) afirma que estar disponível não assegura o encontro com o outro:

“Aproximar-me de uma outra pessoa com uma atitude EU-TU, não assegura o desdobramento de um encontro EU-TU mútuo. Sou incapaz de forçar o outro a encontrar-me. Não posso unilateralmente, por meio de algum empenho sobre-humano ou místico ocasionar o encontro. Aqui confronto-me profunda e inexoravelmente com os limites da minha própria humanidade”

Após um acordo compartilhado com as mães, ou pais presentes, para aceitação e participação no trabalho, procurei nos vários momentos do cuidado, na amamentação ou durante a prática da mamãe canguru, buscar os chamados e respostas que me levariam a compreender as percepções das mães e seus recém-nascidos, acerca do nascimento prematuro.

Neste sentido, vejamos algumas das colocações das mães :

'Quando soube que meu bebê era prematuro, nem sei o que pensei, senti muita tristeza, afinal o outro bebê não foi assim. Não sei se vou conseguir cuidar dela como vocês, ela não é fácil de cuidar'. (Mãe de Conquista). (Sua expressão era de ansiedade e tristeza).

'É engraçado, só quando ela foi para o bercinho, é que senti que estava mais próxima dela, agora acho que posso cuidar dela. A incubadora, os fios, deixam a gente assustada, parece que aquele pequeno ser, não é nosso bebê...' (Mãe de Conquista). Silêncio, seguido de choro.

'Me sinto tão ansiosa. O bebê que eu queria era tão rosado, ele é tão amarelinho...'

(Mãe de Felicidade)

As mães mostram-se ansiosas, sentem-se enfraquecidas e impotentes, experimentando um sentimento de irrealidade por não ter nos braços o bebê idealizado. A mãe de Conquista por ter uma experiência anterior com um bebê normal a termo, faz comparações. Acredita que a enfermagem pode cuidar melhor do que ela. Manifesta uma sensação de medo, ao mesmo tempo que quer cuidar de seu filho

'Nada estava preparado para recebê-la, nem tínhamos ainda pensado no nome... (Mãe de Alegria). Junto ao bebê por mais que se esforçasse, não conseguia interagir com o mesmo.

Compreendi pela fala e pelo gestual, que esta mãe não estava preparada nem física e nem psicologicamente para o nascimento do bebê.

'Sabe, me senti um pouco culpada pelo nascimento antecipado do meu bebê. Isto me fez sentir-me muito mal...' (Mãe de Alegria)

'Para mim o nascimento antecipado foi um grande choque, pois não esperava que o bebê fosse nascer já. Fiquei desesperada, é como se tivessem tirado um pedaço de mim.

Talvez tenha sido minha culpa, não sei...' (Mãe de Simpatia)

Pude observar que a culpa e a sensação de fracasso são as duas emoções mais presentes na fala destas mães, contribuindo para afetar a sua auto-estima.

A prática da mamãe canguru foi vivenciada com apenas duas mães, sendo que uma delas não parecia muito ciente dos benefícios do mesmo, como podemos observar na sua fala:

'Acho que ela deveria ficar quietinha na incubadora, mexem muito com ela, assim ela não vai ganhar peso'... (Mãe de Simpatia)

Expliquei que a prática do canguru além de dar prazer à mãe e ao bebê, favorece o aquecimento, deixa o bebê mais calmo e auxilia no ganho de peso.

Procurei sempre que possível, estimular as mães a praticarem o canguru, deixando claro os benefícios que o mesmo proporciona.

As mães já são estimuladas pela equipe, mas acredito que o ambiente tenso da UTI as deixa um pouco inseguras e pouco à vontade para relacionar-se com seu filho. A mãe de Simpatia expressa este sentimento, como podemos ver na sua fala:

"As vezes não consigo conversar direito com ela, aninhá-la nos meus braços com tranqüilidade, a carga aqui é muito grande. Seria bom um lugar tranqüilo, com música talvez... Não sei... O que você acha?"

Para Klaus e Kennell (1993), o berçário, com suas paredes envidraçadas, é uma barreira para os sentimentos de apego. Reforçam que quanto mais privacidade têm, mais as mães se sentem calorosas acerca de seus bebês. Ressaltam ainda a importância de proporcionar às mães, pequenos quartos, de modo que tenham privacidade com o bebê, enquanto interagem juntos.

Neste sentido, acredito que uma parceria psicóloga/enfermeira seria importante para que a prática do projeto canguru fosse assimilada por toda a equipe e principalmente pelas mães, além de uma reestruturação da unidade a fim de proporcionar mais conforto e privacidade, como por exemplo, o uso de biombos e implantação de cadeiras de balanço onde as mães pudessem ficar

embalando seus bebês em um ambiente privativo, favorecendo o diálogo, toque e aconchego.

Para exemplificar um pouco o diálogo intuitivo vivenciado, descreverei uma situação ocorrida no campo, e que foi registrada...

A mãe de Conquista apesar de mostrar-se animada com a alta de sua filha, mantinha um olhar triste e ausente. 'Que bom, disse-me ela, minha filha vai embora, já está com um peso bom. Compartilhei com ela a alegria da alta, mas sua expressão preocupou-me. Procurei dialogar, buscando se a mesma tinha alguma dívida que gostaria de esclarecer antes de ir embora. Não, disse-me ela a princípio. Ficou um pouco em silêncio... Depois, disse : Na verdade, estou um pouco assustada em levá-la para casa, não sei se vou conseguir cuidar dela, ela não é fácil de cuidar'.

Esta mãe já vinha prestando os cuidados para a sua filha há algum tempo na UTI Neonatal, e mostrava-se segura quando da execução dos mesmos. Porém, o que pude observar durante a prestação de cuidados, é que o seu relacionamento com a filha estava prejudicado, interferindo na interação mãe/recém-nascido, pois a mesma segurava a filha distante de seus olhos, não conversava com o bebê, e limitava-se a executar as técnicas rapidamente para poder voltar para o seu quarto.

Barnard (apud Klaus e Kennell 1992) refere que face-a-face é uma importante posição para as mães e bebês, uma vez que é a única posição assumida durante o contato cuidador-bebê que aumenta as chances para a interação social entre a mãe e o bebê.

A mãe, aparece aqui, como um ser que cuida, mas que também precisa ser cuidada. É quando vivenciam a presença genuína, relacionando-se numa situação compartilhada de “estar com” e “fazer com”, que as mães, recém-nascidos e enfermeira experenciam o bem estar ou estar melhor.

Paterson e Zderad (1979) consideram “estar com” e “fazer com” como elementos usados para definir a transação intersubjetiva entre o EU e o TU, na qual, cada um dos seres envolvidos participa como sujeito ativo.

Conversamos sobre as dificuldades que sentia. Disse-me que apesar de estar feliz com a alta, não sentia o bebê como seu... Não sei, ela parece que não liga para a gente, é tão diferente da minha outra filha... E começou a chorar. Sentei-me ao seu lado, peguei suas mãos e permaneci calada por alguns minutos...

O silêncio muitas vezes é reflexivo, sendo que um minuto de silêncio pode nos ensinar a ouvir o coração.

Hays e Larson (1978) reforçam que a utilização do silêncio de forma positiva e acolhedora, pode ser um valioso instrumento terapêutico, pois, ao se mostrar expectante no silêncio, a enfermeira encoraja o cliente a verbalizar, tomar iniciativas e comunicar o que está lhe oprimindo.

Neste momento, vivenciamos um momento de genuíno encontro, em que a mãe se permitiu sentir e expressar suas dores mais profundas, com aceitação e espontaneidade.

Para Cardella (1994), é só quando nos colocamos como um Eu na relação, que existe a possibilidade do encontro.

Quando ela parou de chorar, disse-lhe : Que tal se fossemos juntas ver o quanto seu bebê conversa com você? Você quer ir? Sim, disse-me ela, mas agora ele está dormindo. Vamos amanhã. Disse que tudo bem, e continuamos dialogando, sendo que busquei reforçar a importância de ela ter estado sempre presente na UTI, e como isto contribuiu no desenvolvimento e restabelecimento de seu bebê.

A mãe experimentou-se como um EU , relacionando-se com a enfermeira como um TU. A enfermeira colocou-se como um EU na relação, olhando a mãe como um TU. Neste sentido, a relação EU-TU manifestou-se de acordo com o que Paterson e Zderad referem, uma relação sujeito-sujeito, onde o ser

humano se envolve com o outro e está consciente da singularidade do outro, oferecendo-lhe presença autêntica (Paterson e Zderad, 1979).

Colocar-se como um EU é encontrar-se em estado de amor e, portanto, ser capaz de ver e ouvir o outro, facilitando sua expressão de vida (Cardella, 1994).

Esta mãe ficou no 'hotelzinho' durante toda a internação de sua filha.

Dialogamos ainda sobre os preparativos em casa para a chegada do bebê, sobre quando seu marido chegaria para buscá-la e depois despedi-me, dizendo que voltaria no dia seguinte...

No encontro, mostrei-me presente. A presença foi sentida através do olhar empático enfermeira/mãe. No relacionamento, partilhamos o processo de desenvolvimento do bebê. A mãe chamava, querendo ser cuidada. Foi dialogando intuitivamente que compreendi no encontro o seu chamado e assim cuidei, ouvindo suas angústias e ansiedades. A mãe respondeu, expondo-se no relacionamento e manifestando o desejo de conhecer melhor a sua filha. Chamei, ajudando-a a retomar o vínculo, interrompido precocemente com o nascimento prematuro. Falamos por olhares, expressões corporais, faciais e gestos, partilhamos presença.

A presença, o estar com o outro, é percebida pelas mães como um cuidado humano, onde a atenção e disponibilidade para ouvi-las mostram-se como pontos importantes...

'Obrigada por estar aqui, é muito bom quando tem alguém para nos ouvir... As vezes, nos sentimos muito sozinhas'...

Paterson e Zderad (1988) consideram que é a presença genuína que dá significado às ações de enfermagem. Isto não significa que a enfermeira precise estar sempre presente fisicamente, ela deve estar voltada para o

cuidado às mães e seus recém-nascidos prematuros, mostrando-se disponível e acessível sempre que necessário.

A aprendizagem foi vivenciada no relacionamento, onde mãe/recém-nascido/enfermeira, mostrando-se presentes, ensinaram e aprenderam juntas. A enfermeira desempenhou um papel de 'facilitadora' e 'mobilizadora' dos meios que as mães e recém-nascidos dispunham para facilitar sua interação, alterando as condições que pudessem vir a dificultar o processo, colaborando para o bem estar e estar melhor dos mesmos. O relacionamento EU-TU e EU-NÓS estabeleceu-se quando a enfermeira facilitou o acesso dos pais aos recém-nascidos, dando informações necessárias para melhor dimensionar os seus problemas de saúde, buscou a participação dos membros da família e envolveu a equipe de enfermagem na metodologia utilizada, ouvindo, refletindo conjuntamente, trocando experiências, propondo, respeitando, orientando, compreendendo, amando e conhecendo.

Paterson e Zderad (1988)), referem que o homem se relaciona com os outros, na relação EU-NÓS, possibilitando o fenômeno da comunidade, definida como duas ou mais pessoas lutando juntas por uma causa.

Nesta vivência, considere como comunidade, a família (marido e parentes), recém-nascido, enfermeira, equipe de enfermagem, outros profissionais de saúde e as acadêmicas de enfermagem presentes.

Apenas um dos pais, o pai de Simpatia, esteve constantemente presente na UTI, prestando cuidados à sua filha e envolvendo-se na relação dialógica vivenciada. A mãe de Simpatia, refere que a presença constante do marido ao seu lado, deixou-a mais segura e animada. As outras mães reforçam a importância da presença do marido durante a vivência do nascimento prematuro e internação do filho.

O envolvimento com as acadêmicas de enfermagem foi bastante intenso, pois as mesmas desenvolviam seu trabalho de conclusão de curso, também numa linha humanista que favorecia o toque, contato e aconchego, envolvendo algumas das mães atendidas por mim. Por esta razão, tivemos oportunidade de trocar experiências, e refletir sobre o cuidado prestado e mudanças que poderiam ser introduzidas na unidade.

