

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GILVÂNIA SMITH DA NÓBREGA MORAIS

RELAÇÃO DIALÓGICA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E MÃES DE
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PEDIÁTRICA

JOÃO PESSOA - PB
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GILVÂNIA SMITH DA NÓBREGA MORAIS

RELAÇÃO DIALÓGICA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E MÃES DE
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PEDIÁTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, inserida na Linha de Pesquisa Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área Enfermagem na Atenção à Saúde.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. SOLANGE FÁTIMA GERALDO DA COSTA

JOÃO PESSOA - PB
2007

GILVÂNIA SMITH DA NÓBREGA MORAIS

RELAÇÃO DIALÓGICA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E MÃES DE
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PEDIÁTRICA

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Solange Fátima Geraldo da Costa – Orientadora/UFPB

Profª. Drª. Raimunda Medeiros Germano – Membro/UFRN

Profª Drª Maria Miriam Lima da Nóbrega – Membro/UFPB

Profª Drª Neusa Collet – Membro/UFPB

DEDICATÓRIA

A Deus, por sua presença autêntica durante todo o desenvolvimento desta pesquisa, animando-me quando já não tinha forças para continuar, consolando-me quando as lágrimas já não podiam ser contidas, iluminando-me quando o cansaço me impedia de refletir.

Ao meu pai, Gilvan Morais (in memoriam), meu grande mestre que me ensinou a lutar por meus ideais, estando presente em tantos momentos da minha vida, compartilhando das alegrias e tristezas, procurando ao máximo aliviar os meus fardos, sendo hoje um anjo a velar por mim.

À minha mãe, Jussara Morais que, em seu regaço acolhedor, acalma minhas ansiedades e meus medos, compreendendo-me, ensinando-me, oferecendo-me seu amor incondicional.

À Tâmara Morais, minha irmã que, com singeleza, apoiou-me durante a construção deste estudo, preocupando-se com os obstáculos que surgiam e orgulhando-se com as conquistas obtidas.

Ao meu noivo, Alan Dionizio, pelo estar-com nesta caminhada árdua de lágrimas, mas também de muitos sorrisos, incentivando-me e pacientemente acolhendo minhas angústias tantas vezes compartilhadas.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Deus, pela sua infinita misericórdia e amor paternal que tem me sustentado, reerguendo-me nas tribulações.

Às mães das crianças hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica que aceitaram participar do estudo, por se disporem a partilhar suas vivências a partir de um encontro EU-TU.

À Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa, minha orientadora e amiga, pelo incentivo, apoio e confiança, auxiliando-me no cultivo da imensa árvore do saber.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Maria Miriam Lima da Nóbrega, Neusa Collet e Raimunda Medeiros Germano, pela colaboração na construção desse estudo, fornecendo orientações extremamente importantes que possibilitaram ampliar o meu conhecimento.

À Prof^a. Dr^a. Wilma Dias Fontes, pela amizade, carinho e presença em todos os momentos nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Ao representante da instituição onde se desenvolveu a pesquisa, pela solicitude em viabilizar seu desenvolvimento e sua concretude.

À coordenadora da Unidade de Cuidados Intensivos, pela disponibilidade atendendo minhas solicitações, na medida do possível.

À secretária da Unidade de Cuidados Intensivos, por tantas portas abertas, pela confiança e ajuda na realização deste estudo.

À equipe de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, pelo acolhimento no serviço.

Ao Dr. Sérgio, pela oportunidade de apresentar minha pesquisa.

À Rebeca, pela colaboração durante a fase de coleta de dados.

Aos meus educadores do ensino médio e fundamental, pelos conhecimentos primordiais que contribuíram para a realização deste projeto de vida.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba pelos conhecimentos partilhados.

À D. Luzinete, Sr. Ivan, D. Maria e Luciene, funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela disponibilidade na condução de suas atividades.

A todos os amigos e colegas de trabalho, Paulo, Ana Paula Coutinho, Luciana, Ana Paula Marques, Gisetti, Gerlane, Fabiana pelo ser-com, apesar da pouca convivência.

A Sidcleia Onorato Arruda, Coordenadora da Escola de Enfermagem Nova Esperança, e a Nereide de Andrade Virgínio, Coordenadora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança pelo apoio e compreensão.

Ao meu avô, Adam Smith, e as minhas avós, Maria Margarida e Nailde Oliveira, pelo zelo e carinho com que sempre me acolhem.

A Dona Albanita Pereira de Andrade Guerra, Analuisa Andrade Guerra, Luisiana Andrade Guerra, Jorgeluis Andrade Guerra e Maria José Antônia dos Santos, pelo acolhimento e amor filial que me foi dispensado.

Aos padres Paulo Pires e Manuel Natalino Marques, fazendo-me crescer em sabedoria através de seus ensinamentos significativos, edificando-me enquanto ser humano e filha de Deus.

Aos animadores e crismandos do Santuário Mãe, Rainha e Vencedora Três Vezes Admirável de Schoenstatt, pelo apoio e compreensão na minha ausência.

Aos amigos da Igreja Auxílio dos Cristãos, pelo carinho e fidelidade.

A todos que, de forma direta ou indireta, colaboraram para o desenvolvimento e construção deste estudo, minha mais sincera gratidão.

Que Deus volte Sua face para todos!

“Para o bem de todos, Deus dá a cada um alguma prova da presença do Espírito Santo. Para uma pessoa, o Espírito dá a mensagem de sabedoria e, para outra, o mesmo Espírito dá a mensagem de conhecimento. Para uma pessoa, o mesmo Espírito dá fé, e para outra, dá o poder de curar. Uma pessoa recebe do Espírito poder para fazer milagres, e outra recebe o dom de anunciar a mensagem de Deus. Ainda outra pessoa recebe a capacidade para saber a diferença entre os dons que vêm do Espírito e os que não vêm dele. Para uma pessoa, o Espírito dá a capacidade de falar em línguas estranhas e, para outra, ele dá a capacidade de interpretar o que essas línguas querem dizer. Porém, é um só e o mesmo Espírito quem faz tudo isso. Ele dá um dom diferente para cada pessoa, conforme ele quer.” (I Cor 12, 7-11).

RESUMO

MORAIS, G. S. N. **Relação dialógica entre profissionais de enfermagem e mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.** 2007. 131f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

A experiência hospitalar representa uma crise, despertando os mais variados sentimentos e emoções na criança que a vivencia. Portanto, a presença da mãe, fonte de segurança para este ser especial é extremamente importante para a criança vulnerabilizada pela doença e hospitalização. Quando a internação da criança se processa numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), as mães devem ser incluídas na perspectiva do cuidado dos

ABSTRACT

MORAIS, G. S. N. **The conversational relationship between nursing professionals and the mothers of hospitalized children in an intensive pediatric care unit.** 2007. 131f. Dissertation (Master's) - Health Science Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2007.

A hospital experience represents a crisis, awakening the most various feelings and emotions in the child who lives it. Therefore, the presence of the mother, source of security for this special being is extremely important for the child who is vulnerable by the disease and the hospitalization. When the admission of the child occurs in an intensive pediatric care unit (IPCU), the mothers must be included in the caring perspective of the nursing professional, favoring his/her adaptation once that the sickness experienced by the child, as well as his/her stay in an IPCU, determines the process of loss to the children who get sick and hospitalized, and also changes the family routine, especially the mother's because she is who actively participate in the process of health-sickness lived by the child. This study has as objective the understanding of the conversational relationship between nursing professionals and the mothers of children hospitalized in IPCU. It is a research of qualitative nature substantiated on the humanistic nursing theory. The investigation scenario was in an IPCU of a public hospital located in the city of João Pessoa – PB: five mothers of children hospitalized in the referred unit participated in the investigation. To make the data collection possible it was used an interview technique which script contains questions pertinent to the study's proposed objective. The collection occurred during the months of May, June and July of the current year and it was started only after a protocol approval by a research ethic committee. The consideration of the existence of the nursing phenomenon was developed based on the five stages of the nursing phenomenological: preparation of the cognoscenti nurse to reach the knowledge; the nurse know the other intuitively; the nurse know the other scientifically; the nurse summarizes the known realities complementarily; the succession of the multiple to a paradox unit as an internal nursing process. It is worth to highlight that the conversational relationship between the nursing professionals and the mothers of children hospitalized in IPCU, with emphasis on the speeches expressed during the data collection, it was classified in the following themes: The relationship experienced between the mothers and the nursing professionals at the moment of admission and along the child's hospitalization in IPCU; Mothers, experiencing feelings of fear, despair and solitude in face of the child's sickness; authentic communication between nursing professionals and the mothers of children hospitalized in IPCU; unauthentic communication between the nursing professionals and mothers of children hospitalized in IPCU. The present study highlights the complexity that covers an approach centered in the progenitors and it opens space for the nursing professionals, that practice their activities in an intensive pediatric care environment, to reconsider their professional practice with emphasis on the caring that favors the being-child as much as the being-mother.

RESUMEN

MORAIS, G. S. N. **Relación dialógica entre profesionales de enfermería y madres de niños hospitalizados en Unidad de Terapia Intensiva Infantil**. 2007. 131h. Disertación (Maestría) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2007.

La experiencia hospitalar representa una crisis, despertando los más diversos sentimientos y emociones en el niño que la vive. Luego, la presencia de la madre, fuente de seguridad a este ser especial es externamente importante para el niño vulnerable por la enfermedad y la hospitalización. Cuando la internación del niño ocurre en una Unidad de Terapia Intensiva Infantil (UTII), las madres deber ser inclusas en la perspectiva del cuidado de los profesionales de enfermería, facilitando su adaptación una vez que el adolecer vivenciado por el hijo, bien como su permanencia en una UTII, no determina procesos de pérdidas sólo para los niños que se enferman y son hospitalizadas, sin embargo cambia la rutina familiar, con énfasis en la madre por ser ella quien participa con vivacidad del proceso salud-enfermedad vivido por el niño. Este estudio tiene como objetivo comprender la relación dialógica entre profesionales de enfermería y madres de niños hospitalizados en UTII. Se trata de una investigación de naturaleza cualitativa consubstanciada en la Teoría Humanística de la Enfermería. El escenario de la encuesta fue una UTII de un hospital público ubicado en João Pessoa – PB; participaron del trabajo cinco madres de niños, hospitalizados en la referida unidad. Para posibilitar la colecta de datos, fue utilizada la técnica de entrevista desde un guión conteniendo cuestiones norteadoras relativas al objetivo propuesto para el estudio. La colecta ocurrió durante los meses de mayo, junio y julio del presente año y solo fue iniciada tras aprobación del protocolo de investigación por una Comisión de Ética en Pesquisa. La apreciación existencial del fenómeno de enfermería fue desarrollada embasada en las cinco etapas de la Enfermería Fenomenológica: preparación de la enfermera cognociente para llegar al conocimiento; la enfermera conoce intuitivamente el otro; la enfermera conoce científicamente el otro; la enfermera sintetiza complementariamente las realidades conocidas; sucesión del múltiple para la unidad paradójica como proceso interno de la enfermera. Hay que resaltar que la relación dialógica entre los profesionales de enfermería y las madres de niños hospitalizados en las UTII, con énfasis en los discursos expresados durante la colecta de datos, fue categorizada en los siguientes temas: la relación vivida entre las madres y los profesionales de enfermería en el momento de admisión y a lo largo de la hospitalización del niño en la UTII; madres, sintiendo miedo, desespero y soledad delante del adolecimiento del hijo; comunicación verdadera entre profesionales de enfermería y las madres de niños hospitalizados en las UTII; comunicación inverosímil entre profesionales de enfermería y las madres de niños hospitalizados en la UTII. El presente estudio resalta la complejidad en que se reviste un abordaje centrada en las genitoras y da margen a los profesionales de enfermería, que desempeñan sus actividades en el ambiente de cuidados intensivos infantiles, que repensen sus prácticas profesionales con énfasis en el hecho de cuidar que contemple tanto el ser-niño cuanto el ser-madre, a partir de una asistencia integral que pasa por llamados y respuestas que transmite el reflejo existencial del fenómeno observado de una perspectiva holística. Además, esta pesquisa subsidia una nueva mirada en el ámbito de la enseñanza y de la pesquisa en enfermería a lo que toca la humanización en las relaciones con las madres acompañantes.

Palabras Clave: Enfermería. Comunicación. Unidad de Terapia Intensiva Infantil

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|-----|
| 1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA TEMÁTICA | 13 |
| 2 | CUIDADO HUMANIZADO EM ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: Revendo a Literatura | 21 |
| 3 | PRESSUPOSTOS DA TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM DE PATERSON E ZDERAD | 38 |
| 4 | TRAJETÓRIA METODOLÓGICA | 57 |
| 5 | APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS À LUZ DA TEORIA HUMANÍSTICA | 70 |
| 5.1 | APRESENTANDO AS MÃES DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA | 70 |
| 5.2 | CONHECENDO CIENTIFICAMENTE AS MÃES DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA | 76 |
| 6 | REFLEXÕES FINAIS | 94 |
| | REFERÊNCIAS | 100 |
| | APÊNDICES | |
| | APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 109 |
| | APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS | 110 |
| | ANEXOS | |
| | ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 112 |
| | ANEXO B – DESENHOS | 114 |

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DA TEMÁTICA

O hospital exerce um importante papel de provedor da saúde, ao mesmo tempo em que se constitui em um local para a troca de experiências as quais, geralmente, ocasionam sensações desagradáveis por serem responsáveis pelo processo de descaracterização do ser humano, imbuído pela condição de passividade imposta pela doença e hospitalização.

A instituição hospitalar descaracteriza o paciente à medida que a este são impostas normas e rotinas rígidas que, embora subsidiem a organização do serviço, dirimem as necessidades individuais do ser doente uma vez que, no ambiente do hospital, o ser humano perde sua identidade, e seu nome é substituído pela enfermaria, leito em que se encontra, patologia de que está acometido; em alguns casos, é referido como o paciente de doutor “X”, além de ter suas roupas substituídas pelas da instituição de saúde, e sua refeição, modificada quanto a horário, temperatura ou exigência terapêutica.

É importante destacar ainda que, durante a internação, o paciente realiza os mais variados exames e/ou procedimentos, sejam estes com fins diagnósticos, sejam terapêuticos, que causam dor e desconforto; passa a dividir o mesmo espaço físico com pessoas que não fazem ou não faziam parte de seu convívio social, produzindo implicações que exigem a reformulação de valores e conceitos de homem, mundo e relacionamento.

Portanto, a hospitalização é percebida como sendo uma experiência desagradável por determinar processos de perda independente do tempo de permanência no hospital e da faixa etária, sendo, contudo, as crianças extremamente vulneráveis visto que esta situação repercute diretamente no seu desenvolvimento, isto é, no seu processo evolutivo, exigindo profunda adaptação às várias mudanças que as acometem no seu dia-a-dia.

Litchteneker e Ferrari (2005, p. 23) destacam que, para a criança, a hospitalização é um “evento que altera todo seu estilo e sua forma de viver e enfrentar os possíveis problemas de internação”, levando-a a sentir-se rejeitada e abandonada, prejudicando, conseqüentemente, o seu desenvolvimento psicológico.

A experiência hospitalar representa uma crise, despertando os mais variados sentimentos e emoções na criança que a vivencia, pelo medo do desconhecido, pela sensação de culpa e, até mesmo, de punição, pela limitação de atividades, pelo aparecimento ou intensificação do sofrimento físico e pelo processo de descaracterização.

A criança, enquanto ser em desenvolvimento com percepções que são próprias de sua imaturidade, interpreta a hospitalização em termos de sua realidade psíquica, ou seja, a partir de seus medos, ansiedades e fantasias. Nesse enfoque, Angelo (1988, p. 101) enfatiza que “é através dos olhos da criança, do que ela sente, pensa e deseja que a sua experiência de hospitalização deve ser interpretada, para que se tenha noção da extensão do significado da hospitalização.”

A necessidade de internamento produz na criança, quase sempre, um duplo traumatismo, pois concomitantemente à separação do ambiente familiar, acolhedor e que imprime um sentimento de proteção, ela é levada ao hospital, frio, impessoal e hostil; assim é imperiosa a presença da família, em particular da mãe, acompanhando-a, visto que contribuirá para um enfrentamento satisfatório e, dessa forma, torná-la-á capaz de suportar os sofrimentos e ansiedades surgidas durante todo o processo (LITCHTENKER; FERRARI, 2005).

Portanto, a presença da mãe no cenário hospitalar é extremamente importante para a criança vulnerabilizada pela doença e hospitalização, por ser percebida como a fonte de segurança para este ser especial além de ser um membro significativo da família, instituição social primária onde se processam as relações interpessoais e afetivas.

Conforme Chiattonne (2003) destaca, a privação materna, durante a hospitalização, gera na criança angústia, medo, insegurança e uma exagerada necessidade de amor uma vez que se sente desprotegida diante da quebra de seus vínculos afetivos, produzindo sentimentos de represália, culpa e depressão que, dependendo da forma pela qual a criança reage a estas perturbações, pode resultar em distúrbios emocionais graves e numa personalidade instável.

Não obstante, a partir das transformações pelas quais a assistência pediátrica passou, houve a inserção da família, com ênfase na mãe, acompanhando a criança durante seu internamento, direito consolidado no Estatuto da Criança e do Adolescente que, em seu art. 12, dispõe que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.” (BRASIL, 1991, p. 16).

Apesar dessa conquista, no intuito de minimizar os efeitos deletérios da hospitalização para a criança e família, o envolvimento dos pais no processo terapêutico tem levado a questões não bem definidas quanto aos seus papéis, produzindo diferentes concepções acerca da atuação da família no cuidado aos seus filhos em decorrência do pouco significado dado à participação da mãe ao longo do processo de hospitalização destes,

aumentando o nível de ansiedade da criança e de sua genitora e também prejudicando o vínculo entre a mãe e os profissionais de enfermagem.

Essa realidade se deve, especialmente, ao pouco diálogo o que, por sua vez, dificulta a negociação na divisão do trabalho entre a família e a enfermagem, contribuindo para uma relação de dominação-subordinação entre o profissional de enfermagem e a família, sobrepujando uma relação de colaboração/co-participação, visto que acordos entre mãe-enfermeiro têm sido velados e não negociados (COLLET; ROCHA, 2004).

Dessa forma, geralmente não é questionado pelo profissional de enfermagem se a

20043.619(b)10.63762(c)-2.8076.52 0 Tdh892(l)1.40511(og)-22383(a)-2.81769(dos)16.6596()-17.4175.5329.2

Logo, o adoecimento na infância desestrutura todo o grupo familiar uma vez que, sendo a família uma organização, uma estrutura, um sistema de partes interdependentes, uma alteração em qualquer um de seus membros repercute diretamente e

Quando a internação da criança se processa numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), os pais, especialmente as mães por serem elas quem mais acompanham os filhos, devem ser incluídos na perspectiva do cuidado dos profissionais de enfermagem, favorecendo sua adaptação. Conforme Leite e Vila (2005), não é suficiente a essas mães entrarem no ambiente de terapia intensiva; é necessário que o profissional de enfermagem, a partir de um relacionamento empático, prepare-as e acompanhe-as durante a visita, exaurindo dúvidas por meio de uma linguagem acessível ao seu entendimento. As autoras acrescentam que os enfermeiros e técnicos de enfermagem precisam estar atentos às reações e comportamentos das mães, compreendendo seus sentimentos ao reconhecer que, nesse momento, elas encontram-se ansiosas, fragilizadas, com sentimento de perda e sem controle da situação.

É importante destacar que o ambiente da UTIP se tornará menos ameaçador para o binômio mãe-filho, quando o diálogo for uma realidade constante, quando houver uma interação genuína entre o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o ser criança; entre o enfermeiro e o ser mãe e entre o ser criança e o ser mãe, oportunizando relações inter-pessoais autênticas (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Nesse sentido, os cuidadores em enfermagem precisam humanizar a assistência às mães na UTIP, dando qualidade às relações, acolhendo suas angústias diante da realidade de ter um filho neste setor hospitalar e mostrando-se solícitos em atender suas necessidades, a partir da solidariedade e do atendimento digno numa relação dialógica construída na confiança e no respeito mútuo (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

A humanização, portanto, no campo da Enfermagem, configura-se num processo de valorização das relações humanas a partir de um agir ético que perpassa pelo conceito de ser humano, baseado em princípios e valores que corroboram na preservação da dignidade deste ser, fazendo emergir uma nova compreensão em torno da prática profissional no contexto hospitalar no que concerne à promoção de uma assistência humanizada ao ser mãe de crianças hospitalizadas em UTIP.

Nessa perspectiva, é importante que o profissional de enfermagem estabeleça com as mães de crianças internadas em serviços de terapia intensiva um relacionamento empático e intersubjetivo, facilitando sua participação no cuidar e, dessa forma, ajudando no enfrentamento e no alívio do sofrimento do paciente e da mãe participante ao minimizar o estresse emocional numa perspectiva de cuidado à família como meio de cuidar da criança.

Como estudante do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), tive a oportunidade de acompanhar pacientes vulnerabilizados pela doença e hospitalização, estando, em algumas situações, acompanhados por familiares que, por sua vez, experienciavam a aflição de ter um ente querido internado, necessitando também de atenção, esta geralmente oferecida pela equipe de enfermagem.

Durante a disciplina Enfermagem em Clínica Pediátrica, observei, ao longo do estágio prático, que a presença da mãe no serviço de pediatria era uma realidade constante, a partir do alojamento conjunto, oportunizando a relação mãe-filho na referida unidade. Contudo, estes pais, em sua maioria as mães, sofriam a angústia e a ansiedade de terem seus filhos numa instituição de saúde submetidos aos mais variados procedimentos, aumentando a insegurança de seus genitores requerendo, conseqüentemente, uma atenção afetuosa, compassiva, sensível e terna.

Na ocasião do estágio supervisionado II, que corresponde ao último período do curso de graduação em Enfermagem no qual são desenvolvidas em hospitais e ambulatórios, sob a supervisão docente, atividades de programação e avaliação específicas para subsidiarem os acadêmicos no exercício de sua prática profissional, tive a experiência de acompanhar pacientes pediátricos, adultos e geriátricos a partir de uma atitude de zelo e desvelo, buscando um equilíbrio entre a competência técnica e habilidade pessoal. Do mesmo modo, considerando que a Enfermagem deve ter sua prática voltada para o indivíduo, família e comunidade, procurei proporcionar uma atenção especial aos familiares que acompanhavam um parente ao longo de sua doença e hospitalização.

No momento do referido estágio, pude acolher uma mãe diante da angústia de ter sua filha única interna em uma unidade de cuidados intensivos, despertando veementemente a necessidade de repensar a prática assistencial de enfermeiros e técnicos de enfermagem junto ao familiar acompanhante.