Quanto aos membros da família, com exceção dos pais dos recém-nascidos, percebe-se que os mesmos não estão integrados na relação que se estabelece entre os pais e seus recém-nascidos pré termo, não estabelecendo a relação **EU-NÓS**. As mães porém, acreditam que esta integração seja muito importante, e referem que irmãos, avós e tios deveriam também ser envolvidos no cuidado ao bebê, para que assim, pudessem dividir um pouco as ansiedades, angústias, alegrias e tristezas.

Klaus e Kennel (1993) asseguram que a vivência do nascimento prematuro em família pode favorecer a diminuição da ansiedade e fortalecimento dos vínculos. Para que isto seja possível, a UTI Neonatal precisaria ser flexível quanto à visita dos membros da família, pois estudos mostram que as infecções não são problema, desde que as precauções sejam tomadas, tais como informar aos visitantes que somente podem entrar no berçário se estiverem sentindo-se bem, não tiverem problemas no trato respiratório ou doença infecciosa e lavarem bem as mãos antes e após tocar no bebê.

Procurei, na medida do possível, envolver a família, procurando saber das mães, se os avós, tios e outros familiares, já haviam visitado o bebê, se o conheciam por fotos e como participavam do processo.

2ª Fase – O diálogo científico –

Durozoi e Roussel (1996) referem-se ao conhecimento científico como qualquer conhecimento racional, elaborado a partir da observação, do

raciocínio ou da experimentação, opondo-se principalmente à opinião ou conhecimento imediato. Neste contexto, entendo o conhecimento científico como uma série de experiências, informações e conhecimentos, que quando mobilizados e aliados ao conhecimento intuitivo, ampliam e influenciam o saber na prática de enfermagem, oferecendo subsídios para o questionamento profissional e pessoal.

Para Paterson e Zderad (1979) o conhecimento científico é vivenciado na relação EU-ISSO, ou seja sujeito - objeto, na qual é possível obter-se algum conhecimento do sujeito através da coleta de dados, em prontuários ou através de informantes. Caracteriza-se, a partir do intuitivo, como um momento de reflexão, análise, comparação, interpretação e categorização, sendo que pela relação EU-ISSO, a relação EU-TU é validada.

Nesta fase do diálogo científico, a situação de enfermagem vivenciada de modo intuitivo, foi conceituada e expressada levando-se em consideração o que já foi descrito por Kaplan e Mason (1960). Foi preciso, primeiro ouvir as mães, para então usar o experienciado, e a partir daí, cuidar com amor na sua vivência. Para tal, os registros do diálogo intuitivo foram lidos e relidos inúmeras vezes, buscando nas expressões e entonações de voz, compreender o seu significado, pois muitas vezes eles eram muito mais amplos do que se podia visualizar.

Para auxiliar na relação intuitivo científica realizei o exame físico de cada um dos recém nascidos, e li várias vezes os prontuários das mães e recém-nascidos, procurando identificar na história clínica e de enfermagem, dados que pudessem ser úteis nesta relação.

O exame físico, serviu para avaliar a capacidade do bebê de integrar e compensar face às dificuldades ligadas ao nascimento, bem como me deu uma idéia do nível de funcionamento e do potencial de cada criança em particular.

Deu-se como um momento único de interação, permitindo que pudesse ensinar as mães a se habituarem e se orientarem em direção da individualidade de seu filho.

Foi realizada uma entrevista informal com cada uma das mães, e duas reuniões com grupos de 02 a 03 mães, onde foram discutidos assuntos propostos pelas próprias mães. As mães pediram para conversarmos sobre prematuridade e cuidados com o bebê em casa.

Tanto nas reuniões como nas entrevistas, as mães mostraram-se disponíveis e interessadas. Estas, não ocorreram de forma unilateral, houve uma troca de informações, com a participação ativa das mães. Busquei oferecer um clima de segurança, mostrando aceitação, respeito e valorização das suas idéias. Nas entrevistas, as mães falaram de suas angústias, preocupações, medos, incertezas, alegrias e realizações. Reforçaram a importância destes momentos, para poderem expressar seus sentimentos. Foram momentos belos de encontro, onde no meu entender, as mães começavam a compreender e a assimilar, o processo vivenciado quando do nascimento prematuro. Pude perceber nestes momentos, que estávamos vivenciando o diálogo genuíno. Hycner (1995), assegura que o diálogo genuíno somente pode emergir se as pessoas envolvidas estiverem disponíveis, e valorizarem, aceitarem e apreciarem verdadeiramente a alteridade da outra pessoa. Isso requer a transcendência da nossa individualidade, significa estar disponível para conhecer e entrar na esfera do 'entre'. Por 'entre', Buber (1974) refere-se à esfera na qual todos participamos quando estamos envolvidos e verdadeiramente interessados em outra pessoa.

A trajetória intuitivo científica precisou ser retomada várias vezes, para a compreensão das minhas interpretações.

Para Paterson e Zderad (1979), uma vez que a situação de enfermagem tenha sido vivenciada de modo intuitivo, ela é conceituada e expressada de acordo com algum referencial do conhecimento sistematizado como científico.

Foi neste sentido que utilizei-me das clássicas fases de Kaplan e Mason, para interpretar a fala e o gestual das mulheres no diálogo intuitivo, fazendo assim, a minha própria classificação, com o intuito de estabelecer a relação EU-ISSO.

A partir das expressões verbais ou não verbais, retomando as colocações das mães, evidenciadas no diálogo intuitivo, pude identificar que para as mães, vivenciar o nascimento prematuro significa: experenciar a ansiedade, por não ter em seus braços o bebê sonhado; o medo, por achar que não saberá lidar com o bebê real; a culpa e a sensação de fracasso, por não compreender as causas reais do nascimento prematuro; e um sentimento de irrealidade, por não sentir o bebê como seu, por senti-lo distante enquanto se encontra na incubadora. Nas colocações das mães, pude ainda observar que elas não estavam preparadas, nem física e nem psicologicamente para o nascimento do bebê. Parece-me que para as mesmas, o nascimento prematuro afeta a sua auto-estima e a sua capacidade de maternagem, e que toda a experiência do nascimento e apego, ocorre sob uma densa nuvem de medo. Estes sentimentos experienciados pelas mães de bebês prematuros (situação vivenciada através da relação dialógica), conforme recortes intuitivos da página 65, não negaram, mas sim ratificaram as observações de Kaplan e Mason(1960), (situação experienciada), sendo possível identificar as fases pelas quais as mães passavam. Embora estas fases descritas por Kaplan e Mason, tenham sido resultado de práticas de atendimento anteriores, num ambiente hospitalar mais tradicional, o que pude observar, é que elas continuam presentes e atuais, mesmo a mãe tendo um contato precoce com o seu bebê.

Pude observar que a maioria das mães estavam passando pelo segundo momento ou seja a *sensação de fracasso*, ao mesmo tempo em que vivenciavam o terceiro momento, a *retomada do relacionamento interrompido*. Uma das mães, estava *retomando o relacionamento interrompido*, mas vivenciava ainda o primeiro momento, ou seja, o *preparo para a perda*, que de acordo com Kaplan e Mason (1960), pode ser vivenciado durante toda a internação. Notei que as mães vivenciavam estes momentos de fracasso e preparo para a perda, quando ao ver o seu bebê, este não correspondia à imagem do bebê esperado, como podemos ver retomando as colocações das mães:

'Me sinto tão ansiosa. O bebê que eu queria era tão rosado, ele é tão amarelinho'...

(Mãe de Felicidade)

Ou quando o bebê não respondia aos seus estímulos :

'Não sei, ela parece que não liga para a gente, é tão diferente da minha outra filha...'

(Mãe de Conquista)

Ou ainda quando a mãe manifestava medo de organizar as coisas em casa para esperar o bebê :

'Sabe, eu ainda não preparei nada em casa para esperá-la. A gente quer comprar, mas tem um certo medo, né? Não gosto nem de pensar, apesar de agora ela estar bem. Agora

não tem mais perigo, não é? (Mãe de Simpatia)

Estas mães manifestaram temor, ansiedade e apatia, relacionando-se timidamente com seu filho, e, envolvendo-se pouco nos cuidados. A retomada do relacionamento pode ser observada, quando as mães sentiram que o bebê estava melhorando. Neste momento, procuraram maiores informações sobre o seu bebê, acariciavam, olhavam, conversavam e tocavam com mais frequência.

Como participante desta experiência humana, procurei estar sensível para reconhecer e vivenciar estas situações conjuntamente, estabelecendo uma

relação amorosa e empática, de solidariedade ou apoio, dependendo do caso, adquirindo assim, uma percepção mais ampla não somente de quem é o outro, mas principalmente de quem sou eu. Segundo Watson (1988), os enfermeiros que reconhecem e usam sua sensibilidade, promovem auto-desenvolvimento, auto realização e são capazes de encorajar o mesmo crescimento em outros. Para a autora, a única maneira para desenvolver sensibilidade para o eu de alguém e do outro, é reconhecer e sentir seus próprios sentimentos

Após análise destas duas fases, passamos para a 3ª fase, denominada de *fusão intuitivo - científica*, onde me proponho um exercício de reflexão, para compreender quando ocorre a fusão entre os diálogos *intuitivo* e *científico*. A *fusão intuitivo - científica*, não foi muito fácil de ser evidenciada, visto muitas vezes não conseguir diferenciar o que estava realmente vivenciando, pois os diálogos *intuitivo* e *científico* parecem alimentar-se um ao outro, estabelecendo assim uma comunicação.

Acredito que, apesar de nossos sentidos algumas vezes nos enganarem, as nossas percepções sensoriais são geralmente dignas de confiança, por isto a intuição deve ser sempre valorizada no relacionamento com os clientes. É através da percepção que apreendemos intuitivamente um todo organizado.

O conhecimento intuitivo é feito para ser refletido, pensado, discutido, e se possível, incorporado na vida para se ter elementos de reflexão ou de sabedoria, aliando-se ao conhecimento científico.

Na verdade, os dados dos sentidos, ou seja o *diálogo intuitivo*, aparece aqui, como um recurso, que junto com o *diálogo científico* nos leva a compreender, que a partir do cuidado amoroso, consubstanciado pela relação dialógica, as mães passam a construir o seu conhecimento, acreditando no seu potencial, entendendo o processo vivenciado quando do nascimento prematuro, dividindo-o com a enfermeira, facilitando o encontro delas

consigo mesmas e portanto, aproximando-se de seu filho, mais rapidamente, como podemos ver no entrecruzamento dos dois:

Diálogo intuitivo X Diálogo científico

Extratos da vivência “... sabe, eu ainda não preparei nada em casa para esperá-la .A gente quer comprar, mas tem um certo medo, né? (Mãe de Felicidade)

1º momento – preparo para a perda. A mãe espera que o bebê sobreviva, mas ao mesmo tempo, prepara-se para a sua morte.

Na vivência, conversamos sobre o desenvolvimento do bebê, sobre suas possibilidades e dificuldades. Avaliamos juntas os seus progressos. Conversamos sobre os medos da mãe, sua insegurança. Procurei, a partir da vivência, pela intuição, buscar o conhecimento científico, procurando minimizar as suas angústias e ansiedades, para poder assim, reconhecer e compreender o seu momento. Ao final da vivência, a mãe reconheceu-se, buscando no filho forças para seguir em frente, acreditando no seu potencial e no do bebê , compreendendo que a sua presença efetiva era significativa, não só para o bem estar ou melhor estar de seu filho, mas também para o seu.

Extratos da vivência “... sabe, me sinto um pouco culpada pelo nascimento antecipado do meu bebê. Isto me faz sentir-me muito mal (Mãe de Alegria)

2º momento – enfrenta a sensação de fracasso

Na vivência, reforcei a importância da presença constante da mãe na UTI Neonatal. Procurei envolvê-la nos cuidados, pois a mesma não parecia muito disponível para tal. Conversamos sobre as causas da prematuridade, refletimos juntas sobre o nascimento de seu filho, sobre a gravidez. Durante nossas conversas, procurava reforçar a sua auto estima, sempre que possível. Ao final da vivência, a mãe mostrava-se presente nos cuidados com seu filho e parecia mais animada, mostrando sinais de melhoria na sua auto estima, o que contribuiu para o seu

melhor estar, e o de seu bebê.

Extratos da vivência “ perguntei se ela já havia estado na UTI naquela tarde, sendo que respondeu que ia sempre nos horários das mamadas. Sorria o tempo todo, um sorriso triste, ausente. Esforçava-se para demonstrar a aparência de tranqüilidade. ‘O meu bebê já passou da fase crítica’ – disse-me ela. ‘Agora só precisa ganhar peso para ir embora, mas não sei quando ela vai embora, acho que vai demorar” (Mãe de Conquista)

3º momento – retoma o relacionamento interrompido, pois havia se preparado para a perda.

Durante a vivência, procuramos juntas, compreender os chamados e respostas do bebê. Enquanto a mãe prestava os cuidados, era estimulada para conversar, observar, tocar e sentir o seu filho. No início, estes encontros eram um pouco tensos, mas à medida que a mãe ia sendo cuidada com amor, compreendia melhor o processo experienciado, aproximando-se de seu filho.

Extratos da vivência “... todos em casa estão esperando por ela; meus pais, meus sogros, os primos. Fizemos um filme, tiramos fotos e levamos para que a conhecessem. Fiquei muito triste quando um amigo disse: ela é tão miudinha, parece fraquinha. Nós não a vemos assim, ela é nosso bebê, e é uma linda garota, você não acha? É assim que queremos vê-la” (Mãe de Simpatia)

4º momento – compreende que seu bebê difere dos bebês normais a termo, e sente vontade de aprender a cuidar do mesmo.

Durante a vivência, compartilhamos os cuidados com o bebê, suas limitações, suas possibilidades. Juntas, vivenciamos os chamados e respostas do bebê, adaptando-nos ao mesmo, buscando compreender que os bebês pré termo diferem dos bebês a termo. Conversamos ainda, sobre a importância da ajuda da família no processo do

nascimento prematuro. Ao final da vivência, a mãe já compreendia os chamados e respostas de seu filho e procurava adaptar-se aos mesmos. Prestava os cuidados envolvida com o bebê, mostrando-se presente e presença. Neste sentido, o bebê, a mãe, e a enfermeira, fizeram uma troca, em que um foi responsável pela adaptação do outro, pressupondo reciprocidade e interdependência

A enfermeira e as mães interagiram em dois sentidos complementares: a situação de experiência(*diálogo científico*) e a situação de vivência (*diálogo intuitivo*), onde uma foi ao encontro da outra, estabelecendo-se a fusão entre os dois diálogos, e ambas, num diálogo amoroso, tiveram a possibilidade de construção do conhecimento. Segundo Maturana (1991), o amor é o domínio das ações que constituem ao outro como um legítimo outro na convivência conosco. Neste sentido, a enfermeira, mostrando-se disponível pelo cuidado amoroso, vivenciou e compreendeu o processo experienciado pelas mães, e as mães passaram a pensar nas suas experiências, entendendo-as. A partir desta compreensão, as mães adquiriram confiança, fazendo com que a retomada do relacionamento com seu filho fosse apressada, aprendendo com a própria criança, que ama e é amada.

O amor, vivenciado na relação dialógica, traduzida pelos diálogos *intuitivo* e *científico*, se constituiu num processo, que aproximou as mães de seus filhos, tornando-as mais sensíveis e afetivas, facilitando a interação. Foi importante valorizar e recuperar a confiança das mães, tornando-as partícipes na relação, pois desta forma, pude compreendê-las, atuando de forma carinhosa no processo vivenciado. É importante salientar, que o objetivo foi tornar a mãe consciente do sofrimento vivenciado, compreendendo-o como um sofrimento existencial e construtivo, e que o apoio através de uma relação dialógica amorosa, pretendeu ser um dos suportes para a superação mais

rápida deste sofrimento, fazendo com que o mesmo não fosse vivido como punição, mas sim como um efeito decorrente e controlável, dando à mãe, a condição de transformá-lo em algo positivo. Segundo Travelbee (1979), os enfermeiros devem ajudar as pessoas a identificar problemas e a enfrentá-los de forma realista, reconhecendo seu papel nestas experiências.

Ajudei as mães a potencializarem o seu viver, vivenciando o momento do nascimento prematuro com amor, sensibilidade, delicadeza, paciência, sinceridade e respeito. Foi na união dos dois diálogos, *intuitivo* e *científico*, que pareceram alimentar-se um ao outro, ocorrendo num movimento simultâneo e recíproco, vivenciando o já conhecido e explicitando os sentimentos das mães, que pude ajudá-las a compreender que o desabrochar de seu filho para o mundo é um momento único, e, independente das condições adversas, ele pode e deve ser percebido, experienciado e vivenciado com muito amor e compreensão.

Neste trabalho, pude compreender que tanto o científico quanto o intuitivo são elementos indispensáveis na nossa profissão, sendo que um não pode coexistir sem o outro, pois fazer ciência sem usar a intuição, a observação e o sentimento nos leva à repetição e à mecanização, e a intuição sem o científico, leva ao vazio e à ineficiência.

Na enfermagem, estamos mais propensos a utilizar um diálogo com uma linguagem padronizada e mecânica, privilegiando a normatização técnica, eliminando do nosso dia a dia a percepção, preocupados que estamos em ser uma profissão dita científica, buscando pensar através do raciocínio lógico e formal, esquecendo da intuição, da sensibilidade, as quais, aliadas ao *diálogo científico* são primordiais no trato com o ser humano. Estas, são adquiridas somente através de muita concentração, disponibilidade, amor e respeito pelo outro e por si mesmo.

“O discurso amoroso é, hoje em dia, de uma extrema solidão. Esse discurso talvez seja falado por milhares de pessoas (quem sabe?) mas não é sustentado por ninguém; foi completamente abandonado por linguagens circunvizinhas ou ignorado, depreciado, ironizado por elas, excluído não somente do poder, mas também de seus mecanismos (ciência, conhecimentos, artes)” (Barthes apud Cardella, 1994 p.58)

Paterson e Zderad, vêem a enfermagem como arte, cuja propriedade essencial é o caráter humanístico, e acrescentam que a arte e o humano podem ser utilizados como um antídoto necessário para a despersonalização que acompanha a tecnologia científica e a mecanização (Paterson e Zderad, 1979).

A busca da convergência entre ciência e a arte vem sendo uma constante procura, repleta de polêmicas que só serão contornadas, quando sentirmos a consequência dos efeitos humanizadores na nossa assistência rotineira.

Diante desta perspectiva, acredito que o estabelecimento de uma relação dialógica, aliada à experiência, contribuiu e muito nesta vivência. Saber identificar os sentimentos contraditórios que afligiam as mães logo após o nascimento de seu filho com problemas; estar sensibilizada aguardando a mãe quando esta expressava o desejo de ver seu filho; sentir quando mãe e filho estavam preparados para interagir e qual o momento adequado para que esta interação ocorresse, tudo isto fez parte do crescimento da relação dialógica, e colaborou, no sentido de encurtamento das fases de situação de crise vivenciadas pelas mães. Como facilitadora e participante da relação, apresentei às mães o local onde estava alojado o bebê, expliquei o significado dos equipamentos, cuidei demonstrando competência técnica, apoiei as mães quando estas apresentaram reação de desespero, encorajei-as para que expressassem seus sentimentos e pensamentos, demonstrei preocupação, respeito, zelo e amor pela criança e sua mãe. É importante que o caminho a

ser seguido, seja esclarecido e iluminado, acreditando na capacidade que a mãe tem de cumprir seu papel, pois é assim que se pode incentivar o desenvolvimento da aprendizagem, onde a partir da relação amorosa, a mãe constrói o seu conhecimento.

Acredito que o cuidado amoroso, é em si transformador, na medida que promove novas possibilidades para o cliente, dando-lhe a oportunidade de experimentar na relação, a aceitação e o encontro consigo mesmo e com o seu filho, construindo o conhecimento.

Bosa e Piccinini (1994) enfatizam que é a partir do restabelecimento da condição de equilíbrio-segurança, que a mãe constrói o seu conhecimento.

No meu entendimento, o cuidado amoroso vivenciado pela relação dialógica, possibilita que as mães experimentem uma nova maneira de relacionar-se com o seu filho, na qual a aceitação, o respeito, a consideração, os limites, a responsabilidade, o compartilhar e também o amor, estão presentes.

4.2 A VIVÊNCIA COM CONQUISTA E SUA MÃE

A fim de possibilitar uma melhor compreensão de como foi vivenciar o processo de enfermagem na sua completude, relatarei detalhadamente a trajetória vivida com Conquista e sua mãe. Gostaria de reforçar que as fases não ocorreram de formas distintas, muitas vezes apareceram sobrepostas ou interligadas, num movimento de reciprocidade e simultaneidade.

Diálogo Intuitivo

Diálogo Científico



Fusão Intuitivo-Científica

No primeiro dia de prática fui **Conquista** é um pequeno
ao hotelzinho para **bebê**, internado na sala de

apresentar-me, conhecer as mães, e compartilharmos o nosso acordo para a vivência. Ao entrar, observei o quarto praticamente vazio, só havia uma mãe sentada na cama. Aproximei-me, perguntei seu nome e apresentei-me, dizendo-lhe meu nome, quem eu era e porque estava ali. Perguntei se não havia mais mães internadas, sendo que ela disse que sim, mas que estavam na UTI. Perguntei se ela já havia estado na UTI naquela tarde, sendo que respondeu que ia sempre nos horários das mamadas. Sorria o tempo todo, um sorriso triste, ausente. Demonstrava tranquilidade. O meu bebê já passou da fase crítica, disse-me ela. Agora só precisa ganhar peso para ir embora, mas não sei quando ela vai embora, acho que vai demorar. Perguntei o peso do bebê e o nome. Disse que ele já estava com 1800 gramas e que se chamava Conquista... Em seguida voltou a falar do bebê: quando soube que ela era prematura, nem sei o que pensei, senti muita tristeza, afinal o outro bebê não foi assim. Perguntei sobre o outro bebê, respondeu que era uma menina e que a avó estava cuidando da mesma. Depois ficou calada por alguns minutos, virou o rosto e fechou os olhos com se quisesse dormir. Me despedi, e disse que a veria em outro horário. No dia seguinte, encontrei-a na UTI neonatal, prestando cuidados à sua filha. Os cuidados eram prestados com destreza,

cuidados intermediários. Nasceu prematuro, pesando 890 gramas. Passou por um período em incubadora, monitorizada, com respirador artificial. Apresentou como diagnóstico, uma dificuldade respiratória importante. Ao exame físico apresenta: Temperatura: 36,7° C
Frequência cardíaca: 152bpm
Frequência respiratória: 44mpm
Dados antropométricos: Estatura: 33 cm
Perímetro cefálico: 24cm
Perímetro torácico: 21cm
Apgar no primeiro minuto 2 e no quinto 6.
Mostra-se reativa ao manuseio, ficando parada quando conversa-se com a mesma.
Postura: membros superiores e inferiores semi fletidos, olhos abertos, ativa.
Apresenta estado de vigília 4: alerta, olhos bem abertos, atento à estimulação ambiental, pode fixar o olhar, sem atividade motora e respiração regular. Apresenta-se com a pele ressecada, corada, rede venosa visível, pele fina, cabelos sedosos e finos. A cabeça tem formato oval e as fontanelas estão fechadas. O pavilhão auricular apresenta-se incompletamente formado e a mucosa oral está ressecada. O abdômen está distendido. O coto umbilical encontra-se mumificado e na genitália observamos os pequenos lábios aparentes e os grandes lábios separados. O ânus é perfurado. Nos pés apresenta pregas plantares

A mãe apesar de parecer tranquila, dá a sensação de uma falsa tranquilidade. A interação/relação mãe/recém-nascido parece prejudicada. Parece utilizar a nossa linguagem técnica de forma estereotipada.

Compara o bebê com o outro. Será que esta comparação é inevitável? Será que isto ajuda a aceitar melhor o seu filho? Será que o assunto a estava cansando? Era um assunto estressante? Não estava com vontade de conversar? Não queria estabelecer um diálogo? Sente-se mal?