Vale ressaltar que naquela ocasião a UTIP da instituição em que a criança achava-se internada ainda encontrava-se desativada ficando a mesma interna na UTI adulto, foram 15 dias, segundo relato da genitora, de muitas aflições, incertezas e temor da morte. A mãe experienciava a desesperança diante da gravidade do quadro clínico de sua filha, mas confortava-se pela presença constante de estudantes e profissionais de enfermagem que escutavam suas angústias, silenciando quando necessário e, em determinadas circunstâncias, promovendo apoio espiritual e conforto.

Muitas vezes, a mãe dessa criança foi estimulada a conversar e tocar sua filha para que a mesma pudesse sentir a presença de sua genitora, acreditando responder melhor ao processo de hospitalização. Pude perceber que, para o enfrentamento satisfatório diante da nova realidade experienciada, foi muito significativo o diálogo estabelecido com a mãe da criança, bem como os esclarecimentos acerca tanto da patologia quanto do ambiente no qual a criança se encontrava internada e dos cuidados necessários para sua recuperação. Torna-se necessário destacar que, em determinadas circunstâncias, foi importante a flexibilização da própria rotina do serviço para atender às necessidades do binômio mãe-filha.

Todavia, embora o enfermeiro e técnico de enfermagem se deparem constantemente com a angústia, a dor e o sofrimento das mães de crianças internas em UTIP que experienciam o temor de ver seus filhos monitorados por equipamentos desconhecidos, num ambiente frio e com ruídos excessivos que tendem a aumentar a sua tensão; em outro ensejo, durante o referido estágio, observei contraditoriamente que alguns destes profissionais restringiam a prática do cuidar exclusivamente à criança hospitalizada, revelando um distanciamento entre enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam na unidade em relação ao ser mãe.

Neste contexto, Nascimento e Trentini (2004) enfatizam que, em alguns serviços de terapia intensiva, durante a visita, o profissional de enfermagem limita-se a pedir para as mães lavarem suas mãos, ficando estas perdidas dentro da unidade, muitas vezes sem saber o box no qual se encontra seu filho. Deste modo, a visita acaba aumentando a ansiedade, uma vez que, somado a essa conjuntura, as mães tendem a assustar-se diante de tantos equipamentos, desconhecendo sua finalidade naquele momento, além de disporem de informações tantas vezes vagas quanto ao estado clínico da criança. Daí a necessidade de repensar a prática assistencial no que tange ao ser mãe no contexto da UTIP.

Logo, são imprescindíveis, para humanizar o cuidar em enfermagem a mães de crianças hospitalizadas em UTIP, estudos que busquem valorizar, a partir de uma relação dialógica num encontro genuíno entre sujeitos, este ser especial no contexto do cuidar, daí o nosso interesse em realizar um estudo tendo como fio condutor a Teoria Humanística proposta por Paterson e Zderad (1979).

É oportuno destacar que a minha aproximação com a Teoria Humanística ocorreu no momento da construção do meu Trabalho de Conclusão de Curso que tratava do cuidar de enfermagem humanizado à criança hospitalizada, quando li algumas obras, como, *Cuidado Humanizado: Possibilidades e Desafios para a Prática da Enfermagem* (OLIVEIRA;

BRÜGGEMANN, 2003), na qual as autoras apresentam, de forma sensível e científica, a aplicabilidade da Teoria Humanística de Paterson e Zderad em diferentes áreas do conhecimento no âmbito da Enfermagem; *Enfermagem Humanística: Diálogo vivido com Mães de Crianças com Câncer* (OLIVEIRA; COSTA; NÓBREGA, 2004), em que as autoras retrataram, com clareza, a valoração da experiência dialógica entre enfermeiras e mães de crianças com câncer no que concerne à assistência em enfermagem sob uma perspectiva humanística; *Vivência de Enfermeiras Assistenciais no cuidar da Criança em uma Unidade Pediátrica* (CRUZ, 2004), em que se enfatizou a experiência existencial de enfermeiras assistenciais no cuidado à criança hospitalizada.

Portanto, tais obras contribuíram significativamente para despertar o meu desejo em utilizar a Teoria Humanística no meu projeto de dissertação, visto que esta possibilita uma nova compreensão no que tange ao processo de cuidar consubstanciada na experiência existencial do fenômeno.

Com a minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, tive a oportunidade de cursar disciplinas, como Fundamentos Teórico-Filosóficos do Cuidar em Enfermagem, Processo de Cuidar em Enfermagem e Saúde da Criança, que vieram contribuir para discussão de temas essenciais para o desenvolvimento deste estudo à medida que oportunizaram a análise da Teoria Humanística, reflexões acerca do cuidado em enfermagem, exame do processo de trabalho de enfermagem em unid

2 CUIDADO HUMANIZADO EM ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: Revendo a Literatura

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) concentram recursos humanos e materiais necessários para atender pacientes graves em estado crítico que ainda têm condições de recuperar-se, requerendo, para tanto, observação constante, assistência médica e de enfermagem continuada, uma equipe multiprofissional especializada e um aparato tecnológico que lhe dê suporte com ênfase no aprimoramento do conhecimento científico e do avanço tecnológico.

Portanto, os progressos técnico-científicos que resultam em aparelhos e equipamentos cada vez mais modernos e em unidades de serviços intensivos extremamente sofisticados têm contribuído consubstancialmente para valorização da tecnologia em detrimento da atenção ao ser doente, favorecendo um cuidado despersonalizado, que resulta em uma atenção centrada na patologia.

Leite e Vila (2005) chamam atenção para o uso desordenado da tecnologia, sobrepujando as relações humanas pela falta, muitas vezes, de compromisso do profissional com o ser humano hospitalizado, o que tem colaborado para um cuidado mecanicista e impessoal, no sentido de fazer e executar procedimentos, provocando um distanciamento na relação paciente e equipe multiprofissional, com ênfase nos profissionais de enfermagem, descaracterizando o cuidado como uma ação humana.

Nesse enfoque, ao mesmo tempo em que possibilitam a sobrevivência de uma pessoa criticamente doente, as UTIs, configuram-se em ambientes de isolamento e ansiedade, despersonalizante, estressante e de hiperestimulação sensorial, em que a rotina diária e o serviço complexo da unidade “faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente.” (VILA; ROSSI, 2002, p. 138).

A hospitalização de crianças em unidades de cuidado intensivo devido a estes aspectos que norteiam a internação em unidades que exigem cuidados intensivos tem produzido efeitos sobre estas crianças, sua família e até mesmo na própria equipe de profissionais de saúde que trabalham no setor, gerando distanciamento, estresse e sofrimento, rompendo bruscamente com a rotina diária da criança, com ênfase nas suas relações e papéis, o que afeta sua identidade e dinâmica familiar (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Considerando que é preciso humanizar o cuidado à família e, mais especificamente, à mãe de criança que vivencia o processo de hospitalização numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, neste capítulo nos alvitramos em discorrer sobre este tema, fundamentando-nos na literatura pertinente. Porém, para uma melhor compreensão, serão destacados inicialmente aspectos conceituais relacionados ao cuidado e à humanização, para, subsequente, tecermos algumas considerações no que concerne à humanização do cuidado ao ser criança e, em seguida, reportamo-nos ao cuidado em enfermagem à mãe que vivencia a experiência de ter um filho hospitalizado em uma unidade de cuidado intensivo pediátrico.

Partimos do pressuposto de que o cuidado revela a natureza humana e a maneira mais concreta de ser humano, por isso este, enquanto essência e característica primeira do homem por ora existencial, deve ser percebido como um modo de ser e estar no mundo. Na perspectiva de Boff (2004, p. 13), o cuidado, enquanto “princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade”, deve estar voltado à preocupação pelo outro, enxergando mais profundamente seu sentido e essência, atendendo as suas necessidades ao mesmo tempo em que potencializa dimensões profundas do ser humano.

Conforme o referido autor, cuidar é mais que um ato consciente diante de uma situação; é uma atitude que implica atenção, preocupação, responsabilização e envolvimento que nasce a partir do estabelecimento de uma relação intersubjetiva entre o cuidador e o ser

como uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, enfim, como uma forma de viver plenamente.”

Desse modo, o cuidado no âmbito da saúde não deve restringir-se a uma ação técnica no sentido de fazer e executar procedimentos; deve constituir-se num modo de ser que expresse interesse, preocupação e responsabilidade por parte de quem cuida para o ser que é cuidado, numa atitude de atenção.

Em outras palavras, o cuidado deve ser entendido como um modo de estar no mundo que almeja atender as necessidades do ser paciente, garantindo a este bem-estar físico, mental e espiritual, numa perspectiva holística, pelo estar próximo, preservando sua dignidade enquanto ser vulnerabilizado pelo processo de adoecimento.

Oliveira (2004) acrescenta que o que se deseja alcançar é um cuidado que extrapole a objetividade técnica, normatizadora e limitadora em si mesma, favorecendo um encontro genuíno entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado num diálogo seletivo de chamados e respostas em que, a partir de uma presença autêntica, cresçam mutuamente.

Contudo, urge destacar que o cuidado ainda é orientado pelo modelo biomédico e tecnicista, cuja ênfase está no fazer, substituindo o ser humano pela patologia e órgão acometido pela doença, a partir da supervalorização de procedimentos e técnicas, negligenciando freqüentemente os anseios, a individualidade e o contexto em que o ser doente se encontra inserido e que se constituem em vieses determinantes no processo saúde-doença (MERCÊS; ROCHA, 2006). Nessa perspectiva, torna-se necessário resgatar o cuidar a partir de um enfoque humanístico que perpassa pela solicitude de identificar, acolher e atender as necessidades dos indivíduos fragilizados pelo adoecimento, determinando, na relação genuína de ajuda, crescimento e desenvolvimento.

Nesse sentido, os debates sobre humanização constituem um instrumento essencial na fundamentação de reflexões no que se refere ao cuidar/cuidado e na valorização do ser humano, uma vez que humanizar “é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito”, percebendo-o e compreendendo como ele está no mundo, como desenvolve sua identidade e constrói sua própria história de vida (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p. 04).

Morita, Marx e Bento (2003, p. 88), abordando a humanização numa perspectiva de refletir sobre o cuidar e o cuidador, enfatizam que “humanizar a assistência não significa apenas estar mais próximo ao paciente, conversar; é necessário ater-se às suas dificuldades

não apenas aparentes, mas também a sua essência para que a assistência possa ser conduzida de forma individual e integral.”

Nesta perspectiva, a humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a subjetividade do ser humano, respeitando sua individualidade, ao mesmo tempo em que busca atender integralmente o ser doente, reconhecendo-o holisticamente em seus aspectos biológico, psicológico, social e espiritual, a partir da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas.

No âmbito hospitalar, a humanização da assistência, ante a percepção e compreensão acerca das necessidades emanadas pelos pacientes ao longo de sua experiência concreta de dor e vulnerabilidade frente à situação de passividade, envolve o estabelecimento de medidas que contribuam para o enfrentamento satisfatório do momento vivido a partir de um cuidado consubstanciado no respeito à sua individualidade enquanto ser único e singular com peculiaridades que precisam ser satisfeitas.

Destarte, a humanização, entendida e trabalhada como uma política, busca respeitar o ser humano em sua essência a partir de uma relação intersubjetiva legítima que atenda de forma plena as necessidades humanas decorrentes da doença e da hospitalização. Mezzomo (2003a, p. 32), abordando esta temática, esclarece que a humanização, no que tange ao paciente, requer “a aplicação de um conjunto abrangente e completo de valores que levem a compreender, de forma clara, os problemas que o paciente enfrenta e identificar soluções adequadas.” Pessini e Bertachini (2004, p. 03) acrescentam que o cuidar humanizado no âmbito hospitalar

[...] implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história. A humanização no atendimento exige dos profissionais da saúde, essencialmente compartilhar com seu paciente experiências e vivências que resultem na ampliação do foco de suas ações, via de regra restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda às possibilidades da sobrevivência.

A humanização do cuidado no cenário hospitalar, portanto, firmado na valorização das relações humanas e no encontro onde a totalidade do ser humano, está presente e onde existe total reciprocidade, consolidado no respeito às relações inter-pessoais exerce um papel fundamental no reconhecimento e na preservação da dignidade da pessoa humana. Desse modo, é fundamental dispor de profissionais comprometidos com a assistência e que respeitem o humano da pessoa, a partir de uma relação dialogal afetiva, atendendo em

sua plenitude as necessidades humanas decorrentes da experiência de hospitalização, subsidiada por ações mais amplas na prática da Enfermagem que extrapolam a percepção do cuidado como uma ajuda, um fazer técnico e o reconhece como um fenômeno vivo experimentado existencialmente a partir de uma transação intersubjetiva.

Contudo, é oportuno enfatizar que a promoção de um cuidar humanizado não implica uma desvalorização da técnica, mas a capacidade de “oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento” pautado no reconhecimento da alteridade e no diálogo (DESLANDES, 2004, p. 08). Neste enfoque, Feldman (2003) acrescenta que é necessário, no que se refere a um cuidado humano em saúde, alcançar o equilíbrio entre a habilidade técnica e a sensibilidade humana, não supervalorizando uma em detrimento da outra, mas reconhecendo a importância de ambas na qualidade da prática assistencial; enfatizando, no cuidado, a tecnologia como um meio e não como seu fim.

Puccini e Cecílio (2004, p. 1344), tecendo considerações acerca desta temática expõem que “com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas [...]”, elevando-se o valor na busca e preservação da dignidade humana tantas vezes mascarada pelo uso desenfreado da tecnologia disponível no cenário hospitalar que, conforme já explicitado, se constitui em parte fundamental, porém não única, na assistência ao ser que experiencia o processo de hospitalização.

Nessa perspectiva, a humanização do atendimento em saúde exige que haja uma valorização da afetividade e da sensibilidade como elementos necessários à prática do cuidar. Todavia, Casate e Corrêa (2005, p. 110) esclarecem que tal relação “não supõe um ato de caridade exercido por profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável compartilhando saber, poder e experiência vivida”, a partir da solicitude em reconhecer e acolher empaticamente suas necessidades e, dessa forma, assegurar um tratamento digno.

Diante da necessidade de se resgatar o cuidado humano, para que este realmente ocorra em sua plenitude, o cuidador deve expressar conhecimento e experiência no desempenho das atividades técnicas bem como no processo relacional inter-humano a partir de expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, “demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa é a verdadeira expressão da arte e da

ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade.” (WALDOW, 2001, p. 144).

Com base nesse entendimento, o estar com o paciente constitui um instrumento básico na prática da humanização, devendo a habilidade de comunicação ser desenvolvida como meio de satisfazer as necessidades do paciente. Nessa perspectiva, é imperioso que o cuidador estabeleça um relacionamento dialógico pelo qual é permitido ao ser cuidado exteriorizar suas angústias, medos, temores, inquietações, dúvidas e dificuldades, satisfazendo-os integralmente.

Barchifontaine (2004, p. xv) enfatiza que a capacidade de perceber a dor e o sofrimento humanos, transmitidos e assegurados por palavras ou expressões a partir de um processo de conversação, garante a dignidade ética destas apreoadas pelo reconhecimento do outro em sua individualidade e necessidades autênticas, uma vez que é pela linguagem que fazemos descobertas de meios pessoais no que tange à realidade vivenciada. “Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com os nossos semelhantes.”

Logo, é inegável o valor do diálogo no contexto da saúde como uma importante ferramenta para a prática de um cuidado humano, porquanto permite desvendar a subjetividade do ser humano, compartilhar suas vivências e, subseqüentemente, acolher necessidades uns dos outros, possibilitando conforto e alívio diante da experiência de doença e hospitalização, subsidiando um estado de estar-melhor revelado pela solidariedade, sensibilidade e respeito ante a pessoa humana que sofre (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005).

Urdindo sobre a habilidade de comunicação, Costa (2004, p. 112) destaca que esta “pode ser entendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas” e acrescenta que “é por meio desta interação que as pessoas se percebem, partilhando o significado de idéias, pensamentos e propósitos.” Vale ressaltar que esta interação compartilhada repleta de significados é subsidiada por uma relação dialogal que se estabelece a partir de chamados e respostas expressas tanto verbalmente quanto não-verbalmente, cada qual com seu significado no encontro inter-humano.

Neste enfoque, Morais (2005) esclarece que a comunicação verbal, quando estabelecida satisfatoriamente, permitirá ao paciente expressar, pelo uso de palavras, suas dúvidas, inquietações e até mesmo insatisfações, bem como facilitará a compreensão no que

concerne a sua enfermidade, tratamento e prognóstico, aliviando consideravelmente a tensão diante da fragilidade infligida pela doença. Por outro lado, a comunicação não-verbal fortalecerá o vínculo afetivo entre o profissional e o paciente, gerando um sentimento de confiança e reciprocidade, ambos contribuindo para um cuidado humano.

Desse modo, segundo a referida autora, ao humanizar o cuidado, o cuidador, além de inspecionar com ênfase no funcionamento orgânico dos sistemas funcionais do indivíduo, deve ser capaz de perceber o ser humano em sua individualidade inserido em um contexto sócio-político e econômico; além de palpar, deve estar disposto a pôr em prática a importante arte de tocar, fazendo nascer a essência humana naqueles que são tocados uma vez que “a mão que toca, cura porque leva carícia, devolve confiança, oferece acolhida e manifesta cuidado” (ROLIM, 2003, p. 229); e, mais do que falar, disponibilizar-se a ouvir e acolher as necessidades do paciente, promovendo uma assistência com ênfase na dignidade humana, o adágio do cuidar humanizado.

Assim sendo, “se o profissional pensa que ‘não fez nada’ e ‘apenas’ escutou, isso não passa de uma subestimação de sua capacidade. Ele está abrindo espaço para que ocorra alívio da tensão.” (FELDMAN, 2003, p. 76). Portanto, o diálogo, seja este verbal ou não-verbal, é parte do processo de humanização da assistência uma vez que revela o sentido mais profundo da existência humana; contudo, é somente um determinante que contribui para uma prática consubstanciada num tratamento digno que favoreça se não o bem-estar, o estar melhor do paciente que sofre diante da doença e da hospitalização.

Nessa perspectiva, a humanização hospitalar abrange outros aspectos além da comunicação inter-humana concretizada pela transação intersubjetiva; esta envolve

facilidade de internação, cordialidade na recepção e nas relações, flexibilidade burocrática, redução das transferências de um serviço para outro, relativa privacidade do alojamento, sem dispensar as facilidades de contatos quando desejados, rapidez nas investigações de diagnóstico, segurança nos processos cirúrgicos e terapêuticos, competência profissional, silêncio adequado, sobretudo noturno, alimentação quente e conveniente, providência de condições de recuperação e pós-cura se necessário, funcionalidade e limpeza dos locais, modernização dos aparelhos, regulação conveniente das visitas, assistência psicológica se for útil e religiosa se for desejada. (LEPARGNEUR, 2003, p. 301).

Sob esse prisma, o processo de humanização é extremamente amplo e envolve múltiplos sujeitos. Assim sendo, a humanização no âmbito hospitalar constitui um compromisso de todos os profissionais que compõem a organização institucional do serviço, desde o superintendente, que se encontra no topo da hierarquia, perpassando pelos

funcionários de serviços gerais, todos desempenhando um trabalho sistemático, “tendo como premissa o objetivo comum que norteia a razão de ser de um hospital, que é o paciente cliente.” (RUBO; PRADO, 2003, p. 326-327).

Medeiros (2003, p. 119-120) acrescenta que a humanização no cenário hospitalar se faz “da porta da entrada, com o vigilante ou recepcionista, até a saída, seja por qual porta for. Aí passamos por todos os profissionais que têm, cada um, a sua parcela de contribuição e usufruem do resultado com uma auto-estima elevada.” Desse modo, quando se pretende melhorar o aspecto humano no hospital, todos os profissionais devem sentir-se partícipe do processo, cada qual com sua função dentro da instituição, assegurando bem-estar, conforto e criando e reintegrando as dimensões humanas do ser paciente (MEZZOMO, 2003a).

A humanização da assistência à saúde em hospitais “envolve necessariamente o trabalho conjunto de diferentes profissionais em todos os níveis de atendimento (dos profissionais de primeiro contato à alta direção do hospital).” (BRASIL, 2001, p. 34). Enquanto política, a humanização visa incluir tanto os trabalhadores de saúde quanto os gestores em atitudes e ações humanizadoras, contemplando uma variedade de facetas e alternativas na compreensão de aspectos subjetivos no atendimento à saúde, a partir de um cuidado holístico que considere o paciente em sua individualidade bem como enfatize os fatores além do biológico, sociais, econômicos e familiares que influenciam diretamente no processo de adoecimentos do ser humano (BRASIL, 2004, p. 12).

Vale ressaltar que a humanização do cuidado em saúde perpassa pela conscientização de cada profissional como agente e determinante de uma prática humana, mas também pela valorização dos recursos humanos por parte da instituição, motivando-os a partir do reconhecimento do papel fundamental que cada um exerce no âmbito hospitalar e do oferecimento de condições adequadas de trabalho consubstanciado no respeito mútuo. Conforme Rubo e Prado (2003, p. 326),

a humanização no hospital não se dá de cima para baixo, por decreto do tipo a partir de tal dia todos devem praticar humanização. A humanização ocorrerá gradualmente com medidas de valorização dos recursos humanos dos hospitais, resgate da capacidade de liderança dos administradores e das chefias, compartilhamento das decisões e muito respeito mútuo entre seres humanos (bastante em falta atualmente) doentes ou profissionais que se encontram nos hospitais.

No que concerne especificamente aos profissionais de saúde, Selli (2003, p. 397-398) destaca que o tratamento humanizado “não se concretiza se estiver centralizado

unicamente no paciente. Os profissionais de saúde também devem dispor das condições necessárias para desenvolverem suas atividades.”

A autora acrescenta que o tratamento humanizado não se restringe à assistência que é dada pelo profissional ao paciente, numa relação verticalizada; é importante que ambos, profissionais de saúde e pacientes, sintam-se sujeitos e destinatários de ações humanas que ultrapassam o simples agir profissional, produzindo crescimento e transformação que repercutem diretamente no ser paciente vulnerabilizado pelo processo saúde-doença.

Contudo, vale salientar, no que concerne à humanização da assistência ao ser doente, que, dentre as profissões de saúde, a enfermagem merece consideração especial, sobretudo por ser a profissão que passa mais tempo próxima ao cliente e tem o cuidado como seu mais poderoso símbolo, permitindo identificar necessidades decorrentes da doença e da hospitalização. Segundo Brüggemann (2003, p. 43), “a enfermagem possui um papel fundamental e deve ocupar o seu espaço com visibilidade para que ocorram mudanças para a humanização do cuidado”, zelando pela assistência aos que padecem e enfocando-os como indivíduos únicos em sua essência.

Nessa perspectiva, a enfermagem, a partir de sua habilidade e dedicação profissional, consubstanciada em uma abordagem valorativa da existência humana fundada no diálogo, deve ser capaz de identificar as reais e potenciais necessidades do paciente, considerando não exclusivamente os aspectos objetivos, determinante aparente de sua hospitalização, mas também os subjetivos que diretamente influem na relação saúde-doença, uma vez que o cuidado humano em enfermagem tem a finalidade de garantir ao paciente bem-estar, conforto e alívio do sofrimento diante da experiência vivida, compartilhando seus medos, ansiedades e dúvidas ao mesmo tempo em que demonstra interesse, responsabilidade e compromisso.

É necessário, portanto, que o “enfermeiro ponha em prática tudo que aprendeu e que realmente determina a diferença que sua presença faz para o paciente, para equipe e para toda sua instituição”, auxiliando num cuidado personalizado, competente e subseqüentemente humanitário a partir de capacidade técnica e habilidade profissional, tendo a sistematização da assistência como ferramenta essencial para humanização, aliada aos demais aspectos objetivos e subjetivos do cuidar que ampliam as ações de enfermagem e enfocam o paciente como indivíduo (MIRANDA, 2003, p. 97).

É oportuno destacar que a sistematização em enfermagem exerce papel importante no processo de humanização da assistência, uma vez que permite uma abordagem holística do ser humano, reconhecendo-o como ser bio-psico-social e espiritual, bem como perfilha os limites, dificuldades e potencialidades do paciente a partir de um “conjunto abrangente e completo de valores que levem a compreender, de forma clara, os problemas que o paciente enfrenta e identificar soluções adequadas.” (MEZZOMO, 2003a, p. 33).

No tocante ao cuidado humanizado em pediatria, o profissional de enfermagem, enquanto cuidador do ser criança, deverá permitir a este expressar seus sentimentos, reconhecendo-os e, a partir deste reconhecimento, estabelecer um plano de cuidados com ênfase numa assistência em enfermagem que considere a totalidade deste ser especial, consolidada na confiança e reciprocidade e no alívio do estresse e trauma decorrentes da realidade vivenciada (SILVA, 2001).

A Enfermagem, colaborando para uma prática assistencial humanitária, deve, diante de uma atitude de encontro, atender a criança com carinho e atenção, demonstrar disponibilidade para ouvir e, desse modo, valorizar este ser especial em sua dignidade, respeitando-a, colocando-se a serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade ao facilitar meios para manejar as crises decorrentes do processo de hospitalização.

Indubitavelmente, é necessário ainda ao enfermeiro pediatra, em um encontro dialógico, oferecer à criança interna esclarecimentos no que tange à sua doença e tratamento, usando uma linguagem acessível e clara, além de dispor de estratégias que permitam a esta criança mobilizar forças interior para enfrentar a situação estressante resultante da doença e da hospitalização.

No cuidado humanizado a crianças enfermas e que sofrem as implicações da internação em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), os profissionais de enfermagem devem buscar conquistar sua confiança, demonstrar carinho e atenção, resgatando o respeito à vida destes seres especiais, bem como estimular atividades que favoreçam o seu crescimento e desenvolvimento e que os ajudem a canalizar agressividade, temores e frustrações.

Urdo sobre a humanização do cuidado a criança no âmbito hospitalar, no sentido de uma atenção integral, é oportuno destacar que esta transcende a individualidade e contempla, além das necessidades afetivas, psicológicas e sociais da própria criança, as necessidades da família, basicamente representada pela mãe. Assim, a genitora deve ser reconhecida como uma pessoa em suas características e necessidades as quais, por sua vez, devem ser satisfeitas mediante a organização de uma atenção que a tenha também como foco, superando o modelo centrado unicamente na doença do filho submetido a cuidados intensivos (GAIVA, 2006).

Dessa maneira, é necessário que a assistência ao ser criança, que, por sua vez, vivencia uma experiência de internação em UTIP, extrapole uma abordagem focalizada na

patologia e, portanto de caráter individualista, para uma outra cuja ênfase esteja na criança e na família, unidade primária do cuidado e não meramente fonte de orientação e de busca de informações.

A promoção de um cuidar humanizado em unidade de terapia intensiva infantil significa envolver “não só a criança nesse cuidar como também o que a pessoa significa para ela, voltando-se para a totalidade de ambas, ou seja, um cuidar que considera a criança e a família como um cliente.” (BARBOSA; RODRIGUES, 2004, p. 207).

Todavia, segundo Weirich, Tavares e Silva (2004), embora os profissionais apresentem uma razoável compreensão em relação aos elementos necessários para ampliarem um cuidado que realmente contemple o modelo centrado na família, a exemplo de uma presença sincera bem como da disponibilidade em ouvir e exaurir dúvidas numa transação intersubjetiva firmada na confiança e na reciprocidade, não os utiliza de maneira consistente em seu cotidiano haja vista que nem todas as categorias profissionais da área de saúde concebem a família como parte de sua prática assistencial, nem a considera como foco de sua atenção. Nesta linha de pensamento Barbosa e Rodrigues (2004, p. 210) descrevem que

a família não é valorizada no cenário hospitalar, poucos são os profissionais da saúde que conseguem compartilhar seus espaços com ela e vê-la como um cliente. Na maioria das vezes, ela é vista como um intruso, alguém que está ali para atrapalhar, fiscalizar, reclamar, impedindo que o profissional realize seu trabalho.

Esta percepção, em relação ao familiar, está grandemente relacionada ao fato de, durante a hospitalização de um filho, a mãe geralmente se apresentar extremamente ansiosa no que concerne aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados com a criança, além de estar temerosa com a possibilidade de esta não se recuperar, caracterizando uma situação de crise, que desperta na genitora a necessidade de desabafar, sendo, conseqüentemente, rotulada pela equipe como uma mãe importuna e complicada.

No que tange à permanência da criança em UTIP, Francolli e Angelo (2006, p. 126) ressaltam que esta interfere na relação e funcionamento da família, rompendo bruscamente com a dinâmica familiar, a partir da quebra de vínculos, bem como provoca conflitos nos relacionamentos dos pais com a equipe, visto que “ora os pais sentem-se usurpados em seu papel paterno, ora sentem-se desvalorizados, além da perda da privacidade.”

Neste enfoque, versando sobre a tríplice relação hospitalização, filho e mães acompanhantes, os autores Pinto, Ribeiro e Silva (2005) destacam que a realidade de ter um filho interno, passivo em sua condição de enfermo, desestrutura todo o cotidiano familiar a começar pela desorganização de suas rotinas, pela ampliação de suas responsabilidades e pelo sofrimento gerado pela convivência limitada, tanto pelas próprias condições da família quanto pelas impostas pelo hospital ou mesmo patologia da criança. Desse modo, a hospitalização insurge, nas mães que sofrem a experiência de ter filhos hospitalizados,

o medo da doença e do desconhecido; sentimento de culpa, insegurança e ausência de controle sobre o ambiente hospitalar, pessoas, rotinas, procedimentos e equipamentos; medo de perder o afeto de seus filhos; mudança de rotina de vida e de atendimento das necessidades da criança; problemas financeiros, sociais e afetivos vinculados à doença; padrões comportamentais solicitados aos pais, diferentes dos habituais, desencadeando muita ansiedade. (VERNIER; DALL'AGNOL, 2004, p. 173).

Portanto, a partir de vivências negativas e dos significados atribuídos à doença e hospitalização de um filho, a mãe experiencia um limiar de emoções determinadas por fatos reais ou imaginários que “se manifestam por meio de sentimentos, ações e pensamentos que refletem a dificuldade para lidar com a situação, tais como nervosismo, choro incessante, andar constante pelo hospital, falta de apetite e outras alterações comportamentais em seus membros.” (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005, p. 978).

Assim, com a doença e hospitalização de um filho, a mãe é bombardeada pelos mais variados sentimentos e emoções, caracterizando uma situação de desequilíbrio que suscita cuidado profissional. Portanto, na perspectiva de uma assistência humanizada, durante o processo de hospitalização, a filosofia do cuidado deve estar centrada no vínculo mãe-filho uma vez que, a partir da relação de afeto com a criança, o ser mãe revela o mundo de suas vivência, enquanto caminho alternativo para a compreensão de suas inquietações, temores, angústias e negações (RAMALHÃO; DUPAS, 2003).

Ramalhão e Dupas (2003), abordando a ambivalência da vivência de mães de crianças internas em unidades de cuidados intensivos enfatizam que, buscando um cuidado humano que minimize a ansiedade e o medo de mães, torna-se importante, numa atitude existencial de diálogo, apresentar a unidade de cuidados intensivos infantil, esclarecendo quanto às suas normas e rotinas, bem como explicar o quadro clínico de seu filho e a situação em que irão encontrar a criança para que relações de equilíbrio entre si e a situação vivenciada sejam estabelecidas.

Nesta perspectiva, Oliveira et al. (2005, p. 94) destacam que, para que a família possa contribuir no restabelecimento da saúde de um parente, “é fundamental que ela esteja informada sobre o que está acontecendo com o paciente e que esteja emocionalmente estável, o que exige o atendimento de suas necessidades pelos profissionais de saúde que atuam na unidade.”

Pinto, Ribeiro e Silva (2005) acrescentam que, reconhecendo a vulnerabilidade de mães que experienciam o rompimento dos laços afetivos e familiares ante a hospitalização de um filho em UTIP, é imperioso o apoio da equipe hospitalar, em particular dos profissionais de enfermagem, oferecendo informações sobre a evolução da saúde e causas da doença de sua criança, bem como a valorização de seu sofrimento, sendo compreendida em sua vulnerabilidade para exercer sua potencialidade em função não apenas de normas hospitalares.

A vulnerabilidade revela-se como condição existencial humana, pressupondo sua manifestação em diferentes graus, dependendo da situação, em todos os seres humanos. O enfermeiro, ao interagir com a família em um momento de crise, depara-se com a experiência de vulnerabilidade da família e com a sua própria experiência de vulnerabilidade. (PETTENGILL; ANGELO, 2005, p. 987).

Assim, o cuidado humanizado em enfermagem ao ser mãe acompanhante deve ser permeado por um processo de comunicação efetivo que subsidie o esclarecimento de dúvidas e o repasse de informações verdadeiras, atualizadas, em linguagem adequada ao nível de compreensão da genitora, colaborando para a recuperação de seu filho e amenizando os efeitos pela falta de informação, os quais desencadeiam intenso sofrimento pelo desconhecimento e incompreensão do quadro clínico de seu filho.

A partir da inserção do diálogo autêntico nas práticas de enfermagem exercidas no cotidiano da UTIP, o trabalho, apoio e orientação dos profissionais de enfermagem às mães que acompanham seus filhos ao longo de sua hospitalização ajudam para que elas encontrem apoio a partir de uma relação empática pautada no compromisso autêntico bem como alternativas mais saudáveis no enfrentamento da situação vivida.

Logo, a busca do diálogo genuíno entre a equipe de enfermagem e a genitora se apresenta como um importante instrumento para a humanização no cotidiano da terapia intensiva pediátrica, rompendo barreiras, fortalecendo as relações face a face, facilitando a interação entre a equipe de enfermagem, a criança e o ser mãe participante.

Assim sendo, na acepção de Barbosa e Rodrigues (2004, p. 207), a humanização do processo de cuidar no mundo da UTIP envolve relacionamento e compromisso existencial com a genitora nessa unidade, além de representar “um desafio a ser buscado pelos profissionais que atuam em UTIs através da interação, do tornar-se humano, do diálogo, da presença, do amor, da paciência que são inerentes ao processo de humanizar.” As autores acrescentam que

[...] atitudes como o diálogo, a presença, a responsabilidade profissional, o comprometimento, as experiências compartilhadas e a arte de amar são apontadas como ingredientes básicos da humanização na convivência profissional com os seres humanos que se envolvem e são envolvidos no processo de cuidar. A criança, a família e a equipe de enfermagem e médica têm que fazer parte deste contexto de interação e envolvimento do cuidar humanizado. (2004, p. 207).

Dessa forma, considerando que a hospitalização infantil em unidades de cuidados intensivos mobiliza muita dor e inquietação nos familiares e engendra complexas situações que envolvem uma multiplicidade de facetas, atualmente o cuidado em saúde demanda “uma postura da equipe voltada para a atenção integrada ao binômio criança-família. Esta atenção cuidadosa inclui suporte emocional à família”, respeitando o ser mãe fragilizada pela doença e hospitalização de seu filho e acolhendo-a ante uma transação intersubjetiva de cordialidade que permite flexibilizar normas e rotinas para que as necessidades do binômio mãe-filho sejam satisfeitas e tenham sua ansiedade reduzida, oferecendo-se explicações consistentes e esclarecedoras relacionadas à situação experienciada (VALLE, 2001, p. 54).

Destarte, no processo de internação pediátrica, há a necessidade de se valorizar o vínculo criança-família, bem como de se esclarecer, orientar e proporcionar segurança em particular à mãe, ajudando-a a lidar com os problemas, conflitos, medos e aumento das responsabilidades resultantes do internamento de sua criança.

Logo, é necessário repensar as práticas de cuidar em UTIP, dando a estas uma visão humanista e existencial a partir da inserção da família, em particular da mãe, não apenas como participante no cuidado aos seus filhos, mas como elemento a ser cuidado e que, portanto, deve receber suporte para enfrentar, compreender e compartilhar a situação de doença destes seres especiais (CORREA, 2005; GAIVA, 2006).

Os profissionais de enfermagem, no ambiente restrito e incógnito da UTIP, devem respaldar suas ações no cuidar de crianças, valorizando, a partir de um encontro de natureza conversacional significativamente autêntico, a mãe como uma cliente em potencial,

considerando-a como um participante ativo no processo de cuidar do seu filho, mas que, muitas vezes, necessita ser cuidada para que possa, de forma plena, vivenciar com autonomia, escolha e responsabilidade a situação que está enfrentando (BARBOSA; RODRIGUES, 2004).

Nesse enfoque, o cuidado numa perspectiva holística ao ser mãe de crianças em UTIP perpassa pela sensibilidade diante de seus sentimentos, sensações e expectativas, subsidiando um relacionamento interpessoal terapêutico que permita a esta vivenciar o processo de doença e hospitalização de seu filho de forma plena e ser atendida em suas necessidades.

Assim sendo, a mãe deve ser auxiliada e estimulada a adquirir o controle da situação de doença de seu filho, através da busca das suas próprias demandas e desafios em cada etapa do processo, de tal modo que a família possa “se tornar mais bem adaptada e competente para cuidar da criança e conseguir administrar a situação, que toda a família vivencia, com um s186.17(que762()-79.7o5.84 748.ns)6.0217(i)-9.23n72()-164.2()-175.532(do)10.63m79(l)1.

Ne d23]TJ.04í2()-164.49(e)-2.80892(nt)12.04que762()-79.7o5.84 748.nsho228.72.4459(v)1.8306

compreendendo sua penúria a partir de um relacionamento em que ocorre um encontro especial entre seres humanos no qual existe um chamado e uma resposta intencional.

Vale salientar que a formação de grupos de apoio para pais também constitui um recurso essencial para humanização do cuidado ao ser mãe uma vez que tais grupos propiciam o reconhecimento e o enfrentamento satisfatório na busca de equilíbrio emocional durante todo o processo de internação de seus filhos, além de oferecerem um espaço para se falar a respeito e discutir conteúdos emocionais que estão sendo vivenciados (SUGANO; SIGAUD; REZENDE, 2003).

Os grupos de apoio têm facilitado aos pais a compreensão da doença e seu tratamento, ajudando-os a enfrentar seus temores e aflições, aumentando a aceitação de fato tão doloroso em suas vidas, conscientizando-os a respeito de suas relações emocionais, bem como as de outros membros da família e da criança doente. Além disso, têm permitido sua aproximação às necessidades de seus filhos para ajudá-los a se desenvolver o mais normalmente possível, diminuindo, com isso, seus sentimentos de culpa. (VALLE, 2001, p. 54).

Nesse enfoque, o grupo pode ser uma alternativa que suavize medos diante do enfrentamento da condição de saúde do filho bem como de possíveis perdas, ao contribuir para minimizar o sofrimento e a ansiedade da mãe, que surgem durante a doença e a hospitalização de um filho pelo partilhar da experiência com outras mães, mobilizando suas forças interior, assim como pelo esclarecimento de dúvidas, exaurindo-as quanto ao quadro clínico, tratamento e prognóstico de sua criança ou qualquer outra realidade que esteja inquietando e dificultando o processo de enfrentamento do ser mãe.

Portanto, torna-se imprescindível voltar a atenção às necessidades da mãe acompanhante e desenvolver um cuidar humanizado, tendo como foco central este ser especial, buscando-se compreendê-la em suas necessidades, integrando-a a grupos de apoio, repensando o cenário de acolhimento às genitoras e compartilhando os seus sentimentos e dificuldades ao mesmo tempo em que a encoraja a vivenciar o cuidado do filho hospitalizado de forma autêntica.

Sob esse prisma, é necessário aos profissionais de enfermagem que atuam no ambiente de cuidados intensivos pediátricos ampliarem sua atuação, reconhecendo e assumindo que, junto com a criança doente sob seus cuidados, é imprescindível a promoção de uma assistência humanizada ao ser mãe por meio de um chamado e uma resposta que busquem as reais necessidades desse ser especial para que ela possa vir a ser mais e melhor ante a situação de doença e hospitalização vivenciada pelo seu filho.

3 PRESSUPOSTOS DA TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM DE PATERSON E ZDERAD

Para que se possa entender a conjectura básica e os pensamentos influenciadores da Teoria Humanística de Enfermagem e, desta forma, melhor compreender sua natureza, valor e aplicação na prática assistencial do cuidar em enfermagem, considerou-se relevante expor uma apresentação desta a partir da descrição dos seus conceitos, os quais foram utilizados para viabilizar a elaboração desta dissertação com base em seu objetivo proposto.

Inicialmente, destacaremos aspectos sobre as teóricas por acreditarmos ser importante para entendermos a teoria por elas elaborada. Ponderando que se conhece o autor pela obra, defendemos a reciprocidade deste dito popular como componente que contribuirá para assimilação acerca da Teoria Humanística.

Josephine Paterson graduou-se na *Lenox Hill Hospital School of Nursing* e na *St. John's University*. Recebeu o título de especialista em Enfermagem clínica do *Northport Veterans Administration Medical Center*, em *Northport*, Nova Iorque. O grau de mestre foi obtido na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* em *Baltimore, Maryland*. Seu doutorado em Ciências da Enfermagem foi da *Boston University School of Nursing*, em *Boston, Massachusetts*, onde ampliou seus conhecimentos de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, trabalhando com o conceito de empatia em sua tese.

Loretta T. Zderad fez o seu curso de graduação na *St. Bernad's Hospital School of Nursing* e na *Loyola University*. O título de Mestre em Ciências foi obtido na *Catholic University*, em Washington, D.C., e o grau de Doutora em Filosofia, na *Georgetown University*, em Washington, D.C.

Diante deste breve histórico curricular, em que buscamos descrever sumariamente a formação acadêmica de ambas as teóricas, observamos que cada uma trilhou caminhos distintos, porém complementares. Em meados de 1950, estas se entrecruzaram na *Catholic University* quando elas assumiram o compromisso de criar um projeto que contemplasse a saúde comunitária e psiquiátrica no programa de graduação da referida instituição (KLEIMAN, 2000).

A partir deste encontro, de acordo com Kleiman (2000), iniciou-se um intenso processo de colaboração, diálogo e amizade que durou mais de 35 anos. Dentre outros resultados provenientes da ação de cooperação no compartilhar de conhecimentos, Josephine

Paterson e Loretta Zderad, a partir de várias publicações na década de 1970, descreveram a Teoria Humanística de Enfermagem, fruto do I Curso intitulado “Enfermagem Humanística” promovido para as enfermeiras do *Veterans Administration Hospital Northport*, Nova Iorque. Na oportunidade, as experiências vivenciadas no âmbito da Enfermagem foram refletidas, exploradas e questionadas.

A Teoria Humanística de Enfermagem, elaborada por Paterson e Zderad (1979), foi por elas denominada como a teoria da prática humanista da Enfermagem, uma vez que se desenvolveu a partir da experiência existencial de enfermeiras mediante descrição e conceitualização dos fenômenos vividos.

Nesta perspectiva, Leopardi (1999, p. 131) destaca que a teoria descrita por Paterson e Zderad deriva do “encontro existencial da enfermeira, no mundo do atendimento à saúde” pela valorização e apreciação do significado que esta situação tem para cada homem em sua subjetividade. A teoria considera as escolhas realizadas pelos indivíduos, através das quais se caracterizam como seres humanos bem como reconhece o outro em sua singularidade, como alguém que luta para sobreviver, vir-a-ser, confirmar sua existência e entendê-la.

Para fundamentar a teoria da prática humanista, as teóricas receberam a influência de pensadores humanistas, fenomenologistas e existencialistas a exemplo de Marcel, Nietzsche, Hesse, Chardin, Bérghson, Jung e Buber que “enfocam a presença genuína do diálogo autêntico entre as pessoas” como possibilidade para percepção, exposição minuciosa e apreciação dos fatos que envolvem os seres humanos (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005, p. 434).

O existencialismo aparece na teoria como “uma experiência existencial que permite o conhecimento humano do ser e da qualidade do ser do outro.” (SANTOS; PAGLIUCA; FERNANDES, 2007, p. 2). Enquanto abordagem filosófica para a compreensão da vida, não pretende encontrar *o porquê* da experiência humana, apenas descrevem *o que é* com destaque na autodeterminação, livre escolha e auto-responsabilidade dos indivíduos o que por sua vez o torna particularmente aplicável à Enfermagem no âmbito da estrutura da saúde holística (OLIVEIRA; BRÜGGEMANN; FENILLI, 2003).

A fenomenologia subsidiou na descrição da forma como a Enfermagem é vivenciada individualmente por cada enfermeiro uma vez que o projeto fenomenológico se define como uma “ ‘volta às coisas mesmas’, isto é, aos fenômenos, àquilo que aparece à

consciência, que se dá como seu objeto intencional.” (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006, p. 102). Na teoria da prática da Enfermagem Humanística, a “coisa em si” é a situação da Enfermagem experimentada existencialmente.

Considerando que tanto a fenomenologia como o existencialismo, em seus pressupostos, “valorizam a experiência, as capacidades do homem para admiração e para o conhecimento e exaltam o desenvolvimento do ‘novo’”, a Enfermagem Humanística propõe formas humanas de existência nas situações de cuidado mediante sua descrição, despertando para as possibilidades de moldar nosso mundo da Enfermagem aqui, agora e no futuro e redirecionar sua prática assistencial (PATERSON; ZDERAD, 1979, p.24)¹.