O bebê chama, mas a mãe não compreende o seu chamado, ela presta os

rapidamente, sem conversar com o bebê, sem estimulá-lo, segurava-o distante de si. Na alimentação continuou segurando-o a uma certa distância. Colocou-o sobre as pernas e começou a dar o leite, utilizando uma seringa. Não aproximou o bebê ao seu corpo, não conversava, evitando o seu olhar. Os olhos do bebê procuravam os da mãe durante todo o cuidado. Aproximei-me, conversei com o bebê e estimulei a mãe a fazer o mesmo. Limitou-se a pedir por três vezes que o bebê não dormisse, e voltou a ficar em silêncio. O bebê movimentava as mãozinhas rapidamente e procurava insistentemente o olhar da mãe, principalmente quando ouvia sua voz. A mãe terminou a alimentação, fez o bebê eructar, colocou-o no berço e voltou para o seu quarto rapidamente. No dia seguinte voltei ao quarto das mães para conversar um pouco com as mesmas. A mãe de Conquista disse-me que possivelmente iria para casa logo, pois seu bebê já estava com um peso bom (2050 gramas). Parecia mais animada, mas continuava com o olhar triste e ausente, apesar do sorriso permanente nos lábios. Perguntei se gostaria de conversar sobre alguma coisa, se tinha alguma dúvida sobre o bebê. A princípio disse que não. Ficou alguns minutos em silêncio, e depois disse: Na verdade estou um pouco assustada em levá-la para

apenas no terço anterior. Os dedos são finos e longos. A glândula mamária não é palpável, o mamilo é plano e quase imperceptível. Os reflexos primários estão todos presentes (moro, preensão palmar e plantar, sucção, pontos cardeais, babinski e deambulação).

Exames realizados:

Hemograma, Sódio, Potássio, Magnésio, Cálcio e Hemoglobina. Todos estão dentro dos parâmetros normais.

Prescrição de enfermagem:

Verificar sinais vitais
respiração, temperatura e frequência cardíaca

Pesar

Fazer higiene oral

Dar banho de imersão com sabonete neutro

Registrar frequência e características da diurese e evacuações

Registrar frequência e duração das mamadas

Observar e registrar alterações respiratórias e sinais e sintomas de hipoglicemia

Manter recém-nascido agasalhado de acordo com a temperatura ambiente e registrar sinais de hipotermia

Manter recém-nascido em decúbito lateral direito após as mamadas ou ventral

Anotar surgimento e evolução de icterícia

Manter cuidados com recém-nascido em fototerapia, se necessário

Orientar e envolver a puérpera e acompanhante nos cuidados prestados ao recém-nascido

cuidados sem envolver-se com a sua filha. Será que ela não está sensível aos sinais comportamentais do bebê? Ela está infeliz com as respostas do bebê? Ou será que o bebê tem mais dificuldade em mostrar seus chamados e respostas? Parece-me haver a necessidade de compreender a mãe e reforçar a necessidade do encontro, aconchego e contato mais próximo. As vezes nos preocupamos tanto com o bebê que esquecemos que a mãe bem cuidada, melhor cuida.

Sua pressa em ir para o quarto seria para fugir da aflição? Estaria fugindo do ambiente estressante da UTI?

Qual será a maior dúvida que uma mãe tem quando seu filho é prematuro?

Pela primeira vez desde que

casa, não sei se vou conseguir cuidar dela, ela não é fácil de cuidar. Esta mãe já vinha prestando os cuidados para sua filha há algum tempo na UTI, e mostrava-se segura quando da execução dos mesmos. Conversamos sobre as dificuldades que sentia. Disse-me que apesar de estar feliz com a alta, não sentia o bebê como seu... Não sei, disse-me ela, ela parece que não liga para a gente, é tão diferente da minha outra filha... E começou a chorar. Sentei-me ao seu lado, peguei suas mãos e permaneci calada por alguns minutos. Quando ela parou de chorar, disse-lhe: Que tal se fossemos juntas ver o quanto seu bebê conversa com você. Você quer ir? Sabe, os bebês prematuros são mais lentos para nos dar respostas, e muitas vezes não entendemos a sua maneira de conversar, por isso as vezes é preciso que alguém nos mostre isto. Você quer ver? Sim, disse-me ela como um sorriso no rosto, mas agora ela está dormindo. Podemos ir amanhã? Sim, respondi, tudo bem não há problema. Continuamos dialogando amis um pouco, sendo que busquei reforçar a importância de ela ter estado sempre presente na UTI, e como isto contribuiu no desenvolvimento e restabelecimento do bebê. Senti que à medida que conversávamos ela tornava-se mais tranquila. Dialogamos ainda sobre os

Favorecer o contato mãe/pai/recém-nascido

Promover o desenvolvimento neuro psico motor (tocar, acariciar, conversar)

Conversar com os pais e apoiá-los

Dados sobre o parto:

O parto foi normal com episorafia

Dados sobre os pais:

A mãe tem 27 anos é casada e é seu segundo filho, está no hotelzinho desde que o bebê nasceu, indo todos os dias na UTI neonatal e já presta os cuidados à sua filha. O pai vem visitar as duas uma vez por dia.

Outros aspectos do diálogo científico:

Foi realizada uma entrevista com a mãe, onde a mesma conversou sobre os seus medos, falou do nascimento prematuro, disse que não sentia o bebê como seu, e que sentia muita tristeza... A mesma manifestou muita curiosidade sobre prematuridade e cuidados com o bebê em casa, o que se manifestou como o assunto de interesse de quase todas as mães entrevistadas. Na reunião realizada, onde dialogamos sobre prematuridade e cuidados com o bebê em casa, a mãe foi bastante participativa e questionadora.

Diante dos sentimentos expressos pela mãe, de medo, irrealidade, angústia, podemos dizer que ela está passando pela sensação de fracasso, ao mesmo tempo em que está retomando o relacionamento interrompido.

nos encontramos senti a mãe presente de fato no encontro e aberta ao diálogo. Procurei me relacionar chamando-a, tentei fazer a relação intuitivo científica, buscando suas angústias, suas dúvidas e ela respondeu expondo-as. Procurei ajudar a retomar o vínculo interrompido, fazendo com que a mãe construísse seu conhecimento, desta forma adaptando-se ao seu bebê. No encontro busquei incutir confiança para interações positivas. A presença foi sentida através do olhar empático mãe/enfermeira. No relacionamento buscamos partilhar o processo de desenvolvimento do bebê. Falamos por gestos, olhares e expressões faciais carinhosos, partilhamos presença. Tenho a impressão que nós da enfermagem acreditamos que as mães estão prontas para execução das técnicas, julgando-as afetivas por si próprias. Preocupamo-nos em aproximar as mães de seus bebês, mas não construímos modos e maneiras de cuidar com amor. Não estabelecemos uma relação dialógica com as mães, pois apesar de conduzirmos as mesmas para próximo de seus filhos, não procuramos incutir confiança para interações positivas. Encorajamos e reforçamos nas mães a importância de sua presença nas atividades, mas não ensinamos ou não mostramos como aproveitar

preparativos em casa, sobre quando seu marido viria buscá-la e depois despedi-me, dizendo que voltaria no dia seguinte. No dia seguinte quando cheguei na UTI, a mãe de Conquista já me esperava um pouco ansiosa. Ela começou a prestar os cuidados da maneira habitual e deixei que o fizesse, só chamando sua atenção para que observasse mais o bebê. Quando estava amamentando, ainda com o bebê distante de seus braços, aproximei-me e mostrei-lhe como o bebê procurava o seu olhar. Ensinei-a a segurar o bebê de maneira que seus olhos se encontrassem, estimulei para que estabelecesse o diálogo. De início parecia não saber como fazer, ou estava envergonhada, ou sem graça, não sei... Aproximou o bebê de seu rosto, olhou-o, acariciou-o aos poucos, e então começou a conversar. Primeiro timidamente, depois começou a falar sobre sua ida para casa, o quanto todos estavam felizes, que logo o pai chegaria... O bebê movimentava os olhos, seu olhar acompanhava o da mãe, suas pequenas mãos seguravam as mãos da mãe, parecia sorrir... Ficava parada e muito atenta enquanto a mãe conversava com ela. A mãe segurou-a mais próxima de si, levou-a próximo ao peito, segurou-a com muito carinho, estreitando-a em seus braços. O bebê movimentou-se rapidamente, os olhinhos encontraram os

estes momentos para estimular o bebê. Descrevemos e explicamos os tratamentos, buscando o relacionamento, mas temos dificuldade em compreender as limitações expressas pelas mães, não mostramos sensíveis ao contato olho a olho, mas apoiamos embora com algumas ressalvas, os esforços dos pais. Apesar de estimularmos a presença dos pais na UTI, não nos mostramos disponíveis cognitivamente e emocionalmente. Chamamos as mães para as tarefas, mas não explicamos as respostas dos bebês. Não ajudamos as mães a adaptarem-se ao seu bebê, ou a reforçarem o vínculo, mas ensinamos e incentivamos a cuidar. É como se as mães existissem apenas para dar cuidado ao bebê, mas na realidade elas precisam ser cuidadas. Junto ao bebê nós da enfermagem, estabelecemos o encontro, cuidando com gentileza, mas normalmente não conversamos durante os cuidados invasivos, não preparamos os bebês para estes procedimentos, acariciando somente ao final das técnicas realizadas. Estabelecemos o relacionamento tocando ou conversando durante o banho ou alimentação, mas nem sempre utilizamos nosso tempo disponível, apenas para acariciar ou conversar. Estamos presentes na maioria das vezes fisicamente, sem envolver-nos cognitivamente ou

da mãe, sua expressão era tranquila, sorria. O momento foi mágico, a relação/interação foi retomada. A mãe começou a compreender e a responder os chamados e respostas da sua filha. O momento era delas, deixei-as sozinhas, e de longe podia observar como o encontro tinha se concretizado, num relacionamento harmonioso, com uma presença autêntica, onde as duas chamavam e respondiam, numa troca mútua. Quando voltei à tarde, o pai de Conquista já havia chegado, e estavam prontos para ir de alta. Dialogamos ainda um pouco mais sobre Conquista, se ela ainda tinha dúvidas. Disse-me que não e que tinha certeza de que agora elas iriam se dar muito bem. Nos despedimos, sendo que os mesmos convidaram-me para visitá-los quando tivesse oportunidade.

emocionalmente. Temos medo deste envolvimento? Temos pouco tempo disponível? Como podemos ajudar os pais neste momento? Qual a melhor maneira de cuidar? Estamos preparadas para cuidar, dialogando tanto científica quanto intuitivamente? Sabemos fazer a relação intuitivo científica para ajudar as mães a aproximarem-se mais rapidamente de seus filhos? O cuidado torna-se mais humano? Que estratégias podem facilitar esta relação dialógica proposta?

4.3 O MOVIMENTO DOS CONCEITOS NA CONSTRUÇÃO DA VIVÊNCIA DIALÓGICA

Vivenciar os conceitos na prática, contribuiu para que eu pudesse entender de maneira mais clara e compreensível, como acontecia a interrelação dos mesmos. Foi na vivência que percebi claramente o papel da relação dialógica como fundamento do cuidado amoroso, pois foi a partir dela, que o mesmo foi sendo construído. À medida que cuidava, sentia que os meus pressupostos e os conceitos elaborados iluminavam o caminho traçado e seguido, favorecendo assim, a dinamicidade da metodologia utilizada.

Os *seres humanos* nesta abordagem foram as mães, seus maridos quando presentes, os recém-nascidos e a enfermeira. Estes, mostraram-se como seres individuais, capazes, sensíveis, intuitivos e abertos à opções. São seres que estão vivenciando uma situação única, com necessidade de se relacionar entre si e com os outros seres.

Para Buber apud Paterson e Zderad (1979), o homem vem a ser mais graças à sua capacidade de se relacionar em todas as formas com outros seres, desde a materialista até a espiritual, nas formas EU-TU, EU-ISSO e EU-NÓS.

O recém-nascido nascido pré termo foi o ser que foi cuidado dentro da UTI Neonatal, por apresentar um desequilíbrio orgânico, prematuridade e/ou baixo peso, que lhe ameaçavam de alguma forma a vida. Este recém-nascido vivenciava a experiência da internação ao mesmo tempo em que vivenciava a experiência do nascimento. Este é um processo doloroso, pois o momento do nascimento que deveria ser um momento de encontro e comunicação, tornou-se um momento solitário, de luta pela sobrevivência. A relação que foi estabelecida com sua mãe durante o período intra-uterino foi interrompida precocemente, sendo então modificada. O ambiente aconchegante e tranquilo que ele habitava, foi substituído rapidamente por um ambiente frio, impessoal, cercado de aparelhos e pessoas desconhecidas. Foi restabelecendo a relação consigo mesmo, com sua mãe e seu pai quando presente, e com a enfermeira, que este ser foi cuidado, influenciando e sendo influenciado pelo ambiente. É um ser capaz, que se comunica através de gestos, expressões, movimentos e olhares. É imprevisível e frágil, e bastante sensível aos estímulos que lhe são aplicados, como podemos ver na descrição abaixo:

Simpatia é um pequeno bebê de 690 gramas, na incubadora, com respiração artificial e monitorizada. Parecia não estar adaptada ao respirador, pois mostrava-se intranquila, 'fazendo caretas' e movimentando-se de maneira brusca e incoordenada. Aproximei-me de sua incubadora e comecei a conversar com ela. Percebi que conforme ia conversando, ela

mostrava-se mais tranquila e tentava movimentar sua cabeça em direção à minha voz. Acariciei-a levemente nos pezinhos e na cabeça, ela permaneceu tranquila, prestando muita atenção 'parecia sorrir'... Permaneceu calada durante todo o tempo que foi acariciada.

O bebê sentiu a presença da enfermeira e mostrou-se presente. No relacionamento, chamou através de caretas e da movimentação. A enfermeira entendeu e atendeu os chamados, acariciando-a. O bebê respondeu, mostrando-se tranqüilo. Houve um compartilhar, sendo que a partir do cuidado amoroso, o encontro e a relação EU-TU, foi estabelecida.

A mãe, é o ser que vivenciava duas situações ambíguas, o nascimento do bebê, que deveria ser um momento de alegria e tranqüilidade, e a internação de seu filho, num ambiente onde sente-se geograficamente deslocada, com pessoas desconhecidas, tornando-se uma situação de tensão, desequilíbrio, ansiedade, medo e incapacidade.

Passava por uma série de mudanças físicas, fisiológicas e psicológicas, buscando retomar o relacionamento com seu filho ao mesmo tempo em que buscava lidar com suas ansiedades e emoções. No relacionamento com a enfermeira e esposo, sentiu-se ouvida e apoiada, como podemos ver na fala da mãe de Simpatia:

'O apoio do meu marido foi muito importante neste momento. Se ele não estivesse ao meu lado, eu não sei o que faria....'

'É, você nos ajudou muito, quando conversamos sentimos muita segurança...'

Neste sentido, a relação EU-TU foi vivenciada no relacionamento, de maneira espontânea e autêntica, dando ênfase ao conhecimento da singularidade de cada ser, de acordo com (Paterson e Zderad, 1979).

A enfermeira, o ser comprometido intencionalmente com a promoção e restabelecimento da relação mãe/recém-nascido, procurou estabelecer a

relação enfermeira/mãe e pai quando presentes, enfermeira/recém-nascido e enfermeira/mãe/recém-nascido.

Ser enfermeira significou ser fonte de amor junto às mães e seus recém-nascidos pré termo, a partir do amor por mim mesma. Procurei ajudar as mães nos níveis físico, intelectual, emocional e espiritual, buscando através da relação dialógica num cuidado amoroso, a busca da harmonia, para promover o bem estar das mães e seus recém-nascidos.

Junto às mães procurei estar sensível às suas manifestações frente ao recém-nascido, conduzindo-as para perto de seu filho. Procurei inculcar confiança para que nossa interação pudesse ser positiva, deixando que as mães exprimissem seus medos, angústias e sentimentos diversos. Mostrei-me como ser presente e presença. Junto aos recém-nascidos, procurei estar sensível aos seus chamados, tocando-os, acariciando-os, conversando, prestando os cuidados. Estabeleci um relacionamento empático, tentando adaptar os meus movimentos aos seus movimentos, a minha voz às suas respostas, estando de prontidão com o *cuidado amoroso*, que foi vivenciado na relação enfermeira/mãe, enfermeira/recém-nascido, mãe/recém-nascido, enfermeira/mãe/recém-nascido. O amor mostrou-se como um sentimento possível de ser aprendido e ensinado, acontecendo livremente, desde que os seres estivessem disponíveis para tal.

Conforme, Travelbee (1979) o compromisso emocional tem lugar dentro do contexto de uma relação enfermeira-cliente. O cuidado amoroso não pode ser ordenado. Deve dar-se livremente. O grau ou classe de compromisso emocional depende da estrutura do caráter ou personalidade dos envolvidos na relação. Se estabelece-se uma relação, é porque cada ser compromete-se emocionalmente com o outro.

O cuidado amoroso, manifestou-se através de gestos carinhosos, toques terapêuticos e amorosos (toques suaves no corpo do recém-nascido), olhares sinceros e amigos, compreensão, aceitação do outro, respeito, troca de experiências e vivências e um compartilhar de informações.

Alegria fica muito tranqüila quando a toco suavemente, e quando falo, seu olhar acompanha o meu. Tenho tentado seguir um padrão de carícias, tocando suavemente sua cabeça, os braços e depois as pernas. Converso durante todo o tempo em que acaricio, e tento estabelecer sempre que possível o contato olho a olho...

Nesta vivência pude compreender que somente quando desenvolvo uma relação que envolva o relacionamento, encontro, presença e compreensão dos chamados e respostas, que posso vivenciar o cuidado amoroso. Foi adotando interiormente em relação às mães e seus recém-nascidos, uma atitude de respeito, aceitação dos mesmos tal como eles são, de amor e de confiança nas suas potencialidades para resolver os seus problemas, com atitudes impregnadas de suficiente calor humano que se transformaram numa simpatia ou afeição pela pessoa, que pude atingir um nível de comunicação onde as mães e seus recém-nascidos começaram a perceber que eu compreendia os sentimentos que estavam vivenciando e que os aceitava a um profundo nível de compreensão, sendo que nesse momento pude estar certa de que se estabeleceu o cuidado amoroso.

Para Buscaglia (1995), possuímos uma fantástica capacidade para amar, e o amor, experimenta-se na medida em que é oferecido e não tanto enquanto é recebido.

O cuidado amoroso possibilitou ainda que a mãe, através da valorização de suas potencialidades, buscasse as suas reservas internas para poder assim lidar mais facilmente com a situação de crise, desencadeada pelo processo do nascimento prematuro.

A mãe de Felicidade mostra-se com a auto estima muito baixa, sente-se culpada pelo nascimento prematuro do bebê, e muito temerosa em prestar os cuidados ao mesmo. Porém, está sempre na UTI, acariciando seu filho, tocando-o, conversando com ele. Chamo sua atenção para a importância da sua presença e quanto isto é bom para o bebê, conversamos sobre sua recuperação e mostro a ela o quanto a mesma colaborou para isto...

A mãe mostra-se mais tranqüila nos dias posteriores, já presta os cuidados com mais segurança, conversa com o bebê, reforçando a sua presença ali. Aos poucos, vai melhorando sua auto estima, aproxima-se da enfermeira e conversa sobre os cuidados prestados, acreditando no seu potencial para cuidar. É através da capacidade de aprender que o homem consegue captar a realidade, compreendê-la e transformá-la (Lessa e Pinto, 1995).

Educar é valorizar as pessoas, conduzindo-as sem prejuízo de sua iniciativa e liberdade, tendo o amor como fundamento do diálogo entre os seres, o eixo central, em um caminhar compartilhado (Byington, 1996).

O cuidado amoroso manifestou-se pela *relação dialógica*, que consistiu num partilhar de experiências enfermeira/mães/recém-nascidos e os pais, quando presentes, onde o encontro se deu de maneira sincera e com disponibilidade, sendo que os seres envolvidos se mostraram presentes, num relacionamento que envolveu chamados e respostas tanto do cuidador quanto do ser cuidado, manifestados por ações amorosas, caracterizadas por gestos, olhares, palavras e expressões corporais e faciais, vivenciadas subjetiva e objetivamente na relação. A enfermeira adotou interiormente, em relação às mães e seus recém-nascidos uma atitude de respeito, de aceitação dos mesmos tal como eles são, de amor e de confiança nas suas potencialidades para resolver os seus problemas.

A mãe de Alegria, está muito contente porque colocaram o bebê em seus braços. Pergunta sobre o seu desenvolvimento, se vai embora logo. Conversa com o bebê, adapta

o seu ritmo de voz ao ritmo do bebê. Chama com o olhar, estabelece o encontro no contato olho a olho.

Concorro para que a mãe interaja com o bebê sem no entanto, aproximarme, pois a mesma está retomando o relacionamento interrompido. A sua aproximação do filho é importante para que assim busque reservas internas, para superar mais rapidamente o processo desencadeado quando do nascimento prematuro.

É quando se atinge um nível de comunicação, onde as mães e seus recém-nascidos percebem que a enfermeira compreende os sentimentos que estão experienciando e que os aceita a um profundo nível de compreensão, que se estabelece a relação dialógica.

A enfermeira deve entrar na relação, com a convicção de que a sua confiança e a sua compreensão do mundo interior das mães e recém-nascidos, provocarão um significativo processo de transformação. Precisa entrar como uma pessoa que se insere numa relação pessoal. Deve entrar totalmente na relação, sem pensar nela conscientemente, sem preocupação, sem barreiras emocional ou cognitiva.

Quando se dá esta unidade completa, esta singularidade, esta plenitude da experiência na relação, é que, segundo Hycner (1995) se alcança a qualidade de 'fora do mundo'. Dá-se neste momento uma verdadeira relação EU-TU, uma vivência da experiência que existe entre as mães seus recém-nascidos e a enfermeira. É o ponto culminante, onde a enfermeira se deixa flutuar na corrente da experiência ou da vida, descobrindo que isso a torna cada vez mais próxima das mães e seus recém-nascidos, possibilitando a ambos deixar-se ir no processo de 'vir a ser mais' (Hycner, 1995).

A relação dialógica é inerente à *enfermagem*, que nesta vivência, foi reconhecida como diálogo vivo quando vivida intensamente, compartilhando

experiências, indo ao encontro um do outro, respeitando, compreendendo as limitações e dificuldades do outro e valorizando suas potencialidades.

A mãe de Conquista apesar de parecer bem nos nossos encontros, dava-me sempre uma sensação de tristeza, apatia e ansiedade.

“Acho que irei logo para casa, pois meu bebê já está com um peso bom, mas não sei quando vai ser... Silêncio... com um olhar triste e ausente”

Sabe prestar os cuidados ao seu bebê, mas não envolve-se nos mesmos. Procurei chamá-la, buscando saber sobre os seus medos, e ela respondeu, expondo-os.

“Estou um pouco assustada em levá-la para casa... Não sei, ela parece que não liga para a gente...”

Ao mesmo tempo respondi, procurando ajudá-la a retomar o vínculo interrompido e tentando adaptá-la ao seu bebê.

“ Sabe, os bebês prematuros tem uma certa dificuldade nas respostas. Eles são um pouco mais lentos do que os outros bebês. Mas sua presença constante na UTI tem sido muito importante. Que tal se fossemos juntas ver como o seu bebê responde aos seus chamados?”

Valorizei a sua presença constante na UTI. No encontro, busquei incutir confiança para interações positivas. A presença foi sentida através do olhar empático enfermeira/mãe. No relacionamento, buscamos partilhar o processo de desenvolvimento de seu filho. O diálogo enfermeira/mãe foi estabelecido.

Para Paterson e Zderad (1988), a enfermagem é vista como um diálogo vivo, uma forma particular de relação intersubjetiva, onde um vai ao encontro do outro. O termo diálogo também implica em comunicação, não em termos de apenas enviar e receber mensagens verbais e não verbais, mas em termos de chamados e respostas. Envolvidos no diálogo estão o encontro, a presença, o relacionamento, o chamado e a resposta (Paterson e Zderad, 1988).