Filosoficamente influenciada pelo existencialismo, pela fenomenologia e pelo humanismo, a Teoria Humanística tem suas raízes no modelo holístico de ser e fazer saúde, dando importância preponderante aos interesses humanos, a seus valores e a sua dignidade em conformidade com os humanistas e em oposição ao modelo cartesiano biomédico que privilegia a técnica, o fazer-com (SCHAURICH; PADOIN, 2003).

O enfoque da Enfermagem Humanística, segundo Paterson e Zderad (1979), não rejeita os avanços tecnológicos da Enfermagem, se não trata de incrementar seu valor ao considerar o uso destes na perspectiva do desenvolvimento do potencial humano. A Enfermagem Humanística se relaciona com o pensamento artístico, científico e tecnológico da Enfermagem e destaca a ciência e a arte como formas de respostas humanas à situação de cuidado através das quais se pratica e se desenvolve o seu ser e fazer.

A Enfermagem Humanística, portanto, não é uma mera questão de fazer, mas também de ser, determinada por uma atitude humanista sensível à conjuntura existencial vivenciada no cenário hospitalar e que esmera a relação enfermeiro-paciente a partir de uma atitude recíproca lídima com o outro em que ocorre um verdadeiro partilhar. Isto implica uma confirmação da transação intersubjetiva com todas as capacidades humanas de cada indivíduo singular com outro também único e que inclui uma resposta à realidade experienciada (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Desse modo, a Teoria Humanística em Enfermagem destaca a relevância do estar-com na prática assistencial, enfatizando a Enfermagem como uma experiência existencial, um diálogo vivo que surge a partir do estabelecimento de uma relação intersubjetiva de sujeito

¹ Todas as citações de Paterson e Zderad extraídas da obra *Enfermería Humanística* (1979) foram traduzidas pela pesquisadora.

para sujeito com todos os potenciais humanos e limitações de cada participante único (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Conforme Oliveira, Brüggemann e Fenilli (2003), a Enfermagem Humanística é um tipo particular de situação humana compreendida como uma relação inter-humana, envolvendo o profissional de enfermagem e o paciente, objetivando promover além do bem-estar um estar-melhor como determinante de saúde para quem vivencia o processo de hospitalização.

Considerando que o Metaparadigma de Enfermagem - a pessoa (ser humano), a saúde, o ambiente e a Enfermagem, os quais devem estabelecer uma relação de complementaridade – compreende os fenômenos de interesse para referida disciplina, a partir de então, evidenciaremos os conceitos globais que identificam tais fenômenos com base na visão humanística.

O *ser humano*, para Paterson e Zderad (1979, p. 20), é um ser aberto, capaz e relacional, “lutando e rivalizando com seus companheiros para sobreviver e chegar a ser, para confirmar sua existência e entender seu significado.” De acordo com as teóricas, é através de suas relações com outros homens que a individualidade singular do ser humano se realiza, porém cada indivíduo é um ser necessariamente relacionado e simultaneamente autônomo, único e interdependente. Nesta perspectiva, no mundo do cuidar ambos os participantes, enfermeiro e paciente, estabelecem uma dependência recíproca enquanto atores diretos da situação existencial, ao mesmo tempo em que são independentes uma vez que cada um é originador de atos e respostas humanas.

Paterson e Zderad (1979) acrescentam, a partir da descrição de Buber, que a pessoa humana vem a ser mais e manifesta sua individualidade, no tempo e no espaço, graças a sua capacidade de relacionar-se com outros seres, nas formas EU-TU; EU-ISSO, EU-NÓS.

A relação EU-TU é percebida por Buber (1979, p. LV) como uma ‘mediação’ que, na Enfermagem Humanística, envolve o enfermeiro e seus semelhantes a partir de um encontro dialógico e de uma relação inter-humana onde “a invocação encontra sua verdadeira e plena resposta.”

Buber (1979) descreve a relação EU-TU como um ato essencial do homem capaz de reconhecer seu ser como distinto, separado de outros seres a partir de uma atitude de encontro onde a totalidade do homem está presente e onde existe total reciprocidade. A relação EU-TU enfatiza o conhecimento da singularidade de cada ser sem uma superposição

ou decisão sem conhecimento acerca do outro. Tal relação genuína e existencial oferece uma presença autêntica, possibilita um encontro existencial com seu próprio EU, e mantém a capacidade para enriquecer o potencial humano. “Quando ambos participantes são humanos, cada um chega a ser mais neste evento misterioso da relação ‘Eu-Tu’.” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 83).

O EU-ISSO para Buber (1979) é resultado da reflexão do homem no que tange à relação EU-TU; nesse enfoque, “ao refletir sobre estas relações, ele as considera como objetos a serem conhecidos, como ISSO.” (OLIVEIRA; BRÜGGEMANN; FENILLI, 2003, p. 16). Com base nesse pensamento, Paterson e Zderad (1979, p.83), descrevem

a capacidade de conhecer o homem e de estabelecer relações “Eu-Isso” como o homem olhando para trás, refletindo sobre suas relações passadas “Eu-Tu”. Ao se refletir estas relações “Eu-Tu” as considera como objetos para conhecer, como “Isso”. A relação “Eu-Isso” permite ao homem interpretar, categorizar, e acrescentar o conhecimento científico.

No tocante, a relação do homem com os outros possibilita o seu desenvolvimento individual, sua formação pessoal a partir da influência da família, comunidade e sociedade caracterizando o ‘EU-NÓS’. Nessa expectativa, Paterson e Zderad (1979, p. 83) enfatizam que “o desenvolvimento de cada ser humano individual tem influenciado muitos tipos de seres contraditórios e singulares.”

Quanto ao conceito de *saúde*, este é descrito pelas teóricas como um processo de encontrar sentido na vida sendo vivenciada no processo de viver, de estar envolvido com cada momento através das relações uns com os outros. Assim, quando nos relacionamos verdadeiramente com o outro, vivenciamos saúde. Esse conceito amplia, por conseguinte, a capacidade que uma pessoa tem para a saúde uma vez que não se limita, segundo Praeger e Hogarth (1993), a doença, ou diagnóstico médico, mas envolve a valorização de algum potencial humano bem como o desejo do indivíduo estar aberto para as experiências da vida, independente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional.

Sob esse prisma, a *saúde* vivenciada na Teoria Humanística está muito além do conceito de saúde como mera ausência de doença e, portanto, entendida como uma necessidade para a sobrevivência pessoal de um indivíduo em particular no que se refere à condição de vida e de morte de um ser humano; está relacionada ao encontro entre enfermeiro/paciente e à potencialidade do ser humano vivenciar o bem-estar e o estar-melhor, referindo-se o bem-estar a um estado de estabilidade, ao passo que estar-melhor implica estar

no processo de tornar-se tudo que é humanamente possível (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Na Enfermagem Humanística, a resposta ao cuidado e ao desenvolvimento do bem-estar e do estar-melhor, em situações particulares e na relação enfermeiro/paciente, constitui-se dentro de um contexto único, *ambiente*, em um mundo real de homens e coisas onde o tempo e o espaço têm uma relação direta às respostas propostas, baseada em atitudes humanas, como respeito e comunhão.

O *ambiente*, na teoria da prática humanista, coaduna qualquer situação em que ocorre o fenômeno da Enfermagem, estando presente o mundo real do enfermeiro e do paciente em uma variada rede de relações inter-humanas compartilhadas. Cruz (2004, p. 43) destaca que “é nesse ambiente que as pessoas compartilham .parC212.1489(b)101(a)-2.80762(n)-13.4459(r)3.2

Assim sendo, na prática assistencial, onde as relações inter-pessoais são imprescindíveis para o sucesso das ações cuidativas, são constituintes da Enfermagem não somente a ternura, o interesse, o alento da confiança, a alegria, a esperança, mas também a frustração, o desalento, a irritação, a rejeição, a reserva, a solidão, a agressão, a impaciência, a inveja, a pena, a desesperança, a dor e o sofrimento. Em outras palavras, como “a enfermagem é uma vivência dos humanos, o ‘conteúdo’ da mesma inclui todas as respostas possíveis do homem em sua situação, tanto daquele que necessita como do que ajuda num momento dado.” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 31).

Cumprir assinalar que, no mundo das vivências reais, o fenômeno da Enfermagem se apresenta como um evento inter-humano à medida que cada vez que se realiza o ato de cuidar, dois ou mais seres humanos, em um verdadeiro partilhar, relacionam-se a partir da situação experimentada existencialmente por cada partícipe segundo seu modo de ser, revelando um compromisso autêntico, sensível e consciente.

Destarte, a Enfermagem é uma *transação intersubjetiva* mediante a qual ou através da qual ocorre a “mediação”, o “nutrir”, entre seres humanos singulares no qual um dá e outro recebe. Este caráter transacional intersubjetivo da Enfermagem não pode, portanto, passar despercebido quando se vive o fenômeno, seja como paciente ou como enfermeiro haja vista que “esta dimensão inter-humana essencial de cuidar de alguém está além e ao mesmo tempo dentro dos elementos técnicos, de procedimento ou interrelacionados ao evento. É uma qualidade do ser expressa no fazer.” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 32).

Como experiência transacional intersubjetiva, Paterson e Zderad (1979) destacam que a Enfermagem abarca necessariamente um modo de ser no ato de fazer (algo), estabelecendo uma relação mútua tão intrínseca que é difícil, e inclusive complicado, falar de um sem referenciar o outro. No entanto, no mundo hodierno, as ações de enfermagem se restringem, com frequência e quase que exclusivamente, ao aspecto do fazer com ênfase nas técnicas ou nos procedimentos de enfermagem, limitando o cuidado a uma prática mecânica, autômata em que os aspectos humanísticos e relacionais não são priorizados.

Esta realidade se deve ao fato de que, na experiência inter-humana real da Enfermagem, o peso do ser é sentido, ou seja, a presença e o efeito da presença de alguém são experienciados mais intensamente do que descritos. Contudo, não buscar delinear sobre o modo de ser do enfermeiro não permitirá uma descrição autêntica do processo de cuidar em enfermagem, porquanto a situação de enfermagem será tão bem mais descrita quanto mais

forem inter-relacionados e reconhecidos o fazer e o ser do profissional de enfermagem (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Sob esse prisma, ao considerar a Enfermagem como uma resposta de cuidado, é necessário centrar-se tanto no exercício de sua prática profissional como nos modos de estar dos participantes, valorizando o *ethos*, bem como o conjunto de sentimentos experimentados e expressados pelo ser humano perante o processo que está vivenciando, por meio de um compromisso autêntico no qual cada ser é reconhecido como existência singular em sua situação.

Conforme Paterson e Zderad (1979), a *Enfermagem* busca ponderar e apreciar o significado que as situações vivenciadas têm para a existência do homem, contribuindo para a manutenção do potencial humano a partir de uma transação intersubjetiva em que o ato do profissional de enfermagem fazer algo está intrinsecamente relacionado ao seu modo de ser.

Portanto, a Enfermagem Humanística se ocupa do que é essencialmente a Enfermagem, valorizando o fenômeno tal como se vive cotidianamente onde quer que ocorra, abarcando quaisquer e todas as situações próprias da Enfermagem como uma forma particular de diálogo humano, sendo este diálogo usado no sentido existencial. O diálogo, de acordo com Oliveira; Brüggemann e Fenilli (2003, p. 14), envolve

[...] o *encontro* (o reunir-se de seres humanos, onde há a expectativa de que haverá alguém para atender e alguém para ser atendido), a *presença* (a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto e disponível para outra pessoa de modo recíproco), o *relacionamento* (o “estar com o outro”, onde um vai em direção ao outro, oferecendo e possibilitando presença autêntica) e *um chamado e uma resposta* (a comunicação interativa, que pode se dar tanto verbal como não verbalmente).

Assim sendo, o ato vivo e humano da Enfermagem pressupõe um *encontro* especial entre pessoas humanas, através de uma transação intersubjetiva significativa, experimentada existencialmente pelo enfermeiro e pelo paciente, produzida à luz de suas metas onde a totalidade de cada um está presente e onde existe total reciprocidade.

É oportuno ressaltar que o encontro vivenciado em uma situação própria de enfermagem pode ser esperado ou delineado por um ou ambos envolvidos, ou pode ser inesperado para um ou para ambos; de qualquer forma, conserva-se sua meta ou objetivo, havendo uma expectativa implícita de que o enfermeiro prestará ajuda se o paciente dela necessita. Contudo, quando o encontro é planejado ou esperado, sentimentos como angústia,

temor, esperança, contentamento, irritação, responsabilidade, resistência, entre outros que insurgem pela antecipação do evento, influem diretamente no diálogo (CRUZ, 2004).

Outro fator que exerce influência no encontro dialógico entre o paciente e o enfermeiro é o grau de controle ou escolha que cada um desempenha sobre ele, posto que, enquanto indivíduos singulares, cada um vai a ele com certos anseios motivados por seus próprios desígnios, por sua própria história e por sua capacidade de dar e receber ajuda, isto é, “cada um vai ao encontro com tudo o que é e tudo o que não é em um momento e em um lugar dados. Cada um vai a ele como o ser humano singular que é.” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 51).

Logo, a qualidade de cada encontro está relacionada à habilidade que tanto o paciente como o enfermeiro tem de abrir-se ou não ao diálogo o qual, por sua vez, permite à Enfermagem “conciliar razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade no ato de cuidar, participando muito intimamente da busca do significado do sofrimento, da vida, da morte e do outro.” (MERCÊS; ROCHA, 2006, p. 472).

Considerando que a Enfermagem é uma resposta de cuidado consubstanciada no encontro enfermeiro-paciente em que ocorre um verdadeiro partilhar, estar com o outro numa *relação* genuína e compartilhada permite que os seres humanos possam estar-com e fazer-com uns com outros ao serem capazes de ver os outros e as coisas como distintos de si mesmos e de dialogar com a realidade a partir da competência que os indivíduos têm para as relações interiores, para conhecer-se a si mesmos e a seus mundos neles mesmos (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Para o homem, é natural, e de fato inevitável, o relacionar-se com seu mundo, todavia o relacionamento pode ocorrer através da interação sujeito-objeto bem como através da ação mútua sujeito-sujeito em que ambas as relações são absolutamente necessárias para a existência humana genuína. Daí a capacidade humana para relacionar-se com o outro

como objeto é fundamental para o avanço da humanidade. A relação intersubjetiva também é necessária para a existência humana, pois permite o desenvolvimento do seu potencial humano, tornando o indivíduo singular mediante sua relação com outros homens. Na relação sujeito-objeto é possível obter algum conhecimento acerca de uma pessoa; mediante a relação intersubjetiva, isto é, a relação sujeito-sujeito, é possível conhecer a pessoa em sua individualidade singular. Por isto, tanto a relação sujeito-sujeito como a relação sujeito-objeto são essenciais para o processo da Enfermagem clínica, como elementos integrantes da Enfermagem humanística. (OLIVEIRA; BRÜGGEMANN; FENILLI, 2003, p. 21).

Paterson e Zderad (1979) salientam que a Teoria Humanística, por ter como base o evento inter-humano no qual tanto o enfermeiro como o paciente podem considerar-se a si mesmo e ao outro como objetos e como sujeitos ou como alguma variedade ou combinação disto, tem em si mesma as possibilidades para diversas categorias e dimensões relacionais descritas por Buber em que a relação sujeito-objeto (EU-ISSO) considera a outra pessoa como um artefato, ou seja, como uma mera função ou mesmo como um caso ou tipo clínico, diferindo totalmente da relação sujeito-sujeito ou EU-TU a partir do qual o enfermeiro e o paciente se encontram entre si como seres humanos em uma relação intuitiva, conservando suas identidades singulares e próprias por intermédio de uma presença autêntica.

As teóricas evidenciam dessa forma que, no mundo da Enfermagem ou mesmo no mundo em geral, os encontros humanos podem ir desde o trivial até o extremamente significativo, podendo ser experimentados diferentes níveis de intersubjetividade numa rede de relações inter-humanas em que o indivíduo tem a possibilidade de ser considerado como uma função ou ser tratado como um objeto; ou mesmo ser reconhecido como uma presença ou como um TU no diálogo genuíno.

Na teoria da prática humanística, a *presença* está relacionada à qualidade de estar aberto, receptivo, inteligível e disponível para as outras pessoas, de um modo recíproco e autêntico, exigindo, no âmbito da saúde, que a equipe de enfermagem focalize detalhes específicos do corpo ou comportamento do paciente, reconhecendo sua individualidade, compreendendo a situação que este vivencia e estando acessível ao todo de sua experiência, a fim de que o ser doente possa vir a ser mais e melhor a partir de uma inescrutável inter-relação profissional de enfermagem-paciente.

Portanto, para que ocorra o diálogo genuíno deve haver certa abertura, receptividade, disposição ou acessibilidade. A pessoa aberta ou acessível se manifesta em si mesma como um ser “presente”. Isto não é o mesmo que ser atento; um ouvinte pode ser atento e, no entanto recusar-se a dar a si mesmo. As ações visíveis não necessariamente significam presença, pois esta não se pode demonstrar. Mas se pode revelar diretamente e inequivocamente em um olhar, um contato, um timbre de voz. [...]. Conseqüentemente, a acessibilidade implica não somente estar à disposição do outro, mas também estar com a totalidade de si mesmo. Ademais, ele implica reciprocidade. O outro também é visto como uma presença; muito mais como uma pessoa que como um objeto, uma função ou um caso. (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 55-56).

Com base nesse pensamento, o caráter dialogal da Enfermagem oferece uma presença autêntica a partir de uma relação enfermeiro-paciente desenvolvida existencialmente; desse modo, a Enfermagem Humanística enquanto diálogo vivo envolve em

seu marco de referência *um chamado e uma resposta* que tem um propósito determinado no domínio da saúde e da doença e pelo qual o paciente chama com a esperança de receber atenção, e a enfermeira responde com a intenção de ajudar.

Na prática de enfermagem, o chamado e a resposta se desenvolvem em ambas as direções em uma interação transacional em que tanto o paciente como o enfermeiro chama e responde além de sequencialmente, simultaneamente. Destarte, ao mesmo tempo em que o paciente chama com a esperança de ser atendido em sua necessidade, responde com solicitude ao ver sua necessidade de ajuda satisfeita. Por outro lado “a

Desse modo, a comunidade, enquanto componente da teoria da prática da Enfermagem Humanística, contribui para o ser humano vir-a-ser a partir de um relacionamento intersubjetivo e que determina a singularidade da pessoa humana, embora receba influência do contexto no qual está inserido. Nesse enfoque, é oportuno destacar que a Teoria Humanística, enquanto diálogo vivo, deve enfatizar o ser paciente bem como o ser cuidador como inseridos cada qual em sua comunidade e que os caracterizam individualmente, destacando o contexto vivido que os faz partícipes de uma mesma comunidade a partir do partilhar e do relacionar-se que conforme, Praeger e Hogarth (1993) dão significado à existência humana.

A partir do modelo teórico proposto por Paterson e Zderad na perspectiva de uma Enfermagem Humanística, puderam ser abordadas, nesse estudo, questões relacionadas ao cuidado ao ser-criança e ao ser-mãe acompanhante, quando no mundo do hospital, possibilitando ainda, como forma de atender ao objetivo proposto desta pesquisa, uma reflexão acerca do encontro vivido e dialogado entre profissionais de enfermagem e mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

No que concerne à Enfermagem Fenomenológica, esta se constitui na metodologia que subsidiou a apreciação existencial do fenômeno de enfermagem a partir de cinco fases (preparação da enfermeira cognoscente para chegar ao conhecimento; a enfermeira conhece intuitivamente o outro; a enfermeira conhece cientificamente o outro; a enfermeira sintetiza complementarmente as realidades conhecidas; sucessão do múltiplo para a unidade paradoxal como processo interno da enfermeira) descritas por Paterson e Zderad (1979) e apresentadas consecutivamente, embora se achem entrelaçadas, conforme abordadas, neste estudo, em todas as suas etapas.

ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA

A Enfermagem Fenomenológica, descrita por Paterson e Zderad (1979) como uma metodologia para subsidiar o desenvolvimento da teoria da Enfermagem Humanística, possibilita a exploração de realidades da experiência humana na situação de enfermagem bem como o delineamento de seu significado consubstanciado no exame minucioso do fenômeno vivenciado.

Este método teórico-prático se caracteriza no estudo e na ênfase ao evento da Enfermagem em si e, subseqüentemente, no modo como este ocorre na vida real. Portanto, o fundamento da Enfermagem é humanista e denota a “expressão do homem e sua luta pela sobrevivência e seu desenvolvimento interior na comunidade” ao relacionar o caráter dialogal da Enfermagem às experiências concretas sentidas em profundidade no ambiente do cuidado (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 34).

Do ponto de vista metodológico, a Enfermagem Fenomenológica, conforme suas teóricas, supera a insuficiência da descrição comum das ações de enfermagem ao valorizar o momento singular vivido pelo ser humano, em circunstâncias das mais íntimas, permeadas pelo medo, angústia, incerteza e insegurança, entre outros sentimentos. Nesta conjuntura, o método fenomenológico objetiva explorar as realidades da experiência humana, observar sua existência, eleger seus valores, dar significados aos mundos de vivências e transcender constantemente ou chegar a ser mais a partir da mediação profissional de enfermagem-paciente.

Considerando que o processo de Enfermagem Fenomenológica da teoria da prática humanística dispõe de cinco fases descritas por Paterson e Zderad que, conforme Oliveira, Brüggemann e Fenilli (2003, p. 25) “acarreta uma compreensão intuitiva, um exame analítico, uma síntese e uma descrição” da realidade experienciada, para uma melhor compreensão acerca das referidas fases, estas foram delineadas separadamente, por uma questão didática, segundo o pensamento das teóricas, embora elas não ocorram como se fossem passos distintos.

Preparação da enfermeira¹ cognoscente para chegar ao conhecimento

Esta fase, na acepção de Paterson e Zderad (1979) se relaciona à preparação da enfermeira para que possa abrir-se às experiências únicas vivenciadas entre ela e o paciente, sendo necessária àquela ter a capacidade de subjetivamente experienciar o outro a partir de uma relação genuína que os torna objetos de conhecimento além de lhes dar a liberdade para poder sintetizar intuitivamente este conhecimento. Isto, de acordo com Praeger e Hogarth

¹ Na descrição das fases da Enfermagem Fenomenológica a pesquisadora utilizará a expressão “enfermeira” como referenciada na obra “Enfermagem Humanística” de Paterson e Zderad (1979).

(1993, p. 246-247), envolve “aprender a correr riscos, abrir-se a experiências, à visão que alguém tem do mundo e à percepção do outro.”