Na vivência, estes elementos do diálogo apareceram de forma articulada, sendo que o compartilhar de experiências foi tão expressivo na riqueza de significados, na vivência empática, no conhecimento um do outro e no olhar em direção, que me fez compreender a importância da *enfermagem* como diálogo vivo. É somente voltando o nosso olhar para a nossa maneira tradicional de cuidar e buscando a adoção de uma prática humanizadora, que poderemos não só compreender as situações vivenciadas por cada um dos clientes, mas sim, ter uma melhor compreensão de nós mesmos e do outro.

Cuidando do recém-nascido em situação crítica e da mãe em uma situação de ansiedades e conflitos, consegui reforçar minha crença de que o conhecimento da enfermagem ultrapassa o significado objetivo, pois é compartilhando experiências numa relação amorosa centrada na intersubjetividade que vivenciamos o encontro, e nele percebemos a importância de se mostrar presente tanto física quanto cognitivamente, para assim compreendermos os chamados e respostas das mães e seus recém-nascidos pré termo.

A mãe de Alegria está preocupada com seu filho, ela observa, examina e pergunta sobre tudo. Acaricia o seu bebê com força, com se quisesse lhe passar energia. O bebê responde, agitando-se. Dialogo, querendo saber se ela observa as reações do bebê enquanto o acaricia. Olha-me com uma expressão confusa, como se não me entendesse. Mostro que quando ela aperta a perninha do bebê, ele agita-se como se estivesse reclamando, e que quando acariciamos levemente ele fica tranquilo. É assim que ele conversa, digo-lhe. Ela olha-me e ri, mas passa a mão levemente na sua perna, observando. 'É verdade, parece que ele está sorrindo', diz. Começou a conversar com o bebê e observou que ele procurava virar a cabeça em sua direção. 'Que engraçado, disse ela, ele quer mesmo conversar'.

A mãe, através de um ato amoroso, valida o potencial do recém-nascido para relacionar-se, estabelecendo o encontro.

Buber (apud Cardella, 1994 p.60), afirma “descubro em você exatamente por meio de meu amor acolhedor... o que você está destinado a tornar-se”.

Foi no encontro, mantendo o relacionamento, que mostrei às mães como os bebês chamam e respondem. Cuidei, estabelecendo a relação dialógica, orientando sobre as respostas favoráveis de seu bebê, quando ele queria descansar, quando precisava ser estimulado. Para sentir quando a mãe queria e precisava ser orientada sobre os chamados e respostas, para entender quando precisava intervir na relação, precisei dialogar intuitivamente, estabelecendo a relação dialógica, primeiro com a mãe, para assim poder cuidar também de seu filho. Na prática consegui compreender a enfermagem como diálogo, quando minhas ações de cuidado estavam impregnadas de amor, sendo que este diálogo foi vivenciado em um *ambiente*, que neste contexto, compreendeu o mundo ou o espaço interno e externo à mãe/recém-nascido, fornecendo os elementos para que os mesmos pudessem vir a ‘ser mais’. O ambiente externo, caracterizou-se como a UTI Neonatal, que até então era desconhecido ao cotidiano das mães e pais. Este espaço externo, mostrou-se como uma área temida pelas mães e pais quando presentes. Apresenta-se como um local repleto de equipamentos estranhos e procedimentos especializados, onde rostos desconhecidos realizam uma série de procedimentos invasivos e muitas vezes agressivos, com uma linguagem técnica incompreensível para os pais dos recém-nascidos ali internados. Neste local, onde os pais sentem-se deslocados, devido todas as tensões do tratamento intensivo, como podem eles lidar com as supostas ou potenciais tragédias dos bebês que os cercam e com o destino desconhecido de seu próprio filho?

A mãe de Simpatia quando fala do nascimento de sua filha, fica como os olhos cheios de lágrimas. ‘Fiquei desesperada quando soube que ela era prematura e precisava ir para a UTI, pois é para lá que vão os bebês com risco de vida. Tive muito medo de perdê-la, e

ainda hoje tenho, pois assim como eles melhoram um pouco, logo em seguida já podem piorar. A gente nunca sabe o que vai acontecer...'

O ambiente mostra-se difícil para se fazer avaliações detalhadas e definitivas, pois difere não apenas no ambiente físico, mas também na população e sensibilidade da equipe. O espaço ou ambiente interno, compreendeu os conflitos e crises vivenciados pela mãe e recém-nascido quando do nascimento prematuro, influenciando na relação mãe/filho, podendo dificultar e/ou limitar a sua retomada, inibindo o processo normal de apego. As crenças e valores dos pais e enfermeira também fizeram parte deste ambiente interno, e influenciaram tanto na relação como no cuidado prestado. Neste ambiente, procurei criar ambientes de encontro, com a finalidade de promover o *bem estar ou melhor estar* dos envolvidos, oferecendo além dos cuidados intensivos, atendimento à família, principalmente às mães, pois eram estas que se encontravam geralmente na UTI Neonatal. Procurei na medida do possível, reduzir a angústia e os efeitos nocivos da separação precoce, além de atuar diretamente nas situações de crise, buscando o encurtamento de suas fases. Considerei o contato amoroso dos pais com o seu recém-nascido em termos de presença, carícias e aconchego, profundamente importante, favorecendo a construção de seus vínculos. Procurei, numa relação dialógica, acolher e confortar as mães ou os pais, quando estavam presentes, para assim desenvolvermos um elo de confiança entre pais e equipe, buscando durante todo o processo de hospitalização o bem estar e estar melhor da mãe e seu recém-nascido pré termo. Dividi com as mães o cuidado e os progressos de seu bebê.

Felicidade passou da unidade de cuidados intensivos para a de cuidados intermediários. Sua mãe, sente-se um pouco insegura em relação ao bebê. Não sei, não consigo ainda senti-lo como meu... parece que vocês sabem cuidar melhor dele..

Mostrei-lhe a importância da sua presença, do cuidado que ela prestava. Mostrei como na amamentação, ela podia estimulá-lo. Reforcei o quanto o bebê estava bem em termos de desenvolvimento e o quanto a mesma contribuiu para isto. Falei-lhe que os bebês prematuros são mais lentos nas suas respostas, e mostrei-lhe como eles respondem aos chamamentos de sua mãe.

A par de uma melhor compreensão da mãe acerca do bebê, procurei melhorar a qualidade de vida dos mesmos e de seus pais, abrindo caminho para um desenvolvimento pleno do ser humano, buscando mais humanização. Esta **humanização** caracterizou-se pelo cuidado amoroso, onde ações compartilhadas foram importantes para favorecer o melhor estar das mães e seus recém-nascidos.

A partir do amor consigo mesmo e com os outros, promove-se a saúde e a qualidade de vida (Valverde, 1997).

Pude compreender nesta vivência, que práticas humanizadoras só serão possíveis se desenvolvermos uma relação de troca com o nosso cliente, num cuidado amoroso, onde estas ações compartilhadas irão favorecer a compreensão da vivência e experiência, e estimular a participação das mães/recém-nascidos/enfermeira, e toda a equipe de saúde.

Pude observar ainda, que não é possível prestar um cuidado humanizado, se a equipe não buscar a sua humanização. Isto será possível, através da busca do auto-conhecimento, de boas condições de trabalho, do uso da subjetividade aliada ao conhecimento objetivo, do respeito, e do carinho de uns com os outros.

Para Jung (1992), o auto conhecimento é o domínio imediato da consciência, permitindo a sintonia com a situação global que envolve-nos com as pessoas ao nosso redor e com o ambiente do aqui e agora, como um todo.

Humanizar neste contexto, caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro, e saber observar e ouvir com paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto, fazem crescer. É só nesta troca que humanizo, porque assim, posso me reconhecer e identificar como gente, como ser humano.

A mãe de Conquista ao conversar sobre a alta da filha, comenta sobre sua alegria, mas também sobre sua insegurança sobre o bebê. 'Não sei, disse-me ela, ela parece que não liga para a gente, é tão diferente da minha outra filha... E começou a chorar... Sentei-me ao seu lado, peguei suas mãos e permaneci calada por alguns minutos. Mostrei-me presente e presença...

Vivenciando este momento com a mãe, pude compreender melhor suas ansiedades. No silêncio, pude me reconhecer como ser que cuida e precisa ser cuidado.

A humanização, caracteriza-se ainda, por uma equipe interessada no cliente, importando-se com o mesmo, buscando unir-se a ele, e ainda assim, disposta a desafiá-lo de uma forma amorosa, almejando o bem estar e melhor estar das mães e seus recém-nascidos.

5 IMPLICAÇÕES E FUTURIDADE

A essência do trabalho da enfermeira é a unidade entre o pensar e o fazer, entre o aprender e o ensinar, e nada disso se dá se não apreendermos o encontro na relação dialógica

O final do século, desponta como o início de uma nova era, onde se almeja segundo Capra (1982), passar de uma visão mecanicista para a visão de um todo dinâmico, indivisível, no qual as partes são essencialmente inter-relacionadas. Neste sentido, uma enfermagem comprometida com a melhoria da qualidade do cuidado, há que preocupar-se com a busca de mais humanização.

Ao refletir sobre a minha vivência na UTI Neonatal com mães e recém-nascidos pré-termo, dou-me conta de que o caminho a ser trilhado pela enfermagem na busca de mais humanização na assistência à saúde das pessoas é ainda muito árduo e longo. Por este motivo, não pretendo apresentar soluções, pois acredito, como tantos outros autores, que as verdades não são absolutas, e entendo que elas vão sendo instauradas num consenso de comunicação, em que as vivências podem servir de base à colocação de novas questões, negociações, ou alterações de modos de pensar e agir. O que posso afirmar, é que, nesta experiência, a relação dialógica, que envolveu o encontro, a presença, o relacionamento e chamados e respostas, mostrou-se como o alicerce na construção do cuidado amoroso, retratando um cuidado de enfermagem mais individualizado e humanizado.

Cuidar amorosamente, a partir de uma relação dialógica, permitiu o envolvimento entre enfermeira/mães e recém-nascidos pré-termo, ativando o componente moral de dever sem obrigação, possibilitando um clima que favoreceu aos seres envolvidos o acesso de cada um ao 'ser mais'. Mostrou-se também esta relação dialógica, como um processo interativo de crescimento e desenvolvimento, num movimento contínuo, possibilitando a construção do conhecimento, sendo que as mães reconheceram e se deram conta do processo vivenciado, experienciando-o como um processo decorrente e controlável, que as aproximou mais rapidamente de seu filho.

Vivenciar esta experiência com as mães e seus recém-nascidos pré termo, implicou em desenvolver junto com as mães, cuidados, em atitude paciente e mais próxima do olhar amigo. Na qualidade de enfermeira, a intencionalidade convergia para o ouvir e compreender os questionamentos dos pais, facilitando para que expressassem suas angústias e ansiedades, porém atenta ao reconhecimento daquelas situações que poderiam influenciar negativamente na formação do vínculo e interação, já que esta formação era extremamente importante no processo de enfermagem em construção.

Pude perceber nas falas das mães, que muitas vezes essas atitudes não são o forte em valorização pelos profissionais da saúde. Quanto mais a equipe se esforçar no alcance de vínculos e interação com clientes, mais bem sucedida será na promoção de uma boa qualidade de assistência à vida e saúde dos mesmos.

O cuidado amoroso, na perspectiva desta dissertação, proporcionado a partir da relação dialógica, apresentou-se como um imperativo para que, como enfermeira, numa relação transacional, pudesse ser vivenciada uma experiência existencial que permitiu o auto-conhecimento e o conhecimento do outro, levando à mais humanização no cuidado de enfermagem.

Durante o processo, na busca intencional da relação dialógica, tropecei algumas vezes, ora por dificuldade em oferecer uma presença genuína e um diálogo autêntico, ora por dificuldade em compreender o diálogo das mães e recém-nascidos pré-termo, pois habituados que estamos com o lado objetivo e técnico, muitas vezes mesmo com esforço, recaímos, embotando a nossa sensibilidade e subjetividade. Acredito que leituras, momentos de reflexão e concentração ajudaram muito na superação destas dificuldades, levando-me a assumir compromissos e a ampliar a minha maneira de ver e perceber, proporcionando um cuidado amoroso às mães e seus recém-nascidos pré-termo. Tudo isto possibilitou uma visão mais ampla dos inúmeros fenômenos que se manifestaram e se refletiram, tanto na minha vivência profissional quanto na minha vida pessoal.