Esta primeira fase possibilita, portanto, à enfermeira ser aberta e autêntica à verdadeira experiência do ser humano, por isso foi proposta pelas teóricas como sendo aquela dirigida para uma reflexão no que se refere ao modo de abordar os pacientes em serviços de saúde pública, médico-cirúrgica e psiquiátrica, contribuindo, entre outras coisas, para se analisar os fenômenos em enfermagem, refletir sobre eles e compará-los com o que já se conhece, por isso relacionam-na com o conhecimento pessoal da Enfermagem.

Nesse processo, a enfermeira busca reconhecer-se em sua individualidade embora haja a possibilidade de “confrontar-se com sua possível incapacidade de perceber-se a si mesma e de tornar seus pensamentos e atitudes mais humanos.” (OLIVEIRA, 2003, p. 109). Assim, esta metodologia humana busca uma condição de ser na enfermeira a partir da qual esta deve estar consciente de seu próprio ponto de vista e democr

introduzir-se na duração, ritmo e na mobilidade do outro a partir de uma relação intuitiva que por sua vez é considerada como uma “mediação das condições e uma síntese mental que produz juízos verdadeiros já que os padrões dominantes são a seleção inteligente, a estima e a solução do problema.”

Esta fase caracteriza-se pelo fundir-se do *self* com o espírito rítmico do outro com ênfase no conhecimento intuitivo estabelecido a partir da relação EU-TU que é a base da Enfermagem Fenomenológica e que, antecedida pelo conhecimento prévio da prática de enfermagem, dá importância à percepção que se tem do ser humano e ao modo como este vive e vê o seu mundo.

Praeger e Hogarth (1993, p. 247) corroboram que “o conhecimento intuitivo do outro requer entrar no outro, no ritmo da experiência do outro, o que resulta num conhecimento especial do outro, de difícil expressão.”

Para Buber, conforme nos apresentam Paterson e Zderad (1979), o conhecimento intuitivo como atitude necessária para o homem chegar a ser mais através da relação EU-TU permite perceber a pessoa humana em sua individualidade como alguém que ajuda o outro, que faz sentir sua presença numa interação intersubjetiva legítima e reconhece a presença do outro a partir de um relacionamento autêntico, genuíno e empático. No que tange ao contexto da prática da Enfermagem, estas teóricas descrevem que

o “sujeito” cognoscente, neste caso a enfermeira, responde a singularidade do outro, não se sobrepõe, mantém sua capacidade de admiração, questionamento e estar com o outro realmente e não “em aparência”. Este modo de relacionar-se não se pode ser imposto a uma enfermeira clínica ou investigadora. Tem que ser uma decisão pessoal responsável. (1979, p. 121).

Pode-se então dizer que o enfoque da segunda etapa deste método fenomenológico e a faceta transacional da Enfermagem Humanística são iguais haja vista que ambos os conceitos são utilizados no sentido do conhecimento e da compreensão do indivíduo em uma interação bidirecional compartilhada entre dois ou mais seres humanos.

A enfermeira conhece cientificamente o outro

Ao conhecimento intuitivo, segue-se uma nova fase pela qual a enfermeira conhece cientificamente o outro e se caracteriza como um processo analítico que permite

perceber os vários aspectos de uma situação a partir da reflexão do fenômeno. Segundo Paterson e Zderad (1979, p. 123), “neste estado reflexivo, a enfermeira analisa, considera as relações entre os componentes, sintetiza temas e conceitua ou interpreta simbolicamente a visão seqüencial desta realidade [...]”

Esta etapa da Enfermagem Fenomenológica propõe que a profissional de enfermagem, após experienciar intuitiva e absolutamente a vivência do outro acolhendo o indivíduo em sua alteridade, conceitue a realidade experimentada singularmente e a expresse segundo seu potencial humano, ponderando, confrontando e interpretando, de acordo com o conhecimento que acumulou (LEOPARDI, 1999).

Com base nesta acepção, compreende-se o conhecimento como um movimento da intuição à análise e não o inverso em que a apreciação da realidade vivenciada representa a relação EU-ISSO, descrita por Buber, que se estabelece após a relação EU-TU. Assim,

[...] cada TU em nosso mundo deve tornar-se irremediavelmente um ISSO. Por mais exclusiva que tenha sido a sua presença na relação imediata, tão logo esta tenha deixado de atuar ou tenha sido impregnada por meios, o TU se torna um objeto entre objetos, talvez o mais nobre, mas ainda um deles, submetido à medida e à limitação. (BUBER, 1979, p. 19).

Isso equivale a transcender o conhecimento expresso ou a ciência criada através do EU em si mesmo e, por conseguinte, repassar, cogitar e experimentar sua relação EU-TU como um ELE uma vez que desperta no ser humano a consciência, “observando-se a si mesmo e o que tem incorporado, fundido, feito parte de si mesmo. Este é o momento de refletir, analisar, classificar, comparar, contrastar, relacionar, interpretar, dar-lhe nome e categorizar.” (PRAEGER; HOGARTH, 1993, p. 247).

A terceira parte desta metodologia em que a enfermeira conhece cientificamente o outro reflete e transcreve o mundo das vivências, mediado pela relação enfermeira-paciente, no cenário hospitalar sob um ponto de vista particular. Entretanto, Paterson e Zderad (1979, p. 123) enfatizam que “o desafio de comunicar uma realidade vivida no terreno da enfermagem demanda autenticidade com o ser e um esforço rigoroso na seleção das palavras, frases e gramática precisa.”

A enfermeira sintetiza complementarmente as realidades conhecidas

Na quarta etapa do processo, conforme nos aduz as teóricas, a enfermeira, para chegar ao conhecimento, apresenta, compara e sintetiza múltiplas realidades conhecidas, conduzindo a uma visão ampliada do fenômeno em que descobertas diferentes em situações semelhantes não são excludentes, mas somam-se na construção do saber humano, cada uma podendo ser válida ou estando presente concomitantemente. Desta forma, as diferenças encontradas podem

[...] despertar ou trazer à consciência outros enfoques relacionados com e e se(m)2.27236

consciente da realidade vivida bem como ampliar seu próprio ponto de vista ao refletir e considerar as relações entre os pontos de vista múltiplos (PATERSON; ZDERAD, 1979; LEOPARDI, 1999).

A sucessão do múltiplo para a unidade paradoxal evolui do processo descritivo de um fenômeno vivido ao mesmo em que, na definição de Praeger e Hogarth (1993, p. 247), propõe “uma visão articulada da experiência que passa a ser expressa num todo coerente” e alvitra a comparação e a síntese das realidades conhecidas pelo enfermeiro. Estes autores acrescentam que

essa fase constitui o processo de refinamento do que foi anteriormente captado de modo intuitivo, lutando com as realidades conhecidas e dando um salto intuitivo na direção da verdade, formando assim um novo construto hipotético. Uma vez que as múltiplas realidades e verdades conhecidas são parte da enfermeira, a nova verdade é, realmente, uma expressão daquele que conhece, em termos abstratos ou conceituais, além dos dados individuais. Trata-se de uma verdade além da síntese do todo. (PRAEGER; HOGARTH, 1993, p. 247).

Tal significação demonstra que a quinta fase deste método de Enfermagem Fenomenológica impulsiona o conhecimento da Enfermagem mediada pela luta com a comunicação mútua de situações variadas no contexto do cuidado, aumentando, significativamente, as realidades conceituais compartilhadas no mundo da Enfermagem.

Assim, a Enfermagem Fenomenológica, com suas etapas processuais, guarda uma estreita relação com o processo do cuidar em enfermagem contribuindo, conseqüentemente, para uma assistência sistematizada/organizada que enfatize as reais necessidades do paciente e subsidie, consideravelmente, uma prática humanizada a partir da teoria em estudo, uma vez que a Enfermagem Humanística é uma “resposta aos males da condição humana”, é um chamado de ajuda a partir de um encontro que se dá por meio de uma relação inter-humana, de presença e compreensão.

É, portanto, um diálogo vivido; é um “fenômeno que ocorre no mundo real das vivências humanas, variando conforme o doente, sua idade, a situação clínica, sua incapacidade, etc., bem como a percepção do(a) enfermeiro(a) acerca da necessidade e suas atitudes para responder a ela.” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 29).

Contudo, a importância da Teoria Humanística de Enfermagem reside no fato de poder ser realizada para aperfeiçoar e nortear a prática através de um cuidado orientado existencialmente pelo compromisso autêntico do enfermeiro, tendo na Enfermagem Fenomenológica sua abordagem metodológica fundamentada por sua vez no encontro e no

diálogo entre quem cuida e quem é cuidado, não existindo uma prescrição para seu desempenho satisfatório devido, essencialmente, ao processo interativo/relacional que a caracteriza.

Conseqüentemente, por se tratar de uma pesquisa que busca compreender o fenômeno das situações em que vive a mãe acompanhante no ambiente de cuidados intensivos a partir do diálogo vivo com os profissionais de enfermagem da referida unidade e considerando, subseqüentemente, a aplicabilidade do método fenomenológico nesta investigação, o presente estudo foi instrumentalizado pela Enfermagem Fenomenológica em suas cinco etapas processuais.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa consubstanciada na Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad, a qual tem suas raízes na fenomenologia, esta entendida como uma corrente de pensamento que “busca compreender o homem em sua totalidade existencial complexa, enquanto homem que vive uma dada sociedade histórico-cultural situada, em seu todo de carne e espírito.” (CAPALBO, 1994, p. 74).

O cenário da investigação foi uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital público situado na cidade de João Pessoa - PB e que representa uma estrutura de saúde de referência, polarizando atendimentos clínicos em diferentes especialidades. No tocante à unidade de cuidados intensivos pediátricos, esta dispõe de leitos para crianças a partir de dois meses de idade e é constituída por uma equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos pediatras, fisioterapeutas, e quando necessário, solicita-se a avaliação de outros profissionais, como, por exemplo, neuropediatra, cirurgião infantil, psicólogo e assistente social.

A pesquisa foi realizada com cinco mães de crianças, hospitalizadas na UTIP, elegidas para o estudo por demonstraram interesse em participar do mesmo. Utilizou-se como preceito de seleção, além da disponibilidade da genitora, o tempo de internamento da criança que deveria ser no mínimo de uma semana a fim de que as participantes pudessem delinear a experiência existencial de mãe acompanhante no encontro com os profissionais de enfermagem. Cumpre assinalar que não houve um critério amostral que indicasse um número determinado de participantes, critério esse próprio da metodologia das ciências naturais, haja vista que, em fenomenologia, “o sujeito só representa ele mesmo e não se está procurando certezas pela quantidade de diferentes significados. Procura-se a qualidade diferenciada das percepções dos sujeitos sobre suas experiências” (FINI, 1994, p. 29), ou seja, na pesquisa qualitativa fenomenológica, a amostra “está mais ligada à significação e à capacidade que as fontes têm de dar informações confiáveis e relevantes sobre o tema de pesquisa.” (DUARTE, 2006, p. 68-69).

Portanto, quanto ao número de participantes da investigação, a pesquisadora considerou relevante, tendo em vista que, nesta modalidade de investigação, o que importa não é o quantitativo de participantes inseridos no estudo, e sim a qualidade em que o

fenômeno ocorre (COSTA; VALLE, 2000). Em outras palavras, na pesquisa qualitativa, a ênfase não se encontra no número de sujeitos envolvidos na investigação, mas na sua representatividade que é assegurada pela capacidade de se “refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” a partir dos discursos emergidos, possibilitando a compreensão do fenômeno investigado (MINAYO, 2006, p. 102).

No que tange à coleta de dados, esta só foi iniciada após a aprovação do projeto de dissertação por um Comitê de Ética em Pesquisa situado no âmbito da Universidade Federal da Paraíba.

Inicialmente, a pesquisadora, visando à sua aproximação com as genitoras das crianças hospitalizadas na UTIP, objetivou formar um grupo de apoio a estas mães para que, a partir dele, fosse despertado nestas o interesse e a disponibilidade em participar desse estudo com base em uma entrevista que seria realizada individualmente. A cada reunião, a pesquisadora idealizou utilizar técnicas de relaxamento bem como a musicoterapia como formas de contribuir para amenizar os efeitos advindos da internação de um filho em uma UTIP.

Para tanto, foi agendada uma reunião com um representante da instituição, estando presentes além deste, a pesquisadora e a orientadora, a fim de que fosse exposta tal pretensão e, uma vez atendida, fosse disponibilizado um espaço físico próximo da UTIP para que a pesquisadora colocasse em prática sua proposta; sendo o representante bastante solícito em providenciar o referido ambiente.

Quanto à inserção da pesquisadora no ambiente da UTIP para obtenção do material empírico que subsidiou o desenvolvimento desta investigação, esta foi antecedida pela sua apresentação à enfermeira plantonista da mencionada unidade de cuidados intensivos pediátricos. Na ocasião, a investigadora expôs a proposta de trabalho a ser implementada no serviço, fazendo ressalvas quanto ao objetivo, justificativa e procedimentos metodológicos da pesquisa; e mostrou o parecer substanciado, protocolo nº. 0010/07, emitido pelo referido comitê (Anexo A).

Antes, porém, de se aproximar do binômio mãe-filho, a pesquisadora teve a preocupação de conhecer, a partir do prontuário, os dados clínicos de cada criança, bem como seus respectivos nomes e os de suas genitoras. Buscando familiarizar-se com a história de vida desses seres especiais, utilizaram-se os registros contemplados no livro referente ao

Relatório de Enfermagem, obtendo-se informações essenciais para subsidiarem um diálogo inicial com as mães.

Nesse momento, buscou-se uma aproximação com cada genitora visando ao estabelecimento de vínculos a partir de uma relação empática pautada no respeito e na valoração do ser mãe acompanhante de criança hospitalizada. Esta aproximação inicial, portanto, teve como finalidade primordial propiciar um espaço para a genitora compartilhar suas angústias, medos, temores e dúvidas pertinentes à condição de saúde de seu filho, despertando confiança e reciprocidade entre a mãe e a pesquisadora.

No encontro subsequente, após um diálogo direcionado para a apreensão do bem-estar do binômio mãe-filho, a investigadora descreveu sua proposta de pesquisa de modo claro e acessível ao entendimento das genitoras, destacando a natureza da investigação, seu objetivo e procedimentos para a coleta de dados, elucidando, por sua vez, que estes iriam ser obtidos a partir da criação de um grupo de apoio às mães das crianças internadas na UTIP e da realização de uma entrevista por meio do sistema de gravação com anuência prévia da participante, asseverando o anonimato e sigilo de informações confidenciais.

Nessa ocasião, foi destacada também a contribuição do trabalho especialmente no que concerne à valorização da relação entre profissionais de enfermagem e mães de crianças internadas em unidades de cuidados intensivos, bem como a motivação da pesquisadora, no sentido de disseminar o conhecimento produzido.

Na oportunidade, buscou-se valorizar a voluntariedade de cada partícipe da investigação, no que se refere ao consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), respeitando sua liberdade de escolha em participar ou não da investigação, como também a possibilidade de desistir em qualquer momento da pesquisa sem prejuízo algum para assistência do seu filho, considerando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos contempladas na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nesse sentido, considerando-se as disposições éticas contempladas na referida resolução, ao convidar uma mãe para participar do estudo, a pesquisadora teve a preocupação de deixar bem claro o posicionamento ético que consolida a autenticidade do estudo, alertando para que ela não se sentisse pressionada em participar da pesquisa simplesmente pelo fato de seu filho estar recebendo tratamento na unidade de cuidados intensivos pediátricos, mas que considerasse o seu interesse e disponibilidade.

A partir da aquiescência firmada pela genitora a respeito de sua participação na pesquisa com base em seu interesse, a pesquisadora fez o convite para que a mesma se inserisse no grupo de apoio às mães de crianças hospitalizadas na UTIP, marcando previamente data, horário e local, os mais convenientes, sugeridos pelas interessadas para que as atividades idealizadas começassem a se desenvolver. Vale ressaltar que o convite foi extensivo a todas as mães, independente do seu anseio em participar da investigação.

Entretanto, apesar do agendamento precedente para a inclusão das mães no referido grupo e da disponibilidade do espaço físico, alguns fatores inviabilizaram o êxito do que inicialmente fora almejado para a condução da coleta de dados. A primeira dificuldade esteve relacionada ao próprio recinto cedido o qual, embora localizado na própria estrutura física e funcional da Unidade de Cuidados Intensivos, a maioria das vezes, não estava disponível, o que dificultou o acesso a este ambiente e, por conseguinte, o desenvolvimento das atividades para ele propostas.

Outro fator que se tornou um entrave no estabelecimento de um grupo de apoio às mães esteve relacionado à própria realidade vivenciada pelas genitoras. Embora neste ensejo, ao ser sugerida a proposta de se estruturar um espaço de apoio, as mães tenham demonstrado bastante interesse em participar e até considerada importante tal iniciativa, estas não compareceram aos encontros marcados, sendo essa atitude compreendida perante a dicotomia por elas vivenciada, uma vez que, considerando que a hospitalização em uma unidade que requeira cuidados veementes, guarda correlação no imaginário das pessoas com o sofrimento e a morte e mobiliza diversos sentimentos, caracterizando-se como uma situação provocadora de estresse, a internação de um filho numa UTIP leva a mãe acompanhante a evitar situações que a levem a ficar longe de sua criança.

Diante destes fatos, a pesquisadora optou por realizar a coleta de dados na própria UTIP, durante os meses de maio, junho e julho de 2007, utilizando, para sua viabilização, a técnica de entrevista estruturada que propiciou a apreensão do fenômeno investigado a partir das questões norteadoras sugeridas para o estudo.

Buscando compreender a experiência vivida do ser mãe acompanhante, também se utilizou a técnica de entrevista aprofundada, através da qual as informações oferecidas pela depoente foram registradas no diário de campo da investigadora. A referida técnica, segundo Souza (1998, p. 31), é iniciada

a partir de uma conversação sobre um tema geral não-estruturado pelo entrevistador. Este tem a função de facilitador e cooperador [...],

orientando e estimulando o entrevistado no sentido de precisar, desenvolver e aprofundar aspectos que espontaneamente coloca. O entrevistado desenvolve opiniões e informações da maneira que lhe forem convenientes e espontâneas, expressando seu sentimento.

Vale salientar que esse momento de coleta de dados ocorreu no espaço físico em que se encontrava a criança, havendo a preocupação da pesquisadora com o estado de saúde da mesma haja vista que este interfere diretamente na condição emocional da genitora. A investigadora levou também em consideração um horário favorável para condução da entrevista, no qual não houvesse prescrição prévia de intervenções em relação à criança.

Desse modo, a coleta de dados ocorreu num clima de confiança e afetividade visto que a pesquisadora já havia formado um vínculo com o binômio mãe-filho por meio de sua presença e solicitude genuína numa relação dialógica com ênfase na busca em minimizar os efeitos da hospitalização para estes seres especiais, desenvolvendo atividades lúdicas, a exemplo do desenho e da pintura, que envolvessem o ser mãe e o ser criança. Assim, a entrevista transcorreu cordialmente, tendo início a partir de um diálogo informal que, por sua vez, propiciou a condução espontânea do relato da participante diante das questões propostas.

As entrevistas estruturadas tiveram em média a duração de quinze minutos e foram registradas por meio do sistema de gravação. É oportuno destacar que foi utilizado o Mp3 por ser um aparelho de pequeno porte, facilitando sua discrição diante do olhar da entrevistada ao permanecer apoiado na mão da pesquisadora. Por outro lado, o diálogo genuíno que se estabeleceu a partir da entrevista aprofundada perdurava por aproximadamente duas horas a cada encontro da pesquisadora com a genitora ao longo da permanência da criança na unidade de cuidados intensivos pediátricos. Vale ressaltar que os encontros ocorriam de segunda a sexta-feira e que a média de permanência das crianças no ambiente da UTIP foram de 29 dias.

Sob esse prisma, as entrevistas resultaram em momentos de verdadeiros encontros. Segundo Asti Vera (1989, p. 80), no encontro autêntico, “o homem está presente em sua essência, que é a sua existência, e a autenticidade do encontro se manifesta no olhar, no gesto, na mímica, no sorriso e até no silêncio. A comunicação ou a não comunicação das pessoas depende de que haja ou não encontro real entre elas.”

Cumprindo avigorar que o material empírico foi analisado qualitativamente à luz da teoria da prática da Enfermagem Humanística. Porém, buscando preservar o anonimato das

mães, a pesquisadora usou, como pseudônimo, para caracterizá-las, os dons do Espírito Santo, em alusão aos fenômenos descritos por cada participante.

Considerando que o método de análise qualitativo busca, conforme Ferraz (1997, p. 44), “a obtenção de um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, no lugar de um conhecimento objetivo, explicativo e nomotético”, para desvelar, compreender e explorar o fenômeno na maior diversidade possível, este estudo foi norteado pelas cinco fases da Enfermagem Fenomenológica, expostas no capítulo em que foram descritos os pressupostos da Teoria Humanística e, neste momento, aplicadas na descrição do diálogo vivido entre a enfermeira pesquisadora e as mães de crianças internadas em unidades de cuidados intensivos, a seguir dispostas.

Preparação da pesquisadora cognoscente para chegar ao conhecimento

Para que houvesse a capacidade de vivenciar subjetivamente a mãe acompanhante e, desse modo, abrir-se às experiências únicas compartilhadas em um diálogo vivo, inicialmente a pesquisadora buscou resgatar o mundo de suas vivências bem como procurou reconhecer-se em sua individualidade.

Nessa ocasião, iniciou-se sua preparação para o conhecimento a partir da busca, pela compreensão de seus próprios pensamentos e anseios, da reflexão de obras dramáticas e literárias que falam sobre a natureza do homem e suas diferentes formas de perceber e relacionar-se com o mundo, do encontro com as mães de crianças hospitalizadas na UTIP da instituição fonte do estudo e da ponderação do registro cotidiano, no diário de pesquisa, dos acontecimentos experienciados e observados no cenário da investigação.

Para tanto, a pesquisadora manteve continuamente momentos de reflexões por meio da leitura da Bíblia Sagrada, palavra de Vida Eterna plenamente provalada por Jesus Cristo que é Revelação por excelência, permitindo a esta, ao contemplar a face de Deus, encontrar-se a si mesma e, enquanto projeto de vida, servir de ponte para levá-la aos outros, compartilhar sentimentos e vivências. Assim, a Divina Revelação subsidiou uma condição de ser na pesquisadora, tornando-a consciente de seu próprio mundo interior e aberta às percepções dos outros, tendo a capacidade de subjetivamente vivenciar o outro.

No processo de *vir-a-conhecer*, as fábulas de Lairetta (2003), compiladas no livro intitulado O Bosque dos Lilases, levaram a investigadora a refletir sobre os valores presentes nas relações inter-humanas, quase sempre esquecidas em nosso cotidiano e que nos permite responder às necessidades uns dos outros, compartilhando amor e confiança e projetando um mundo que se descobre apenas mergulhando em nosso EU, o qual nos permite aprender a ler o nosso próprio coração e, por conseguinte, desvendar nossa autenticidade, o nosso tesouro escondido, tornando nossos pensamentos e atitudes mais humanas.