Muitas vezes no decorrer da vivência, a caminhada foi solitária, já que minhas reflexões sobre o que ouvia sensivelmente, faziam-me mais introspectiva, dialogando com minha interioridade para cuidar indo além da execução técnica de procedimentos e rotinas. Assim, estive compartilhando experiências com as próprias mães e seus recém-nascidos pré-termo, estando aberta aos questionamentos e questionando a mim mesma e ao outro a quem cuidava, numa vivência autêntica. O que se observa no ambiente da UTI Neonatal, é que ainda nos encontramos como enfermagem, centrados no fazer e desenvolver habilidades e procedimentos, valorizando a objetividade antes da sensibilidade e intuição. Pouco a pouco, porém, o compartilhar, envolveu a equipe, que foi se mostrando preocupada com o cuidado humanizado, apesar das várias atividades rotineiras e práticas previstas normativamente para serem desenvolvidas no dia a dia da UTI Neonatal. Pudemos então, juntos, trocar experiências, refletir sobre o referencial utilizado, e tecer estratégias para a construção do cuidado amoroso, a partir da relação dialógica, na rotina diária da UTI Neonatal. Este ambiente da UTI Neonatal, tão conhecido das

enfermeiras, manipulando equipamentos complicados e passando grande parte do tempo debruçadas sobre os bebês, com expressões sisudas nos rostos, é compartilhado com as mães, que o sentem como um ambiente estranho e tenso, dificultando a interação com o seu filho. Ali, as mães são ensinadas a cuidar do bebê observando sinais que alertam ao desenvolvimento biológico, mas declinamos de ensinar-lhes a observar os chamados e respostas na interrelação com seus bebês. Como poderíamos abrir mais, esta importante aprendizagem? Pude observar que a maioria das mães, não conversa com o bebê. Será que elas não querem conversar? Será que elas se sentem inibidas? Nesta experiência, esta aprendizagem se dava quando fazíamos o cuidado, conversando com o bebê e a mãe, participando desse diálogo, e entrando em cena, também. Na prática da 'mamãe canguru', as mães também não se mostram muito convencidas da eficácia da mesma. Ou será que elas se sentem pouco a vontade em um ambiente sem privacidade?

Chamou-me a atenção a insegurança das mães na UTI, e refleti também quanto ao cuidado que ela se encarregaria com o bebê em casa. Será que não precisamos fazer um acompanhamento domiciliar? Como fazê-lo? Será que não precisamos estruturar a nossa equipe para atender estas mães? De que modo os serviços de saúde poderiam se organizar para atender situações como estas aqui experienciadas?

Muitas são as indagações, algumas que supúnhamos, e outras que a compreensão desta experiência mostrou. Sabemos hoje, que muito se tem ainda a fazer, e no momento, o importante é não nos descuidarmos de que na UTI Neonatal são no mínimo, dois os pacientes: o recém-nascido e a mãe, (acredito que três, quando o pai também se mostra presente na UTI) e, é proporcionando um cuidado amoroso também à mãe, e/ou ao pai, que poderemos cuidar amorosamente do recém-nascido. Neste sentido, a relação dialógica mostrou-se como a melhor condição para, apoiarmos os esforços

dos pais, ensinar-lhes a cuidar de seus bebês, mostrar como captar os sinais que o bebê apresenta, como conseguir sorrisos e contato olho a olho e como tocá-los, sabendo o que esperar do bebê e deles mesmos. Dessa experiência, aprendemos que podemos editá-la em vídeos, para que os pais possam acompanhar o desenvolvimento de bebês egressos da UTI, facilitando assim por parte dos mesmos, a percepção dos padrões de crescimento e necessidades especiais de seus filhos. Nessa edição, pode-se descrever a aparência do bebê antes dos pais entrarem no berçário, a fim de mostrar a possibilidade de contar com mais segurança na participação, assumindo o cuidado de seus bebês. Dismistificar o lidar com a incubadora, o estar perto dos aparelhos, dos fios, destacando a importância da presença dos pais e quanto o bebê espera ansiosamente para ser visto e tocado pelos mesmos. Outro aspecto vital, é assisti-los na transição que ocorre após a alta, montando grupos de pais uma vez por semana ou ligando a família com recursos comunitários envolvidos no atendimento domiciliar. Providenciar cadeiras de balanço ou cadeiras confortáveis, possibilitando às mães embalar os seus bebês em ambientes agradáveis e privativos. Introduzir novas práticas que favoreçam a humanização, mas necessariamente engajar e estimular as mães para participarem das práticas já existentes. Manter a UTI Neonatal aberta aos pais, 24 horas por dia, com uma proposta educativa de enfermagem sistematizada, no intuito de construir ações flexíveis quanto à visita de avós, tios, primos ou irmãos, pois é importante que a família seja encorajada a trabalhar junto com os pais durante a crise desencadeada pelo parto prematuro, ajudando-os a conversar sobre suas ansiedades, dificuldades e limitações, e acompanhando o desenvolvimento do recém-nascido.

Neste estudo, pude reforçar a minha crença de que a presença da família é primordial para que o recém-nascido e a família potencializem o bem estar na situação vivida. A presença dos pais na UTI Neonatal, prestando cuidados,

acariciando, tocando e conversando com o seu filho, contribuiu não só para reforçar a interação pais/recém-nascidos, mas evidenciou também os benefícios para os mesmos, no sentido de diminuir a ansiedade com relação ao processo vivenciado. Um limite nesta experiência está em ter convivido com apenas um dos pais, e em não ter eu, como enfermeira, tido a oportunidade de conviver com avós, tios e outros parentes, pois os mesmos ainda não tem, na norma instituída, acesso livre na UTI, e não tive chance de encontrá-los fora da instituição. Porém, ficou claro, o quanto os pais gostariam que as visitas fossem liberadas, no sentido de dividir as tarefas estressantes e estafantes quando vividas apenas a dois, e, também para promover a ampliação do vínculo familiar, a partir da relação com o recém-nascido.

Pude observar, na prática, que o desenvolvimento de potencialidades humanas foi possível, tanto em relação aos clientes como em relação a mim mesma. Com os clientes, aprendi a reconhecer minhas potencialidades, bem como minhas limitações, processo este doloroso, mas nesta caminhada foi possível descobrir-me, levando-me a um crescimento pessoal e profissional, estimulando a minha intersubjetividade, indo ao encontro do outro.

O emergir da intersubjetividade tornou o ser e o fazer muito interrelacionados. Na assistência habitual, observamos que as ações de enfermagem estão mais centradas em procedimentos técnicos, no 'fazer', o que torna a situação de enfermagem opaca e obscura, sendo que numa experiência interhumana, o brilho está no significado, no 'ser' da enfermagem.

É a partir desta interrelação, segundo Paterson e Zderad, que enfermeiro e cliente passam a se ver como seres humanos vivendo as experiências similares, em contextos diferenciados.

A união da subjetividade com a objetividade mostrou-se como fios entrelaçados, buscando a confecção de uma trama com cores diferenciadas, num cenário diferenciado: a relação dialógica. Neste sentido, creio que a experiência foi mais bem sucedida na compreensão dos significados daquilo que é vivenciado pelas mães quando do nascimento de filhos prematuros. Pude olhar a referida vivência sob outra ótica, buscando a relação da vivência (senso comum, expressões, olhares, gestos, etc.), com resultados da experiência científica com mães e bebês pré-termo (características do recém-nascido pré termo, conhecimento de técnicas humanizadoras, etc.). A aproximação dessa abordagem científica, no entanto, não deixou que o conhecimento prévio confundisse a compreensão do fenômeno, mas trouxe lucidez diante do vivido, numa leitura traduzida do intuitivo para a linguagem científica, o que contribuiu para olhar as vivências daquelas mães associadas ao que mostram, em suas singularidades outras mães nessas situações, e arrancar daí, algo positivo.

Vir de lá para cá com o intuitivo, mostrou-se como um desafio, mas favoreceu a proximidade, permitindo um transcender a objetividade de gestos e ações. Muitas vezes, queremos comandar, decidir, e esquecemos que o primordial é primeiro pararmos para 'ouvir' o outro, compartilhando experiências e permitindo o conviver com emoções e expectativas. Neste estudo, o intuitivo manifestou-se não apenas como o elemento do saber, que trouxe qualidade para a tradução da compreensão da ciência, mas sim, como a condição essencial para que a ciência se estabelecesse. Era do intuitivo manifesto que percebia como enfermeira, o saber ainda desestruturado, com o qual tinha eu, a obrigação profissional de estruturá-lo ou re-estruturá-lo e então, re-socializá-lo em novos exercícios de relação dialógica. Pude compreender também a tecnologia e o conhecimento científico como

instrumentos, os quais aliados à sensibilidade e intuição, permitiram um cuidado amoroso, numa experiência mais compartilhada e mais plena.

Cuidar de mães e seus recém-nascidos pré-termo, numa relação dialógica centrada no amor, em que foi valorizado tanto o caráter objetivo quanto o subjetivo das situações vivenciadas, ofereceu às mães, suporte para superar mais facilmente o processo de sofrimento ou crise, desencadeado quando do nascimento prematuro, aproximando-as mais rapidamente de seus filhos. Para os recém-nascidos, este processo ajudou a reforçar os seus vínculos com a sua mãe e lhes proporcionou mais tranquilidade, favorecendo o melhor estar. Para a enfermeira, neste processo, o exercício de usar da intuição e sensibilidade possibilitou não só cuidar melhor (com mais amor) do outro, mas cuidar de si mesma, enquanto pessoa e profissional da saúde, fornecendo subsídios para reflexão, amadurecimento e conhecimento mútuo entre os seres. Cada ser que experienciou esta vivência, deparou-se necessariamente com suas limitações e potencialidades para cuidar e aprender.

Ao lado de meus colegas de profissão pude compartilhar construção de conhecimentos, junto com emoções. Nas situações, aprendíamos mais e mais a importância da relação inter-humana no nosso dia a dia, e convivemos em experiências. Esta vivência vem ao encontro do pensamento de Paterson e Zderad quando dizem que se pode aprender na situação de enfermagem, compartilhando com os colegas de profissão. Foi prazeroso tomar consciência disso, nesta prática assistencial.

O referencial utilizado favoreceu uma melhor compreensão do ser humano, aprendendo a ouvir o que geralmente não é verbalizado, a enxergar o que não se mostra ao primeiro olhar, e a perceber melhor o que cada cliente queria expressar. Disto, decorreu fortalecimento de atitudes humanas, reconhecendo

as situações de enfermagem como experiências existenciais, sendo que estas, nos levam ao conhecimento da qualidade humana do ser.

Na possibilidade deste referencial, ainda vejo que foi possível operacionalizar muitos conceitos, mostrando seu dinamismo, harmonizando subjetividade com objetividade e sensibilidade com apropriada lógica, o que permitiu a multidimensionalidade da compreensão de situações, sem perder de vista o foco, na dialogicidade e no amor, dando coerência dentro da diversidade. Na Unidade de Internação Neonatal, o referencial foi adequado, pois permitiu maior integração entre a equipe e a clientela, convergindo para a construção do conhecimento de cada cliente, levando a um envolvimento mais profundo, criando um ambiente mais rico em estímulos auditivos, visuais e sensoriais, sugerindo assim, a possibilidade de se modificar o cuidado prestado às mães e seus recém-nascidos pré termo.

Esta nova maneira de pensar, sentir e de cuidar, implica em uma outra oportunidade de exercitar a sensibilidade e a troca, e constitui-se em um firme aprendizado humano.

A partir desta vivência, reconheço que cuidar é sempre possível e prazeroso, não importa em qual situação, desde que os seres estejam abertos para viver a experiência em máxima plenitude possível. A utilização do referencial, em diferentes cenários, pode ser assim vislumbrada, introduzindo e valorizando nas nossas práticas, as idéias de movimento e fluidez, e as pequenas mudanças nas ações cotidianas, levando à novas linguagens de possibilidades, aliando-se subjetividade e objetividade, sensibilidade e intuição, construindo alternativas concretas e viáveis na busca de mais humanização na enfermagem.

O amor como elemento profissional deve ser visto como qualidade ética na expressão da enfermagem, construído no processo de ensinar-aprender.