Na busca pelo autoconhecimento, o filme Aprendiz de um Sonhador, permitiu à pesquisadora compreender a necessidade de estabelecer uma relação genuína com o outro, procurando apreciar o mundo de suas vivências individualmente e abrindo espaço para que cada um, em sua realidade existencial, desvende a esperança e a beleza da vida ao fazer suas próprias escolhas.

O filme Tempo de Despertar propiciou à investigadora ter um olhar observador e sensível às reações e comportamentos das pessoas numa transação dialógica criativa e aberta ao todo da experiência, despindo-se de pré-julgamentos a fim de se poder vir a ser mais e melhor.

Este nos permite descobrir a chave fundamental que nos leva a reaprender sobre a vida, despertando o valor das coisas simples que devem ser saboreadas intensamente, portanto faz com que possamos refletir sobre o que é viver valorizando o conjunto de sentimentos experimentados e expressados pelo ser humano.

Faz parte ainda da preparação da pesquisadora para chegar a conhecer a emocionante estória descrita na obra de Patch Adams - O Amor é Contagioso - a qual nos faz perceber a possibilidade de cura que ocorre no acolhimento, na relação verdadeira entre o mundo do outro e o seu próprio mundo a partir de um encontro significativamente autêntico e potencializador de ações cuidativas que têm como matriz básica a relação legítima e personalizada entre cada ser humano.

No filme O Óleo de Lourenzo, foi possível vislumbrar sobre a experiência de um pai e uma mãe frente ao adoecimento de um filho, tornando a pesquisadora sensível à condição humana do ser mãe acompanhante que experiencia intenso sofrimento ao longo do processo saúde-doença de sua criança e que exige dos profissionais da saúde disponibilidade sustentada pela inserção do diálogo vivo nas práticas hospitalares.

Considerando que a preparação da pesquisadora cognoscente para chegar ao conhecimento perpassa pela compreensão acerca da experiência da mãe participante em relação à criança internada, vários artigos relacionados à temática vieram contribuir nesta busca. No relato de experiência Identificação da Vulnerabilidade da Família na Prática Clínica (PETTENGILL; ANGELO, 2006), as autoras destacaram a experiência da família em uma situação de doença e hospitalização de um filho, servindo de guia para o planejamento da assistência de enfermagem a partir de intervenções que permitam o fortalecimento desta no enfrentamento da situação que é vivenciada no cenário institucional.

O conceito de vulnerabilidade da família foi levado ao entendimento da pesquisadora também a partir do artigo intitulado Vulnerabilidade da Família: Desenvolvimento do Conceito (PETTENGILL; ANGELO, 2005) que permitiu uma reflexão no que concerne à fragilidade de parentes que sentem em profundidade uma situação de doença em um ente querido.

Destaco igualmente a leitura dos artigos dispostos a seguir cujo discernimento permitiu à investigadora fazer comparações com a prática da Enfermagem: Buscando uma Chance para o Filho Vir a Ser: a Experiência do Pai na UTI (SOUZA; ANGELO, 1999); A Experiência da Família ao Conviver com a Doença Crônica da Criança (DAMIÃO; ANGELO, 2001); Buscando Preservar a Integridade da Unidade Familiar: a Família Vivendo a Experiência de Ter um Filho na UTI (BOUSSO; ANGELO, 2001); Crenças Determinantes da Intenção da Enfermeira acerca da Presença dos Pais em Unidades Neonatais de Alto-risco (ROSSALO-ABÉDE; ANGELO, 2002); Humanização nas Relações com a Família: um Desafio para a Enfermagem em UTI Pediátrica (BARBOSA; RODRIGUES, 2004); A Experiência da Família que possui uma Criança Dependente de Tecnologia (FRANCOLLI; ANGELO, 2006); Compartilhando o Processo de Morte com a Família: a Experiência da Enfermeira na UTI Pediátrica (POLES; BOUSSO, 2006).

Considerando que o desenvolvimento da auto-percepção é importante, caso a enfermeira espere encontrar os outros no diálogo, e ponderando o objetivo desta investigação, estudos fundamentados na teoria da prática humanística colaboraram para ampliar a visão da pesquisadora no que tange à sua própria capacidade em realizar, bem como para expandir sua percepção no que diz respeito ao potencial dos outros.

Destarte, ressalto a leitura dos seguintes trabalhos: Analisando a Teoria Humanística de Paterson e Zderad para Vislumbrar a Enfermagem como Diálogo Vivo (FENILI; SANTOS, 2001); A Convivência da Família com o Portador de Síndrome de Down

à Luz da Teoria Humanística (RAMOS et al., 2006); Enfermagem e o Cuidado Humanístico: Proposta de Intervenção para a Mãe do Neonato sob Fototerapia (CAMPOS; MOREIRA; CARDOSO, 2006); O Cuidado do Enfermeiro à Criança com Dor Pós-operatória: Construção de um Marco Conceitual à Luz de Paterson e Zderad (PERSEGONA; ZAGONEL, 2006); Teoria da Paterson e Zderad: um Cuidado de Enfermagem ao Cliente Crítico sustentado no Diálogo Vivido (MERCÊS; ROCHA, 2006); Cuidados Paliativos ao Portador de Câncer: Reflexões sob o Olhar de Paterson e Zderad511(a)JTJ 355.2 0 Td i

crianças internadas em unidades de cuidados intensivos, a essência do fenômeno investigado pudesse ser captada.

Neste intuito, inicialmente, a pesquisadora procurou ouvir as genitoras sobre diversos assuntos do cotidiano, fossem eles pertinentes à prática do cuidado em enfermagem, ou mesmo direcionados ao lado pessoal e familiar, grandemente influenciados pelo processo saúde-doença. Após esse momento de maior descontração em que foram relatados uma diversidade de fatos, iniciaram-se as entrevistas, que se caracterizaram em momentos de verdadeiro encontro entre pessoas humanas a partir de um compromisso autêntico, no qual existe um chamado e uma resposta, entre a pesquisadora e a mãe acompanhante.

Nesse ambiente, as mães puderam falar livremente sobre a realidade vivenciada, pelo tempo que desejaram, tendo também, em alguns momentos, permanecido em silêncio. Nessas ocasiões, gentilmente, a pesquisadora perguntava se elas gostariam de algum esclarecimento, se já tinham concluído sua participação ou se pretendiam acrescentar mais alguma coisa. Vale salientar que a utilização de entrevista é considerada de grande relevância nas investigações de natureza qualitativa, pois ela está mais relacionada “à aprendizagem por meio da identificação da riqueza e diversidade, pela integração das informações e síntese das descobertas do que ao estabelecimento de conclusões precisas e definidas.” (DUARTE, 2006, p. 63).

Neste íterim, vale salientar que o grupo foi originado, em primeiro lugar, por ser ele constituído de mães que acompanhavam seus filhos durante o processo de hospitalização na UTIP e, em segundo lugar, porque o grupo demonstrou interesse e disponibilidade para participar do estudo. “Uma boa pesquisa exige fontes que sejam capazes de ajudar a responder sobre o problema proposto. Elas deverão ter envolvimento com o assunto, disponibilidade e disposição em falar.” (DUARTE, 2006, p. 68).

A pesquisadora conhece cientificamente o outro

Para viabilizar a coleta de dados e permitir à pesquisadora conhecer cientificamente a genitora em sua experiência existencial de mãe acompanhante, foi utilizada a técnica de entrevista, entendida enquanto possibilidade de encontro, a partir de um roteiro semi-estruturado contendo questões que possibilitaram à pesquisadora caminhar em direção ao fenômeno. (Apêndice B). Para obter a descrição da experiência vivenciada pelas

participantes do estudo, a pesquisadora, a partir da observação, que trata de “ver e registrar, sistemática e fielmente, fatos e circunstâncias em situações concretas que foram definidas de antemão e que estejam ligados ao problema em estudo” (CHIZZOTTI, 1999, p. 44), e do registro diário dos acontecimentos observados, feito no diário de pesquisa, buscou apreender outras formas de discurso, como a não-verbal (os gestos e, em determinados momentos, o silêncio).

É importante registrar que, após a entrevista, a pesquisadora transcreveu os diálogos estabelecidos durante as coletas de dados e apresentou a cada entrevistada o resultado do encontro, oportunizando a leitura de seu relato, procurando-se, com esse procedimento, valorizar a autonomia de cada uma das participantes. Foi dada também a oportunidade para que, se assim desejassem, pudessem suprimir, alterar ou acrescentar trechos do seu depoimento.

No que concerne ao registro das respostas pelo sistema de gravação, a escolha deveu-se ao fato de ser um instrumento que possibilita o registro liberal e integral, permitindo a “apreensão da narrativa do entrevistado e também a captação de outros dados relevantes para a entrevista, como, por exemplo, entonação da voz, articulações, reticências e momentos de silêncio.” (COSTA; VALLE, 2000, p. 92).

Cumprasse assinalar que esse sistema de registro das entrevistas é o mais utilizado nas investigações com abordagem qualitativa, visto que o gravador possui a “vantagem de evitar perdas de informação, minimizar distorções, facilitar a condução da entrevista, permitindo fazer anotações sobre aspectos não verbalizados” (DUARTE, 2006, p. 77), oferecendo maior segurança à fonte sem afetar o resultado segundo indica a experiência.

Considerando que o recurso de gravação possa eventualmente levar à desconfiança ou ser inibidor nas primeiras perguntas, o que por sua vez pôde ser observado durante a entrevista com algumas mães participantes, mas que rapidamente responderam com naturalidade, a pesquisadora procurou deixá-lo em local visível, porém discreto ao olhar. É oportuno expor que o uso do gravador, como meio de obter dados referentes ao objetivo proposto nesta pesquisa, foi de suma importância para essa etapa do trabalho.

Cumprasse assinalar ainda que, durante a coleta dos depoimentos, a pesquisadora procurou manter com as mães uma relação de abertura e, ao mesmo tempo, de discrição, com o intuito de contribuir para que expressassem livremente suas concepções e vivências a respeito do fenômeno investigado. Por outro lado, procurou despir-se de pressupostos teóricos

pertinentes à temática em estudo. Com esses procedimentos, foi possível assumir uma postura não só de uma entrevistadora como também a de uma pesquisadora disponível para ouvir e acompanhar, com atenção, cada genitora durante o seu relato.

Para aproveitar melhor o conteúdo das entrevistas, por o ambiente e as respostas estarem mais vivos na memória bem como as inferências, contextualização e análise serem imediatas, os depoimentos foram transcritos rapidamente pela própria pesquisadora, havendo a devolução das falas para cada entrevistada, como forma de atestar a fidedignidade dos seus relatos e da sua participação na construção de um novo conhecimento. Com essa prática, foi reforçado o consentimento pós-informação.

Os depoimentos colhidos constituíram-se em material de análise deste estudo e, como forma de garantir o anonimato das participantes da investigação, usamos como pseudônimo os dons do Espírito Santo, retratando de forma autêntica a realidade vivenciada por cada mãe em sua individualidade.

Além disso, julgou-se oportuno ouvir os registros, acompanhados da leitura de cada transcrição, o que contribuiu para percepção de nuances, detalhes e questões que ajudaram nas novas entrevistas e, até mesmo, na correção dos próprios erros de condução da entrevistadora e para a identificação de algumas falhas de digitação, reforçando sua necessidade tanto na fase de organização do material coletado como na fase de análise.

Esse procedimento é de grande relevância uma vez que, de acordo com Costa e Valle (2000, p. 93), retoma o “momento da entrevista, expresso através da escuta dos depoimentos: discurso oral repleto de entonação, emoção, além de pausas e silêncios.” Tudo isso possibilitou a lembrança de cada momento vivido pela pesquisadora durante a realização das entrevistas.

A pesquisadora sintetiza complementarmente as realidades conhecidas

A fim de fortalecer ainda mais a compreensão dos relatos das entrevistadas, a pesquisadora percorreu cada escrito individualmente a partir de uma codificação minuciosa de cada depoimento, de modo que fosse possível se ter uma visão ampla do conjunto das entrevistas, passando, através de sucessivas e atentas leituras de cada discurso, a estudá-los detalhadamente.

Atendendo à quarta fase metodológica da teoria da prática humanística, a pesquisadora, para chegar ao conhecimento, submeteu a apreciação, confrontou e reproduziu as múltiplas realidades conhecidas, conduzindo a uma apreensão abrangente do fenômeno vivido em que descobertas diferentes em situações semelhantes não são excludentes, mas somam-se na edificação do conhecimento.

Sucessão do múltiplo para a unidade paradoxal como processo interno da enfermeira

Conforme Ferraz (1997, p. 49) esclarece, uma vez apresentado o fenômeno, para apreensão da realidade, cabe ao pesquisador buscar os “significados dos eventos vividos pelos sujeitos da investigação através das expressões que o sujeito tem daquilo que está sendo investigado.” Nesta linha de pensamento, Demo (2001, p. 10) acrescenta que “os dados não são apenas colhidos, mas também resultado de interpretação e reconstrução pelo pesquisador, em diálogo inteligente e crítico com a realidade.”

Portanto, esta etapa do processo evoluiu a partir da descrição dos fenômenos experienciados pelas mães de crianças hospitalizadas na UTIP na relação dialógica com os profissionais de enfermagem. Foi neste momento que a pesquisadora, através de reflexões entre as múltiplas visões, fez uma revisão compreensiva e expandiu sua própria percepção.

Assim, a sucessão do múltiplo para a unidade paradoxal envolve a busca pela comunhão de idéias diferentes que, de acordo com Ramos et al. (2006), permite se chegar a uma compreensão da realidade que vai além das multiplicidades e contradições, tornando-se importante para a maioria ou para todos.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS À LUZ DA TEORIA HUMANÍSTICA

5.1 APRESENTANDO AS MÃES DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Neste capítulo, a pesquisadora tece algumas considerações sobre o diálogo intuitivo vivenciado com as mães das crianças hospitalizadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) a partir de um encontro do EU com o TU, em que o ser está presente no face-a-face e onde existe total reciprocidade.

Enquanto ontologia da relação, esse encontro pode ser entendido como uma atitude genuína de interesse na pessoa com quem estamos interagindo e envolve a totalidade do ser, reconhecendo-o existencialmente em sua singularidade mediante uma relação intersubjetiva. Assim sendo, antes de descrever intuitivamente o encontro estabelecido verdadeiramente entre a pesquisadora e o ser mãe de criança hospitalizada na UTIP que voluntariamente participou desse estudo, apresentaremos a seguir cada genitora em sua realidade de vida que, conforme referido anteriormente, foi identificada pelos **dons do Espírito Santo**.

É oportuno salientar que a pesquisadora selecionou os seguintes carismas: Sabedoria, Conselho, Entendimento, Piedade e Fortaleza, os quais utilizou como cognomes para as depoentes.

Sabedoria, 22 anos de idade, católica, do lar, dois filhos. Estudou até a quarta série do ensino fundamental. Procedente de uma cidade do interior da Paraíba onde reside. Vive em união consensual, e o seu companheiro encontrava-se desempregado. A renda familiar limitava-se à aposentadoria da filha que se achava internada na UTIP e ao benefício que recebia do Programa Bolsa Família. A criança, com cinco anos de idade e que estava hospitalizada, tinha o diagnóstico de fibrose cística; o seu outro filho ficara doente na responsabilidade da avó materna que, no entanto, não podia dar muita atenção à criança por trabalhar. Além disso, Sabedoria passava por um processo de adoecimento que atingia o seu sistema ginecológico, requerendo, conseqüentemente, a busca de atendimento médico para restabelecer a saúde.

Essa conjuntura intensificava a angústia da genitora frente à situação vivenciada, retratada pelo surgimento freqüente de aftas relacionadas ao fator emocional, mas que, com bom senso hierarquizando prioridades, esforçava-se por apreciar adequadamente a realidade experienciada; por isso, Sabedoria, enquanto carisma que nos leva ao verdadeiro conhecimento de Deus e à busca dos reais valores da vida foi o dom escolhido para representar existencialmente esta mãe inserida na pesquisa.

Conselho, 23 anos de idade, evangélica, separada, quatro filhos, desempregada. Procedente do interior do Estado da Paraíba e residente na cidade de João Pessoa em área de invasão com precárias condições de moradia. Seu filho, com menos de um mês de vida, encontrava-se cianótico, com pneumonia e suspeita de cardiopatia.

Mostrava-se bastante preocupada com a patologia da criança o que a levava a permanecer na UTIP numa condição de inquietude. Há três dias, encontrava-se com a mesma roupa por não dispor de nenhum familiar que pudesse lhe dar suporte; além disso, por ocupar área de invasão, estava à espera de ser contemplada com uma casa a ser doada pelo governo do Estado da Paraíba e, com a internação do filho, não dispunha de informações a respeito da tramitação dessa concessão.

Diante dessa realidade, Conselho almejava abandonar o filho na instituição de saúde, embora, no momento, o bebê fosse o único a estar sob sua companhia; as outras crianças estavam no interior do estado com a avó materna que tinha dois filhos menores os quais mantinha a casa pedindo esmolas. A realidade da genitora não é muito discrepante visto que, conforme seu relato, como ela não trabalhava, muitas vezes não tinha o que comer, recorrendo aos vizinhos; além disso, ela ainda acrescentou que, mesmo dispondo de alimentos não perecíveis, não possuía um fogão para preparar sua refeição. Logo, a falta deste eletrodoméstico era mais um entrave no cotidiano de Conselho.

Apesar da situação vivida, a mesma reconhecia que não podia abandonar o seu filho, o que denota o seu discernimento no enfrentamento da situação vivenciada. Assim, a pesquisadora denominou esta mãe de Conselho por ser este o dom que, em situações difíceis, nos faz reconhecer e encontrar a vontade de Deus. Lembra juízo e bom senso. Liga-se à Prudência.

Entendimento, 27 anos, católica, do lar, solteira, dois filhos; Ensino Médio completo, procedente do interior da Paraíba onde reside. Apresentava-se com insônia diante da preocupação com o quadro clínico de sua filha, embora, com convicção, se mostrasse

confiante com a recuperação da criança. Sua filha, de cinco anos de idade, tinha o diagnóstico de dengue hemorrágica.

Apoiada por uma amiga na cidade de João Pessoa, a genitora revelava-se fiel. Entendimento foi o dom escolhido pela pesquisadora para representar a referida mãe por ser este o dom do conhecimento. A partir dele, a pessoa consegue entender e conhecer aquilo que vai no coração e na mente do ser humano.

Piedade, quarenta anos de idade, católica, casada, dois filhos, estudou até a quinta série do Ensino Fundamental. Procedente do interior do Estado da Paraíba onde reside. Seu marido encontrava-se desempregado, tendo como renda familiar apenas o benefício conferido pelo Programa Bolsa Família. Assim, como forma de auxiliar na renda familiar, tinha um fiteiro que funcionava nas dependências da casa. Seu filho, com seis anos de idade, fora acometido de dengue hemorrágica e encontrava-se internado na UTIP; o outro ficara no interior do estado sob a responsabilidade e os cuidados do esposo e de uma vizinha. Esta demonstrava ser um ser solidário com o seu semelhante, mostrando-se complacente ante a situação que a família de Piedade enfrentava.

Enquanto uma grande virtude, a Piedade nos faz amar e servir a Deus acima de todas as coisas e ao próximo como a nós mesmos, pelo amor de Deus, sendo esta mãe assim denominada pelo amor e dedicação dispensada ao seu filho e pela confiança em Deus no enfrentamento da realidade vivida.

Fortaleza, 27 anos de idade, católica, casada, dois filhos, ensino médio incompleto. Procedente do interior do Estado da Paraíba e residente em João Pessoa. Possui uma renda familiar de dois salários-mínimos. Sua filha, de nove meses, encontrava-se na UTIP com os diagnósticos de dengue e meningite.

Apesar da gravidade do quadro clínico da filha, a genitora mostrava-se firme, por isso foi denominada pela pesquisadora de Fortaleza, virtude que nos dá energia diante dos obstáculos da vida e de sentimentos negativos que tendem a insurgir dentro de nós mesmos. Portanto, para o enfrentamento destes, é necessário, inicialmente, dominá-los com fortaleza. Deste modo, tornar-nos-emos mais aptos, mais fortes diante das dificuldades externas da vida.

Uma vez apresentadas as genitoras, no tocante ao conhecimento intuitivo das mães inseridas no estudo, este possibilitou uma melhor compreensão diante da realidade existencial de cada ser especial. Para tanto, iniciou-se concomitantemente à presença da pesquisadora no campo de investigação. Assim, esta procurou estabelecer uma atitude

empática, acolhendo, na simplicidade e fugacidade de um diálogo, as angústias, temores, frustrações e preocupações das genitoras diante do adoecimento e hospitalização de seu filho.

O encontro entre o ser mãe e a pesquisadora, que ocorreu ao longo de sua permanência na UTIP de forma autêntica, permitiu às genitoras expressarem suas emoções espontaneamente, as quais, muitas vezes, as levavam a chorar diante da experiência de mãe acompanhante, uma vez que as mães que permanecem junto de seus filhos durante seu internamento, além da ansiedade frente ao processo saúde-doença vivenciado pelo binômio mãe-filho, experienciam a ruptura dos vínculos familiares retratada pelas fotos de outros filhos ou pela verbalização exaustiva de seu contexto familiar, especialmente para aquelas que residem no interior do Estado da Paraíba e se encontram sozinhas no enfrentamento da realidade vivenciada.

Assim, as genitoras revelavam o desejo de exporem a situação que estavam enfrentando com seu filho como forma de aliviar o estresse decorrente do adoecimento e da hospitalização de sua criança. Portanto, numa relação dialógica, a pesquisadora, a partir de uma presença verdadeira, ouvia as mães atentamente narrarem de forma espontânea suas histórias de vida como também seus temores e dúvidas sobre a doença e tratamento de seu filho, fornecendo orientações necessárias, ao mesmo tempo em que aquela transmitia segurança, apoio e confiança.

Pondo-se em contato com as próprias sensações e sentimentos experimentados pelas mães, a pesquisadora, a fim de estar aberta ao fenômeno, antes de sua captação intuitiva e independente dela, esforçou-se por eliminar o que existia em sua mente acerca do mesmo, mantendo em suspensão suas pressuposições teóricas, interpretações, juízos, entre outros.

Logo, o que se adotou foi uma atitude que, na pesquisa fenomenológica, se chama *epoché* e que, de acordo com Machado (1994, p. 38), “consiste no movimento de colocar o fenômeno analisado em suspensão ou evidência, para que o mesmo possa ser olhado naquilo que ele é, na multiplicidade de sua aparência”, possibilitando ao pesquisador abstrair a essência do fenômeno investigado.

Na busca de apreender o fenômeno situado a partir de uma relação EU-TU que permitiu o conhecimento das realidades de cada mãe através de um encontro onde a totalidade do ser está presente e onde existe total reciprocidade pautado no respeito mútuo e na solidariedade, a pesquisadora, ressaltando uma atenção individualizada, procurou colocar-se

no lugar do outro, isto é, sentir o que sentiria caso estivesse na situação e circunstâncias experimentadas pelas mães das crianças que requerem cuidados intensivos.

Essa preocupação em captar o fenômeno intuitivamente, compartilhando a experiência vivida permitiu às mães sentirem-se à vontade para exporem, além dos sentimentos e sensações resultantes do adoecimento e da hospitalização de seu filho; críticas referentes à forma pela qual suas necessidades vinham sendo satisfeitas. É oportuno assinalar que, considerando o vínculo e a confiança estabelecidos entre a pesquisadora e o ser mãe das crianças internadas na unidade de cuidados intensivos, de forma sutil as genitoras começaram a partilhar aspectos relacionados a sua intimidade, deixando transparecer, de modo enfático, o estabelecimento de uma relação EU-TU autêntica.

É oportuno abalizar que a pesquisadora procurou estabelecer um relacionamento genuíno permeado por chamados e respostas também com as crianças; neste intuito, a pesquisadora chama atenção para uma situação vivenciada na qual uma criança que se encontrava hospitalizada na UTIP e que iria submeter-se a uma punção venosa na subclávia, considerando que a genitora preferiu esperar no corredor, acabou sendo acompanhada por ela na realização do procedimento que durou mais de uma hora e culminou na dissecação da veia axilar.

Foi muito triste ver o sofrimento daquela criança, revelado pelas lágrimas de dor seguidas de expressão verbal como um pedido de socorro. A pesquisadora, a partir de uma presença sincera, segurou a mão da criança carinhosamente numa atitude de acolhimento e afetividade e, procurando minimizar o sofrimento deste ser especial, pediu-lhe que, ao sentir doer, apertasse sua mão, deixando claro que não a deixaria sozinha e, numa tentativa de acalmá-la, começou a cantar cantigas de roda, o que repercutiu satisfatoriamente, ficando a criança menos nervosa e mais serena diante do procedimento.

Compreendendo o valor do lúdico para a criança hospitalizada numa atitude legítima de interesse e observando que as atividades desenvolvidas junto às crianças refletiam diretamente no enfrentamento satisfatório do ser mãe ante a realidade experienciada, a pesquisadora, utilizando-se de desenhos para colorir (Anexo B), levava mãe e filho a reataram os laços familiares que o adoecimento e a hospitalização tendem a modificar causando rupturas. Assim, a cada figura pintada conforme o desejo da criança, fixava-a na parede do seu box, quebrando a austeridade do ambiente e, desta forma, tornando-o mais sereno, alegre e colorido. Nesta perspectiva, May (2003, p. 159) acredita que “a equipe de enfermagem,

quando olha o cliente intuitivamente e se mantém sensível ao moment

será apresentada a seguir, com base no objetivo proposto e mediante os discursos das

mudanças e rupturas no seu cotidiano, precisando deixar o emprego para acompanhar a criança e tendo que permanecer o dia todo na instituição de saúde, ficando longe de seu lar, afastando-se conseqüentemente dos demais filhos, da sua família e de outros deveres.

Um fator que vulnerabiliza a genitora diante do adoecimento de um filho está relacionado ao próprio sentimento de sofrimento decorrente das incertezas quanto ao diagnóstico e tratamento clínico, das dúvidas relacionadas à evolução clínica da criança e da insegurança no que se refere às implicações do adoecimento para o seu filho; além disso, o próprio cansaço que se instaura no ser mãe pelas noites mal dormidas e pelo nível de ansiedade experienciado contribui substancialmente para o desequilíbrio físico e emocional da mãe acompanhante, desencadeando uma crise complexa e difícil na vida deste ser especial.

Portanto, é extremamente importante que as genitoras recebam apoio da equipe de saúde, em particular de enfermagem, durante a permanência de seus filhos no cenário hospitalar, mudando o foco da Enfermagem pediátrica, do cuidado exclusivamente centrado na criança para o cuidado voltado também para a família, com ênfase na mãe por ser ela quem geralmente permanece junto ao filho doente.

Uma prática que realmente favoreça uma abordagem que contemple a genitora, a partir de uma relação EU-TU autêntica, deve ter início desde a admissão da criança na unidade de internação pediátrica a qual, por sua vez, é um dos momentos mais críticos na hospitalização visto que é neste ensejo que o ser mãe e o ser criança experimentam um alto nível de aflição e os mais variados sentimentos como, por exemplo, ansiedade, desespero, angústia, medo, tristeza entre outros, advindos, no que se refere a uma UTIP, do próprio ambiente frio geralmente associado ao sofrimento e à morte.

Oferecer uma assistência globalizada à criança que atenda as mães acompanhantes em suas necessidades, criando um clima de confiança entre a equipe de enfermagem e o binômio mãe-filho constitui o apanágio fundamental de um cuidado humanizado em pediatria. Descrevendo o encontro vivenciado com os profissionais de enfermagem no momento da admissão e ao longo da hospitalização de seu filho, as depoentes revelam-se satisfeitas, fundamentando seu contentamento, em relação ao tratamento recebido, no jeito de ser legal, no mundo do cuidado, da equipe de enfermagem e na ausência de reclamações, advindas desta equipe, durante a árdua trajetória de acompanhante do filho hospitalizado, conforme disposto:

Me trataram bem [...]. Até agora, eles me trata direito. Não reclama de nada. (Conselho).

Eu fui recebida muito bem! Até agora, eu tô gostando de tudo, do tratamento. Tudo! Elas são muito legal, legais mesmos. Eu estou gostando muito do tratamento dela aqui com minha filha. Elas são muito atenciosa com ela. (Entendimento).

[...] eu num tenho o que reclamar não. São muito bom. [...] aqui, né, tem medicação certa, tem tudo, né! Tudo que ele precisa aqui tem, graças a Deus. O hospital, né, tem mais possibilidade pro tratamento dele; aí, eu me senti melhor. Porque aqui ele tá confiante, eu tô confiante que aqui ele tá sendo bem tratado. (Piedade).

Os discursos das mães retratam enfaticamente que elas associam o cuidado satisfatório dirigido ao filho, na sua perspectiva, com o tratamento adequado que deve permear sua relação com os enfermeiros e técnicos de enfermagem, ou seja, a mãe ao reconhecer que o filho se encontra bem assistido considera atendidas suas próprias necessidades. Assim, através da criança, se descobre a mãe que sofre com o sofrimento do filho e alegra-se ao vê-lo sendo cuidado.

Diante da condição de fragilidade da criança, a mãe é sensibilizada pelas necessidades do filho internado na UTIP, “o que a leva a procurar meios que possam favorecer a recuperação e sobrevivência dele. [...]. Nesse contexto, os pais vão **ficando dispostos a agir e a ficar perto do filho** e o colocam como prioridade na vida.” (CAETANO; SCOCHI; ANGELO, 2005, p. 565, grifo do autor).

Com o processo de adoecimento e hospitalização do filho, a mãe que vivencia esta experiência mobiliza-se a favor da criança, procurando atender as necessidades do filho em detrimento das suas, e requer que a equipe de enfermagem assuma esta atitude como explicitam os depoimentos precedentes. Assim, ela se sente ajudada quando conta com o apoio e solidariedade de pessoas que estão preocupadas com a criança (OLIVEIRA; ANGELO, 2000).

As participantes desta pesquisa assinalam que a atenção dispensada ao ser criança, além do trato pessoal numa atitude de atenção, carinho e solicitude, deve estar associada ao conhecimento técnico-científico exemplificado pela evidência dada à medicação na hora certa

e disponibilidade de recursos que auxiliem no diagnóstico ou tratamento da criança; tais aspectos em conjunto contribuem para um acolhimento de qualidade, promovendo satisfação materna, o que por sua vez subsidia um enfrentamento positivo do processo de hospitalização.

Mezzomo (2003b, p. 50) salienta que “quanto mais positivo, elevado, nobre e sublime for o conceito que se faz da pessoa do outro, tanto mais contribui para o aprimoramento e sublimação do relacionamento.”

Portanto, condição essencial para o estabelecimento de uma relação verdadeira expressa por um cuidar humanizado, a partir do qual o profissional de enfermagem se apresenta como uma presença genuína ao binômio mãe-filho no momento da internação e ao longo do processo de internamento da criança, abrange uma assistência que prime pelo respeito e dignificação da criança ao considerar suas necessidades individuais unidas à competência profissional da equipe de enfermagem no exercício de sua prática. Esta atitude contribui para o desempenho satisfatório de suas atribuições no âmbito da unidade de cuidados intensivos pediátricos ao mesmo tempo em que suscita contentamento na mãe acompanhante.

Embora as falas das participantes revelem aquiescência no que tange ao seu relacionamento com os profissionais de enfermagem no ambiente da unidade de cuidados intensivos pediátricos, uma alocução chama-nos atenção para o exercício pleno da autonomia do ser mãe que vivencia a experiência de ter um filho internado numa UTIP, refletido na preocupação tácita da mãe em ser “uma boa menina” durante a permanência da criança no serviço de cuidados intensivos para garantir uma convivência harmônica traduzida em uma atenção adequada.

Nesse contexto, Pettengill e Angelo (2006) chamam atenção para o fato de que, em muitos momentos, as genitoras sentem a necessidade de desabafar, expondo seu julgamento no que se refere à experiência de hospitalização que vivenciam junto ao filho, porém preferem não falar nada, pois temem ser consideradas pela equipe como uma mãe chata e difícil.

Tal situação tende a manter um distanciamento entre a mãe da criança hospitalizada em UTIP e os profissionais de enfermagem que exercem suas práticas na unidade, estando a preocupação da genitora em não ser reconhecida como um fator de desorganização que interfere nos cuidados ao filho e que, portanto, atrapalha o tratamento da criança e por isso precisa comportar-se apropriadamente.

Em geral, na aceção dos profissionais de enfermagem, as mães atrapalham “ao se manifestar contrariamente à situação que vivenciam, sobretudo em relação à rotina do serviço e ao atendimento à criança” e “colaboram, quando não criam um clima de confronto entre o que desejam e o que vivenciam.” (ROSSATO-ABÉDE; ANGELO, 2002, p. 51).

Como consequência, assumindo uma posição inferior, a genitora se sente impotente em sua missão prioritária de proteger o filho e vulnerável no cumprimento de sua responsabilidade de mãe uma vez que lhe são retirados o poder e as possibilidades de escolha, tendo de se submeter à situação vivenciada. É importante dispor que este prenúncio se torna também visível “com a família sendo colocada à parte, sem direito de participar das tomadas de decisão, do cuidado e do tratamento” da criança, tornando-se apenas uma coadjuvante à margem do processo (PETTENGILL; ANGELO, 2005, p. 986). Assim, a participação da mãe no cotidiano da terapia intensiva pediátrica é primordial para a preservação de sua autonomia e para a prática de um cuidado que prime pela satisfação deste ser especial.

Retomando os relatos das depoentes, vale ressaltar que, apesar de as mães inseridas no estudo sentirem-se atendidas em suas necessidades ao perceberem que seus filhos estão sendo cuidados satisfatoriamente ou mesmo ao advertirem que a equipe não referiu nenhuma queixa quanto a sua realidade de mãe acompanhante, os profissionais de enfermagem devem estar motivados a estabelecer um relacionamento interpessoal não só com a criança no momento do seu internamento na instituição hospitalar e ao longo de sua hospitalização, mas deve dar ênfase ao ser mãe a partir de uma relação intersubjetiva pautada no respeito pela sua condição humana, no zelo à sua dignidade e na responsabilidade de promover uma atenção individualizada, compreendendo sua experiência de mãe participante que suscita um desvelamento.

Para cuidar da família, com ênfase no ser mãe de criança que vivencia o processo de adoecimento e hospitalização no ambiente de cuidados intensivos, é necessário percebê-la, numa dimensão que extrapola as suas experiências exteriorizadas uma vez que “cuidar de família exige fundamentalmente a captação das suas experiências internas, aquelas que nos revelam os significados que a família atribui aos eventos que vivencia.” (OLIVEIRA; ANGELO, 2000, p. 203).

A relação que deve ser estabelecida entre os profissionais de enfermagem e as mães de crianças hospitalizadas na UTIP, consubstanciada na compreensão dos significados que a genitora atribui à experiência de vivenciar a hospitalização de um filho, envolve um

estar com o outro a partir de um diálogo vivo no qual existem chamados e respostas compartilhados conforme assinala a Teoria Humanística de Enfermagem.

Para Paterson e Zderad (1979), a Enfermagem é um diálogo vivo que ocorre numa relação intersubjetiva, no qual devem estar envolvidos o encontro, o relacionamento, a presença, um chamado e uma resposta. Assim, no cenário da UTIP, é necessário que os profissionais de enfermagem estejam disponíveis e acessíveis ao fenômeno experienciado existencialmente pelas genitoras, compreendendo-o intuitivamente a partir de uma presença genuína.

Mães vivenciando sentimentos de medo, desespero e solidão diante do adoecimento do filho

Ter um filho hospitalizado em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos é descrito pelas mães como uma situação muito difícil; solidão, desespero, além de medo, foram alguns dos sentimentos relatados pelas genitoras que assumem a qualidade de mãe participante e por isso permanecem na UTIP com a criança.

No cenário hospitalar, destacando a unidade de cuidados intensivos pediátricos, ambiente restrito e desconhecido que expõe a criança e a genitora a uma série de estressores, um sofrimento de ordem intensa é uma questão comumente e porque não, recorrente, evidenciada por estas mães ao experienciarem a realidade vivida de mãe acompanhante durante o tratamento e permanência de seu filho numa UTIP.

Os procedimentos dolorosos, provocadores de medo e sofrimento físico aos quais as crianças são submetidas também se constituem em experiências difíceis para as mães que as acompanham e que, muitas vezes, não podem fazer nada para aliviar o sofrimento do filho naquele momento, insurgindo um sentimento de impotência em seu papel de guardião do lar e protetora da criança.

Assim, segundo Rodrigues, Jorge e Morais (2005, p. 91), “por se sentir responsável pelo bem-estar e pela integridade de seus filhos, as mães experimentam a culpa por não serem capazes de poupar seus filhos do estresse decorrente do adoecimento e da hospitalização.” O trecho do depoimento a seguir evidencia o sofrimento, enquanto fenômeno vivido, de uma mãe participante desta pesquisa.

Ah, eu me senti muito mal. Muito mal, parecia até que o mundo tinha acabado [...]. Quando falou: “olha ela vai ter que ficar na UTI”. Inclusive, eu vim pra cá, vi o sofrimento, como foi difícil ela ser sedada, e a parte que mais me deixou abalada foi quando a médica me chamou e disse que o problema dela era sério, que, no futuro, poderia ela ter uma morte cerebral até pelo tempo de convulsão, isso aí me deixou arrasada me deixou assim desesperada mesmo. (Fortaleza).

Acompanhando o filho no processo de adoecimento e hospitalização, a mãe sofre tanto com a gravidade do quadro clínico da criança que necessita permanecer em um ambiente que requer cuidados atentos, e por isso a morte é uma presença constante que faz emergir o sentimento de perda; quanto com as intervenções invasivas que são necessárias para monitorar, diagnosticar e tratar a criança vulnerabilizada pela situação vivida e que impõe ao ser mãe a passividade de, como o próprio termo alude, presenciar pacientemente a evolução clínica de seu filho.

Por outro lado, ao compartilhar com a criança o processo de adoecimento e hospitalização que a mesma experiencia, os pais, com ênfase na mãe, presenciando as intervenções as quais o seu filho se submete dão vazão a seus medos, angústias e ansiedades, “ao invés de se envolver num sofrimento díspare com a realidade.” (SOUZA; ANGELO, 1999, p. 260). Desse modo, apesar dos sentimentos que a mãe experiencia acompanhando o sofrimento do filho internado, o estar-com a criança permite-lhe apreciar adequadamente a situação vivida.

Não obstante, vale ressaltar que o receio que a genitora experimenta com o adoecimento do filho deve-se também ao universo desconhecido do hospital e da unidade de cuidados intensivos cujas normas e rotinas, muitas vezes rígidas, sobrepõem-se ao cotidiano familiar outrora compartilhado. A possibilidade de não poder acompanhar seu filho ao longo de sua permanência na UTIP é percebida ainda como um fator desencadeador do medo tão presente no ambiente de cuidados intensivos.

O sentimento de medo presente no discurso das depoentes surge, com grande amplitude, relacionado aos agravos na doença de seu filho e, portanto, ao temor da morte. Esta, embora seja a nossa única certeza, não a aceitamos uma vez que tira de nosso convívio pessoas queridas e, no caso da criança, de acordo com Bousso e Angelo (2001), apresenta-se como uma realidade prematura e inaceitável para a mãe. As falas a seguir explicitam esta asseveração.

[...]. Eu senti um desespero imenso, muito grande [...]. Até poucos, dias, a gente estava em momento de desespero mesmo. [...]. Eu senti como se eu fosse morrer também. Assim, como se eu fosse perder ela e ainda mais..., é muito ruim. É uma situação muito horrível, [...]. É uma experiência muito triste; foi a primeira vez que passei por isso e, se Deus quiser, eu não quero passar nunca mais, nem tão cedo, nunca mais. (Entendimento).

Eu fiquei até com medo, quando falaram que ele, como é, vinha pra UTI. Aí, eu fiquei logo preocupada e falei: “Pronto! Agora deu! [...]. Eu fiquei com medo de deixar ele aqui sozinho.” Eu falei: “Ai, meu Deus!” [...] eu fiquei apavorada quando soube que ele estava com dengue hemorrágica. [...] a gente espera acontecer com todo mundo menos com a gente, quando acontece... “Ai meu Deus, não acredito.” Eu me senti sem chão, desesperada. (Piedade).

Ainda no que diz respeito às emoções vivenciadas pelas mães de crianças hospitalizadas na unidade de cuidados intensivos pediátricos, é oportuno destacar que a permanência da genitora no ambiente da UTIP representa um enclausuramento e a faz experimentar um sentimento de isolamento do mundo, de privação não só pela ruptura com o convívio social e familiar, mas pela própria estrutura física e funcional do serviço que em sua maioria não dispõe de nenhum recurso que contribua para manejar a situação de crise por ela vivida, consoante relatos expressos.

Assim, não acho muito bom não, por causa eu fico muito presa, mas tem que ficar, né, mode o menino. Ah, se tivesse pelo menos uma televisão pra assistir filme, sabe. Alguma coisa pra intirir mais, mas só presa aqui dentro. Uma televisão! Pelo menos para assistir a novela, um filme. Era bom. [...] eu só vivo olhando para as paredes, quando não é para as paredes é para o menino. Ah! Eu fico com uma agonia. Ai, meu Deus, eu vou s'imbora, vou deixar ele aí. Aí, depois eu me arrependo, aí eu digo: “Eu não vou deixar ele sozinho não; ele mama,” Aí, eu volto para trás, saio aí para fora. (Conselho).

[...] tem dia que, tanto tempo que você tá assim no hospital que às vezes tem vontade de conversar, às vezes vontade de chorar. Aí é ruim. (Sabedoria).

Nesse contexto, o sentimento de solidão que surge está relacionado não só à liberdade limitada em decorrência da demanda de ter um filho doente e que requer cuidados especiais, mas, também, ao constrangimento de estar em lugar desconhecido, que rompe

bruscamente com o seu modo viver, abala sua independência e a leva a conviver com pessoas estranhas.

Essa conjuntura, como revela a alocação de uma depoente, em determinadas circunstâncias desperta na genitora o desejo de abandonar a criança no serviço de saúde devido ao grau de ansiedade experienciado e à ausência de redes sociais de apoio às mães acompanhantes que contribuam para um enfrentar das dificuldades decorrentes do processo de adoecimento e hospitalização de um filho.

Em meio a esse mundo novo e desafiante, no qual a mãe se vê imersa, a quebra da rotina familiar e do seu cotidiano e a falta de opção aparecem quase sempre interligadas ao choro como um mecanismo de defesa para aliviar o sofrimento diante do adoecimento do filho e da hospitalização conjunta.

Acompanhando o filho hospitalizado, a mãe é exposta a uma vastidão de situações que promovem medo, angústia, insegurança, desesperança, solidão e sensação de invalidez. Ela sofre por não saber o que pode acontecer ao filho, pelas dúvidas quanto à doença e ao tratamento dele e por temer a possibilidade de alguma coisa dar errado ou do quadro clínico do mesmo se agravar, e ela vir a perdê-lo (OLIVEIRA; ANGELO, 2000).

A mãe padece assistindo ao sofrimento do filho, em especial nas situações em que a criança é submetida a procedimentos terapêuticos dolorosos, sem que ela possa fazer alguma coisa para evitar ou minimizar o seu desconforto. Ela também vivencia a dor de sentir-se impotente, de ser incapaz de livrar o seu filho do sofrimento, portanto a genitora é exposta a uma série de estressores que geram uma ansiedade de ordem intensa que acaba sendo transmitida para o filho, constituindo-se numa barreira para comunicação uma vez que “as mães ansiosas são incapazes de perceber e atender adequadamente às necessidades dos seus filhos hospitalizados, prejudicando assim a capacidade de relacionamento entre ambos, exigindo intervenção da enfermeira.” (BORBA, 1999, p. 12). O trecho que segue ressalta enfaticamente a ansiedade experimentada por uma depoente durante a sua permanência na UTIP.

[...] tem dia que você acorda, sei lá, indisposta, aborrecida, às vezes fica aperrriada, fica pra lá e pra cá e num encontra uma solução [...]. (Sabedoria).

Neste ínterim, para intervir na situação de ansiedade das genitoras, a equipe de enfermagem, de acordo com Borba (1999), deve, além de conhecer as suas causas, identificar suas manifestações em sua singularidade, adotando medidas para reduzi-las e minimizar suas

consequências nas relações com os profissionais de enfermagem. Dentre as medidas evidenciadas pela referida autora e que poderão ser adotadas no âmbito da UTIP contribuindo para minimizar o sofrimento de mães participantes, destacam-se as seguintes:

aceitar a ansiedade dos pais e suas causas; explicar os procedimentos e tratamentos; informar sobre as condições de saúde de criança; explicar sobre as causas da doença; ensinar e encorajar a mãe nos cuidados do filho; familiarizar os pais com o ambiente hospitalar; dar oportunidade aos pais de discutirem seus sentimentos sobre a hospitalização de seus filhos. (1999, p. 13).