Apesar do pouco que ainda investimos na explicitação do amor em processos de enfermagem, podemos através da busca do auto conhecimento, reinventar a arte de amar. Como diz Silva (1994), o crescimento e o conhecimento interior levam a um grau de aceitação e auto estima capazes de restabelecer a capacidade perdida de amar aos outros, à vida, e, fundamentalmente, a nós mesmos.

A presença do amor na tessitura do cuidado, pode favorecer a transformação, envolvendo uma mudança de valores e evolução, preparando o mundo para um discurso e uma vivência mais afetivas que racionais. Em práticas desta natureza, emergem subsídios para a construção do conhecimento, envolvimento e participação dos profissionais e engajamento dos serviços de saúde, mostrando-se como uma contribuição a esta preocupação que se torna cada vez mais premente na enfermagem – a qualidade do cuidado.

Nesta experiência vivenciada com mães e bebês pré-termo, a semente foi plantada. A equipe mostra-se disponível e as colegas enfermeiras, onde trabalhamos, mostram-se animadas, inspiradas e refletindo sobre suas maneiras de cuidar, procurando ir em direção a uma experiência mais aproximada com esta proposta.

Buscar outras maneiras de cuidar, ensinar e aprender enfermagem irá, sem dúvida, nos auxiliar na busca por um cuidado de melhor qualidade, visando ‘mais humanização’, na expressão freireana de “ser-mais”, e então estarmos todos envolvidos com ações centradas em um cuidar com amor.

Este trabalho, poderá contribuir para um repensar a vigência da humanização na Enfermagem, integrando o intuitivo com o científico, a sensibilidade com a lógica, tendo como eixo central o amor, com a possibilidade de restaurar e fortalecer os vínculos mãe/recém-nascido pré-

termo. Poderá ainda, servir de encorajamento para outros trabalhos que visem a melhoria da qualidade do cuidado, nesse olhar de “mais-ser”, tanto para estudantes da graduação e pós graduação, como para a equipe de enfermagem, no trato com clientes. Na prática, mostra-se como uma possibilidade, desde que incorporado pela vivência da equipe institucional dos serviços de saúde, no redirecionamento do cuidado dialógico e, portanto, amoroso.

Neste sentido, a experiência me leva a repensar o ensino formal de enfermagem, e vê-lo de modo mais amplo, buscando (re) introduzir e (re) valorizar os vários saberes, construindo eixos teóricos que como este, possam ir além do biológico, buscando o “mais-ser” de quem cuida e de quem é cuidado, no respeito aos direitos inalienáveis aos homens, e ao atributo de construtor da relação dialógica como uma condição de viver a enfermagem numa prática centrada no amor.

6 BIBLIOGRAFIA

6.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Rubem A. Conversas com quem gosta de ensinar. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1984
- ARRUDA, Eloita P. N. e SILVA, Alcione L. Cuidando e confortando: um programa emergente de pesquisa em enfermagem Revista Texto e Contexto. Florianópolis, v.3, n.1, p. 116-127, 1994.
- BARBOSA, Sayonara de Fátima F. Indo além do assistir-cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em Unidade de Terapia Intensiva. Florianópolis, 1995, 180 p. Dissertação (Mestrado) Curso Enfermagem da UFSC, Florianópolis.
- BÍBLIA. Coríntios. Português. Bíblia Sagrada. Tradução na linguagem de hoje. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil, 1965. Cap. 13, p. 7-13.
- BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. Revista Latino-americana enfermagem Ribeirão Preto, v.2, n.1, p.69-82, janeiro 1994.
- BOSA, Cleonice A. e PICCININI, Cesar A. Temperamento infantil e apego mãe-criança: Considerações teóricas. Psicologia Teoria e Pesquisa. Brasília, v. 10, n.1, p 193-212, 1994
- BUBER, M. Eu e Tu. São Paulo: Moraes, 1974.

- BUSCAGLIA, Leo F. Amor. Rio de Janeiro: Record, 1995
- BYINGTON, C.A. B. Pedagogia simbólica: a construção amorosa do conhecimento do ser. Rio de Janeiro: Record, 1996
- CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARDELLA, Beatriz Helena P. O amor na relação terapêutica – uma visão gestáltica. São Paulo: Summus, 1994.
- CARMICHAEL, Leonel. Manual de psicologia da criança. São Paulo: EPU, 1975.
- CARPER, B. A. Fundamental patterns of knowing in nursing. ANS. v.1, n.1, p. 13-23, 1978
- CASTRO, Denise S. Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva –Análise Fenomenológica. Ribeirão Preto, USP, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1990.
- CHANLAT, J.F. A caminho de uma nova ética das relações nas organizações. Revista de Administração de empresas FGV, São Paulo, v.32, jul/ago, p.68-73, 1992.
- DUROZOI, Gérard, ROUSSEL, André. Dicionário de Filosofia. 2ª ed, São Paulo: Papirus, 1996.
- FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Florianópolis, 1995 (Mimeografado)
- FITZPATRICK, Joyce J., WHALL, Ann L. Conceptual models of nursing analysis and application. Maryland: Prentice-Hall, 1983.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 9ª ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
- FROMM, Erich. A arte de amar. Belo Horizonte: Itatiaia, 1995.
- GEORGE, Júlia B. Teorias de Enfermagem. Trad. De Regina Machado Garces. Porto Alegre : Artes Médicas, p. 224-253, 1993.
- GILLIE, Oliver. Acalentando para viver. The Sunday Times Magazine. Londres, dez. 1984.

GILLIGAN, C. *In a different voice: Psychological theory and women's development.* Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.

GOÍS, Cesar W. de Lima. *Escuela de formacion de biodanza.* Módulo I, 1995.

HESBURGH, Theodore M. Aprender a fazer ou a ser. *Revista Diálogo.* Porto Alegre, v.15, n. 2, p.35-39, 1982.

HAYS, Joyce S., LARSON, Kenneth. *Interacting with patients.* New York: The MacMillan Company, 1978.

HYCNER, Richard. *De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica.* São Paulo: Summus, 1995.

JATOBÁ, Ana Izabel et al. A reunião científica como oportunidade para o exercício da prática do cuidar em Enfermagem. *Revista Texto e Contexto* Florianópolis, v.4, n.1, p.93-109,, janeiro/junho, 1995.

JUNG, C. G. *O homem e seus símbolos* – “chegando ao inconsciente”. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

KAPLAN, D. M. e MASON, E. A Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder. *Am. Journal Orthopsychiatry* 30: 539-552, 1960.

KLAUS, M. H., KENNEL, John H. *Pais/bebê: a formação do apego.* Porto Alegre : Artes Médicas, 1992 , p.170-244.

_____. Atualização do conceito de vínculo pais-bebês. In: *Anais do Primeiro Encontro Brasileiro para o estudo do psiquismo pré e peri natal.* São Paulo: ABREP, 1993. P. 145-164.

KEATING, Kathleen. *A terapia do Amor.* São Paulo: Pensamento, 1992.

LESSA DILLY, C. M., PINTO DE JESUS, M. C. *Processo educativo em Enfermagem:* educação em saúde. São Paulo: Robe Editorial, 1995

MALDONADO, Maria Teresa. *Como cuidar de bebês e crianças pequenas.* 1ª ed. São Paulo : Saraiva, 1993, 121p.

MATURANA, H. *EL sentido de lo humano:* convivência, aceptación y creatividad. Santiago: Ediciones Pedagógicas Chilenas, 1991.

- MIURA, Ernani e col. Neonatologia- princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, p.73-92, 1991.
- MONTICELLI, Marisa. O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. Florianópolis, UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado) Curso de Enfermagem, Florianópolis, 1994.
- PATERSON, Josephine G., ZDERAD, Loretta. Enfermeria Humanística. México: Limusa, 1979.
- _____. Humanistic Nursing. 2nd ed. New York: National League for Nursing, 1988.
- PATRÍCIO, Zuleica M. A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e eu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural. Florianópolis, UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado) Curso de Enfermagem, Florianópolis, 1990.
- PEGADO, P. Saúde e produtividade. Revista Proteção. Novo Hamburgo, n.44, p. 52-57, 1995.
- PEREIRA, Wilza R., BELLATO, Roseney. O trabalho da enfermeira – uma abordagem sob a perspectiva da teoria feminista. Revista Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 4, n.1, p.66-82, jan./jun. 1995.
- PESSANHA, José Américo Motta. Platão: As várias faces do Amor. In: CARDOSO, Sérgio (org.). Os sentidos da paixão. São Paulo: Funarte, 1987.
- ROHDEN, Humberto. O sermão da montanha. São Paulo: Martin Claret, 1992.
- SIEGEL, Bernie S. Amor, medicina e milagres. São Paulo: Best Seller, 1989.
- SILVA, Alcione L. Cuidado transdimensional; um paradigma emergente. Florianópolis, UFSC, 1997. Tese (Doutorado de Enfermagem) Curso de Enfermagem, Florianópolis, 1997.
- SILVA, Marco Aurélio Dias da. Quem ama não adocece. São Paulo: Best Seller, 1994.
- SPITZ, R. A. O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes, p.23-164, 1983.

- TANIGUCHI, Masaharu. *A verdade*. São Paulo: Igreja Seicho No Ie do Brasil, 1983.
- TRAVELBEE, Joyce. *Intervencion en enfermeria psiquiátrica: el process de la relacion de persone a persone*. Caly: Carvajal, 1979.
- VALVERDE, Maria Marlene M. *Assistência às adolescentes grávidas: um desafio amoroso à enfermagem*. Florianópolis, UFSC, 1997. Tese (Doutorado de Enfermagem) Curso de Enfermagem, Florianópolis, 1997
- VERNY, Thomas. *A vida secreta da criança antes de nascer*. São Paulo: C. J. Salmi, 1993.
- WATSON, J. Nursing: human science and human care. *Rev. National League for nursing*. Nova York, 1988.
- WINNICOT, D. W. *The child, the family and the outside world*. England: Penguin Books, 1965.

6.2 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ARISTÓTELES. *Ética a Nicômacos*. Trad. De Mário da Gama Keny. 2ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1992, 238 p.
- BRAZELTON, T. B. & CRAMER, B. G. *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar, 1989.
- BENNER, P. & TANNER, C. How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, v.87, n.1, pp.23-31, 1987.
- CHRISTY, T.E. *Cornestone for nursing education*. New York: Teachers College Press, 1969.
- DARTIGUES, André. *O que é fenomenologia*. Trad. De Maria José G. Almeida. Rio de Janeiro: Livraria Eldorado, 1973, 163 p.
- FREIRE, Paulo e GUIMARÃES, Sérgio. *Sobre educação: diálogos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- GIKOVATE, Flávio. *Uma nova visão do Amor*. São Paulo: MG Editores Associados, 1996.

- GOLDBERG, Phillip. O que é intuição e como aplicá-la na sua vida diária. Trad. De Roberto Socio de Almeida e Paulo Cesar de Oliveira. São Paulo: Cultrix, 1992.
- MACHADO, João Carlos Vieira. Gestão pela qualidade total: uma abordagem simultânea de aspectos tecnológicos e motivacionais. Florianópolis, UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado) . Engenharia de Produção, UFSC, 1996.
- MAZET, Phillipe e STOLERU, Serge. Manual de psicopatologia do recém nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, 351 p.
- NASCIMENTO, E.M.F. et al. O corpo de conhecimento da enfermagem e o paradigma holístico: uma aproximação possível. Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v.10, n.1, p.7-18, 1997
- NITSCHKE, Rosane G. Nascer em família: o caminho à interação familiar saudável. Florianópolis UFSC,1991. Dissertação (Mestrado) Curso de Enfermagem, Florianópolis, 1991.
- POLAK, Ymiracy N. de Souza. A corporeidade como resgate do humano na Enfermagem. Pelotas: Universitária/UFPel., 1997.
- REMEN, Rachel Naomi. O paciente como ser humano. Trad. De Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1993.
- REVERBY, S.M. Ordered to care:the dilemma of American nursing. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- SOLOMON, Robert C. O Amor. 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 1992.
- IYER, Patrícia W. , TAPTICH, Barbara J., BERNOCCHI-LOSEY, Donne. Processo e Diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.