Os enfermeiros e técnicos em enfermagem, no ambiente de cuidados intensivos pediátricos, podem ainda envolver a mãe na situação atual do filho, permitindo-lhe participar do cuidado à criança; para tanto, a genitora precisa ser informada sobre o que ela pode fazer para ajudar o seu filho e se deseja, requerendo da equipe de enfermagem o atendimento de suas necessidades decorrentes do papel que deve desempenhar quando estão com sua criança no hospital.

Entretanto, vale ressaltar que, para cuidar da família, com ênfase na genitora, temos que “percebê-la inteira, numa dimensão que extrapola as suas experiências exteriorizadas. Cuidar de família exige fundamentalmente a captação das suas experiências internas, aquelas que nos revelam os significados que a família atribui aos eventos que vivencia.” (OLIVEIRA; ANGELO, 2000, p. 203). Desse modo, a equipe de enfermagem deve estar atenta não somente às necessidades da genitora em relação ao seu papel de mãe, mas a todas àquelas que insurgem a partir do processo de adoecimento e hospitalização do filho na UTIP e que culmina na desestruturação familiar e pessoal deste ser, potencializando as implicações da realidade vivida.

Comunicação autêntica entre profissionais de enfermagem e as mães de crianças hospitalizadas na UTIP

A comunicação é inerente ao comportamento humano e permeia todas suas ações no desempenho de suas funções. Etimologicamente, o termo **comunicar** provém do latim *comunicare* e significa pôr em comum. Portanto, a comunicação pode ser entendida como um “processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas” a partir das quais “as pessoas se percebem, partilham o significado de idéias, pensamentos e propósitos.” (COSTA, 2004, p. 112).

Comunicação envolve competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um “processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas.” (TIGULINI; MELO, 2002, p. 1).

O ato comunicativo, enquanto fenômeno interativo e interpretativo, revela a relação necessária entre os seres humanos uma vez que é a partir do processo comunicacional que compartilhamos vivências, angústias, dúvidas e inseguranças, ao mesmo tempo em que satisfazemos nossas necessidades enquanto ser relacional.

Portanto, a comunicação é um importante fator na compreensão do êmico, ou seja, do vivido pelas pessoas, sendo essencial para um cuidado em enfermagem que vislumbre uma melhor assistência ao ser mãe acompanhante que está vivenciando a ansiedade e o estresse decorrentes do processo de doença e hospitalização do filho (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

A comunicação no cenário hospitalar permite uma presença autêntica do profissional de enfermagem porquanto possibilita ao ser mãe exteriorizar suas dúvidas e necessidades na busca de soluções. Neste sentido, no momento da admissão o diálogo se apresenta como uma ferramenta essencial propiciando que informações referente ao ambiente de cuidados intensivos pediátricos possam ser esclarecidos, incluindo suas normas e rotinas especialmente no que tange aos horários de visita, as áreas destinadas ao atendimento das necessidades humanas básicas das genitoras como alimentação e higienização e as acomodações pessoais destas procurando facilitar sua adaptação ao hospital. Tais considerações se encontram expressas no discurso que segue:

[...] assim o que eu quero perguntar, assim, eu pergunto, eles me responde. Quer dizer que tá bem, né! E eles respondem direito, tudinho o que eu quero saber. [...]. Aqui, quando eu cheguei, as meninas disse que tinha o armário, só que não tinha chave [...]. Foram as enfermeiras que disseram. Aí eu peguei e pedi a chave; aí ela pegou da mãe que num tava usando aí e me deu. E do banheiro elas

de saúde e no modo como este é percebido pelo usuário, a partir de uma relação transacional de chamados e respostas que se desenvolvem em ambas as direções, os enfermeiros e técnicos de enfermagem, no exercício de sua prática assistencial na UTIP, devem fornecer esclarecimentos adequados às genitoras quanto à patologia do filho, a maneira pela qual o mesmo tem respondido ao tratamento médico, repassando informações verdadeiras quanto aos procedimentos realizados ao longo do seu processo de hospitalização com destaque para os exames clínicos. Nesta perspectiva, os relatos das depoentes a seguir abrem espaço para estas discussões.

Foi a mesma de hoje, a médica de hoje, foi excelente, me confortaram, explicaram, explicaram o que ele tinha, tudo, mas confortou a gente porque falou assim: “Não, mãe, mas né assim não, mas vai melhorar o seu filho. Tem como melhorar.” E foi bom. [...]. Que a pessoa fica... mais tranqüila, assim. Tá sabendo o que tá acontecendo. Pode ser ruim ou de bom, mas a mãe quer tá sabendo, né! (Piedade).

O primeiro dia que eu cheguei aqui, tinha uma menina de plantão que, eu num sei nem o nome dela, mas uma pessoa maravilhosa, tudo que tava se passando ela era me explicando, o que tava acontecendo, o que o médico tinha feito, a intubação, porque isso era melhor pra minha filha pra ela poder respirar melhor. Não todas, essa pessoa que eu tô falando foi a única, né, que chegou pra mim e falou sem nem eu perguntar; ela foi falando o que tava realmente acontecendo. Tentando me tranqüilizar mais, o resto não. (Fortaleza).

No que se refere às explicações relacionadas aos procedimentos realizados e ao diagnóstico clínico da criança fornecidas pelos profissionais de enfermagem às mães acompanhantes e explicitadas nas falas dessas genitoras, é importante destacarmos que esta atitude se constitui em direito garantido pela Resolução N° 41/95 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e o Adolescente que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados e que, em seu art. 10, respalda a faculdade, concedida pela resolução, dos pais ou responsáveis participarem ativamente do diagnóstico, tratamento e prognóstico do seu filho, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido (BRASIL, 1995).

Quanto aos depoimentos prévios das genitoras inseridas na pesquisa, estes salientam que os profissionais de enfermagem se comunicam com o ser mãe de modo atencioso, com respeito, utilizando uma linguagem acessível e desse modo estabelecendo uma

comunicação legítima. Além disso, as mães participantes enfatizam que o diálogo estabelecido oferece os elementos necessários para sua satisfação ao subsidiar um relacionamento que lhes possibilitam descrever sua vivência, priorizando o que elas pensam e sentem, além de se apresentar como alternativa para mãe dispor de informação sobre a saúde de seu filho, cooperando para que elas possam gerenciar com tranquilidade os cuidados com a criança doente.

Segundo Pettengill e Angelo (2006), a utilização de conversações terapêuticas, durante as interações com a família, permite ao ser mãe extravasar sentimentos e refletir sobre a situação vivida, fortalecendo sua auto-estima, capacitando-a para lidar com as demandas da doença e para interagir com a equipe.

Considerando o relato a seguir, esta depoente, ao se referir aos membros da equipe de enfermagem, os distingue em mais alegres, que a fazem se sentir acolhida e em mais fechados, os quais mantêm certo distanciamento com a mãe, caracterizando uma atitude de apatia e indiferença, o que, por sua vez, aponta para a falta de um projeto terapêutico coletivo que incentive e priorize um relacionamento genuíno. Assim, cada componente age de acordo com julgamentos e decisões individuais, caracterizando o que talvez, hoje, seja o maior problema no atendimento à criança hospitalizada.

Tem umas mais alegres, mais atenciosas e tem outras mais fechada. Eu tô sendo bem tratada. Eu tô gostando de tudo. Elas são atenciosa, conversa [...]. Muito diferente lá da minha cidade onde eu moro, né! [...] assim, não tem ignorância, falam direitinho. São alegre, são dez mesmo. (Entendimento).

Ponderando sobre os profissionais que são mais alegres, de especial interesse nesta seção do estudo, observa-se que esta caracterização inclui aqueles que, com atenção, solicitude e cordialidade, compreendem o binômio mãe-filho em suas necessidades individuais, caracterizando uma presença autêntica disponível à experiência pessoal da genitora ao fenômeno, consubstanciada numa comunicação efetiva. É a partir do diálogo, com ênfase na equipe de enfermagem, que o ser mãe passa a ter conhecimento sobre o processo saúde-doença experienciado por seu filho no cenário da UTIP, como indica a fala que segue.

Se elas não disser, n'era, como é que eu vou saber?! (Conselho).

Portanto, no tocante à comunicação como instrumento para o estabelecimento de um relacionamento genuíno entre os profissionais de enfermagem e as mães de crianças internadas em unidade de cuidado intensivo pediátrico, é essencial que a equipe desenvolva “a

sua percepção e sensibilidade, para aproximar-se do outro e possibilitar a expressão plena do que comunica e do que é comunicado, refletindo-se em um cuidado diferenciado.” (OLIVEIRA et al., 2006, p. 1).

Ao estabelecer um diálogo com a genitora que permanece internada com seu filho na UTIP, como um instrumento para um cuidado humanitário, o profissional de enfermagem é convidado a ouvir com cordialidade as necessidades deste ser especial, dando liberdade para ela abalizar soluções proporcionando, subseqüentemente, bem-estar ao perceber que alguém se preocupa com sua condição de ser vulneralizado pela doença e internamento do filho.

Destarte, é necessário instaurar aspectos comunicacionais entre os profissionais de enfermagem e as mães participantes, gerando satisfação e uma atenção efetiva, acolhendo cada genitora como um ser que tem necessidade de se relacionar e expressar suas angústias, seus medos, dúvidas, principalmente no que concerne a sua condição imposta pela hospitalização do filho na UTIP.

Sob esse prisma, o princípio da comunicação, enquanto capacidade do ser humano inter-relacionar-se com os outros, reivindica dos profissionais de enfermagem esforços para que esta seja de plena assimilação e presteza, sem rachaduras ocasionadas por preconceitos pessoais do profissional de enfermagem, bem como comportamentos autoritários deste uma vez que o processo comunicativo se apresenta como uma forma de estabelecer uma relação de ajuda à mãe diante do processo saúde-doença experienciado pela sua criança internada no ambiente de cuidados intensivos.

Comunicação inaltêntica entre profissionais de enfermagem e as mães de crianças hospitalizadas na UTIP

Apesar de a comunicação exercer um importante papel no aprimoramento do relacionamento entre os profissionais de enfermagem e as mães de crianças internadas na UTIP, em determinadas circunstâncias desencadeia um intenso sofrimento nas genitoras. Um aspecto extremamente importante relaciona-se a maneira pela qual as mães são denominadas pela equipe. Neste sentido, vejamos a colocação de uma participante envolvida na investigação:

Mãezinha pra lá, mãezinha pra cá. Eu acho engraçado. (Conselho).

Esta atitude enfatiza a perda de identidade da genitora que, ao permanecer no ambiente de cuidados intensivos com seu filho, vivencia. Como se não bastasse o sofrimento ante o adoecimento da criança e a ruptura do seu contexto familiar, o seu nome, a única coisa que a caracteriza como um ser com uma história de vida repleta de significação, é substituído pela sua condição de mãe acompanhante que não reflete sua individualidade em sua experiência existencial.

As depoentes dispõem que, em determinados momentos, o esclarecimento que tanto se espera quanto à doença do filho, seu tratamento, procedimentos realizados, ou mesmo as informações voltadas para dinâmica do serviço que contribuem para as genitoras se adequar ao seu funcionamento, foram substituídas pelo silêncio aumentando ainda mais a ansiedade destes seres especiais que, por falta de conhecimento, acabam sem se alimentar e até dormindo sentada nas poltronas reclináveis por não saber que elas deitam. Esta problemática se encontra disposta no discurso que segue.

Colocaram ela na cama e num me falaram nadinha não. Porque assim, eu sei, né, mas tem muitas mães que é a primeira vez e num sabe de nada. Num sabe onde é, num sabe como é, né? Era pra ter uma pessoa só pra isso né, pra esse tipo de trabalho. Muitas delas ficam, às vezes, sem comer, porque, às vezes, não sabe se é pra ir pegar ticket lá embaixo pra ir fazer a refeição, num sabe se o comer vai subir, num sabe de nada. Às vezes, é a gente mesmo que faz esse trabalho. Por isso que devia ter uma pessoa pra ver isso. (Sabedoria).

O relato da participante explicita que os chamados e as respostas devem ocorrer simultânea e bilateralmente. As genitoras esperam que os enfermeiros e técnicos de enfermagem repassem as informações referentes à doença e evolução clínica de seu filho, sem necessariamente precisarem a todo instante perguntar pelo medo de serem rotuladas de inconvenientes por solicitar esclarecimentos relacionados à patologia da criança. Sob esse prisma, é inegável a importância de um diálogo autêntico entre a equipe de saúde da UTIP, com ênfase na equipe de enfermagem e as mães participantes a fim de garantir satisfação e qualidade no cuidar.

Os discursos apreçados abaixo revelam ainda que, dependendo da situação, as informações que são fornecidas não são claras haja vista que as mães podem até aprender que os dados referentes aos sinais vitais que são apreendidos pela equipe de enfermagem são anotados para ser feito o balanço hídrico, mas dificilmente compreendem a importância desse registro no cuidado ao seu filho.

A relação que eu tenho com eles é essa. [...] assim, eles não relatam. Elas: “Não, isso aí quem vai diagnosticar é o médico; eu num posso falar nada no momento, quem sabe é o médico.” Num tem isso de dizer assim: “Olhe, sua filha tem isso, tem isso, vai ficar boa.” Quero saber o que tão fazendo e pra que vai servir. Eu sempre questiono: “Isso aí vai ser o quê?” Quando tão verificando a febre pergunto se deu alta, se tá com febre, se a pressãozinha tá baixa. Sempre, eu tô sempre questionando. Às vezes, responde; às vezes, não diz: “Faz parte do..., eles têm um balanço, né? Não, mãe, isso faz parte do balanço”. Não responde só diz isso. (Fortaleza).

Eu acho que a gente tem que saber o que tá se passando. Porque eu sei que eu tenho que falar, mas eu quero também que elas explique também. Porque para eu tá perguntando direto, eu acho chato. Eu tenho medo que elas pense que eu estou [...], de elas achar ruim porque eu estou perguntando tanto, né! Eu fico com receio de perguntar, sabia? “Ah! Essa menina pergunta demais! Quer saber de tudo, num sei o quê!” Mas, a gente é mãe tem que se preocupar, saber. (Entendimento).

Eu que me comunico com eles. Porque eles num vem aqui. Assim, vem às vezes olhar ele, falar com ele; aí eu aproveito e tiro minhas dúvidas. [...] eles num fala pra gente o que é que deu, nada! Eu queria que eles chegassem pra pessoa e falassem, né! Assim, olhe... bateu Raio-X; esses dias, eu perguntei, mas ninguém me informou o que deu. Elas falavam: “Num sei explicar não, num sei o que te dizer não.” Aí eu perguntava: “E isso? E vai tomar sangue, alguma coisa? Vai precisar de soro?” “Não, também num sei informar não também.” Ontem mesmo, disseram que ele tomou sangue, eu num vi! Não avisaram não. Se chegar pra mim e me explicar eu..., claro que eu vou entender, mas até agora num é. Nenhuma soube me explicar não. Num responderam às minhas perguntas. Ainda tá no ar. Né possível que elas trabalha com médico e num saiba né, o que tá acontecendo com a criança. (Piedade).

Outro fator explicitado nas falas das mães que participaram deste estudo e que é percebido como uma atitude apócrifa no relacionamento com a equipe de enfermagem refere-se às brincadeiras que muitas vezes ocorrem no ambiente da UTIP entre os próprios profissionais, percebidas como um comportamento inadequado que coloca em jogo a competência profissional destes. Esta realidade se encontra respaldada na fala que segue.

Só não gostei da equipe de ontem, achei muito..., assim, dançavam, brincavam. Brincaram muito. Uma de madrugada, eu fui conversar com ela, que tava passando mal aí ele, tava sentada ali ela, “tô ouvindo, tô ouvindo. Já sei, tô ouvindo, ele já foi medicado.” Depois de muito tempo, que ela veio. Só num gostei desse negócio de informação com as enfermeiras [...] e a de ontem que me tratou mau. Só via ela toda hora ali se olhando num espelho, arrumando cabelo. Eu mesmo ficava ali, nem saía dali, nem perguntava mais nada a ela. Fiquei com medo, né! De levar outra resposta [...]. (Piedade).

Este trecho, ressaltando uma comunicação inautêntica, destaca que alguns profissionais de enfermagem, além de se relacionarem entre si lascivamente, mantêm um relacionamento de impassibilidade com as mães que permanecem na UTIP sem darem a devida importância às suas solicitações, contribuindo subseqüentemente para que uma atitude de distanciamento e apatia seja estabelecida no âmbito da UTIP.

Conforme apontado ainda e com ênfase no relato disposto abaixo, a relação dialógica entre os profissionais de enfermagem e as mães de crianças hospitalizada em UTIP é influenciada pela equipe que se encontra de plantão. Entretanto, é oportuno salientar que, no âmbito da unidade de cuidados intensivos pediátricos seja priorizada uma atenção legítima, pautada no respeito e na solicitude, tendo as necessidades das genitoras valorizadas a partir de uma atitude humanista baseada na compreensão de sua experiência vivida.

[...] a escala que vai dizer tudo. Tem pessoas, assim, que a gente confia e que acha que aquela pessoa, assim, cuida direitinho, dá toda assistência, atenção, tem todo um cuidado e também tem aquelas pessoas que não [...]. [...] assim, não olha pra você, não pergunta certo, só, simplesmente diz que já sabe ou entrega sem nem olhar pra você. (Fortaleza).

Neste ensejo, esta mãe inserida no estudo ressalta a necessidade de uma relação dialógica entre os profissionais de enfermagem e as mães de crianças hospitalizadas em UTIP consubstanciada num relacionamento interpessoal legítimo de cordialidade. As depoentes a seguir expõem a maneira pela qual gostariam que a equipe de enfermagem se comunicasse com elas durante sua permanência no ambiente da unidade de cuidados intensivos pediátricos, como destacam os seguintes relatos:

[...] eu queria que elas falasse mais, porque às vezes eu tenho que perguntar [...], eu queria explicação, o que é que tá acontecendo, quando altera alguma coisa

[...]. Não também tá perguntando direto, e elas mesmo chegar para falar. (Entendimento).

Eu gostaria que fosse assim, por exemplo, a pessoa, nós num temos muito estudo, num temos muito conhecimento sobre doença, sobre nada [...]. Aí chegava pra mim, aí explicava. (Piedade).

Eu preferia assim que, quando eu perguntasse alguma coisa, quando eu tivesse com alguma dúvida, eles explicassem melhor. [...] quando eu perguntasse, por exemplo, minha filha..., se a temperatura deu alta, eles disse que deu, tá entendendo? É nesse sentido. [...]. Tratar, é, com atenção, né. Se você é um auxiliar de enfermagem ou enfermeiro, você deve tratar, assim, com atenção, ter, assim, mais atenção, ter mais cuidado na hora; é, que a mãe vai perguntar alguma coisa não virar as costas, se fazer que num tá ouvindo. Eu acho que a gente deveria ter um tratamento assim, com mais atenção. (Fortaleza).

Observa-se que as genitoras sentem a necessidade de receberem informações espontâneas da equipe de enfermagem sobre o quadro clínico de seu filho, evitando que freqüentemente hajam solicitações referentes ao tratamento e recuperação da criança. Além disso, as mães participantes na investigação destacam que o estabelecimento de um relacionamento significativo e atento é imprescindível no que concerne a uma assistência de enfermagem autêntica ao binômio mãe-filho. É por meio deste relacionamento que enfermeiros e técnicos de enfermagem acolhem o ser mãe, colhe dados fidedignos sobre ela, suas necessidades, sentimentos e pensamentos, e oferece elementos para que a mesma desenvolva sua capacidade para enfrentar positivamente o fenômeno vivido.

6 REFLEXÕES FINAIS

Vivenciar a hospitalização se apresenta como uma experiência desagradável, permeada pela desesperança, angústia, intensa preocupação e isolamento social, entre outras sensações, decorrentes da condição de passividade imposta pelo adoecimento. Esta realidade, além de mobilizar no paciente diversas situações provocadoras de estresse relacionadas ao seu diagnóstico, procedimentos clínicos e exames médicos, rompe bruscamente com o modo de viver do cliente, abalando sua autonomia, não podendo, na maioria das vezes, escolher, decidir e opinar sobre os cuidados ao seu próprio corpo.

No que tange à criança, os efeitos da hospitalização são muito mais evidentes e deletérios, uma vez que este ser especial possui um número limitado de mecanismos para enfrentar e superar experiências estressantes como a separação dos pais e irmãos, perda de controle relacionada às restrições ou limitações em suas habilidades motoras e lesão corporal devido aos procedimentos e exames geralmente invasivos e dolorosos.

Na realidade, tudo é desconhecido à criança. Desde a própria enfermaria, o seu leito, as roupas que deve usar, os horários que deve seguir, as pessoas à sua volta, os exames prescritos, os alimentos, as medidas de higiene etc. À custa de muito medo e apreensão, as crianças exploram, descobrem, criam alternativa que lhes permitem conviver com a nova situação. (CHIATTONE, 2003, p. 36).

Assim, a doença e a internação constituem uma crise importante na vida de uma criança especialmente quando esta se encontra numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, ambiente restrito, desconhecido, por vezes assustador, sendo a presença da mãe imprescindível para o enfrentamento da realidade vivenciada, por ser esta a fonte primária de segurança da criança.

Contudo, o processo de adoecimento vivenciado pelo filho, bem como sua permanência numa Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), não determina processos de perdas apenas para as crianças que adoecem e são hospitalizadas, mas altera a rotina familiar, com ênfase na mãe por ser ela quem participa vividamente do processo saúde-doença experienciado pela criança.

O fato de a hospitalização infantil mobilizar tanta dor e inquietação nos familiares e engendrar complexas situações que envolvem uma multiplicidade de facetas é que, atualmente, segundo Valle (2001, p. 54), “o tratamento da doença demanda uma postura da

equipe voltada para a atenção integrada ao binômio criança-família. Essa atenção cuidadosa inclui suporte emocional à família.”

Assim sendo, torna-se imperiosa uma atenção em saúde que priorize tanto o ser criança quanto o ser mãe acompanhante, caracterizando um cuidado humanizado a partir do qual os profissionais de saúde, em especial de enfermagem, direcionem suas práticas para o enfrentamento e resolução, numa abordagem ampla, de diferentes necessidades emanadas da genitora ante o sofrimento vivido.

Considerando que a Enfermagem tem como essência o cuidar, esta exerce um papel importante na promoção da humanização da assistência, ao permitir identificar as reais e potenciais necessidades do ser criança, durante sua hospitalização, considerando os fatores que diretamente interferem no seu processo de adoecimento, além de subsidiar o acolhimento das mães participantes, contribuindo para as mesmas abalizarem soluções, gerando conseqüentemente satisfação e qualidade no cuidar.

Desse modo, o enfermeiro e o técnico de enfermagem, ao assistirem uma criança no ambiente da UTIP, deverão garantir o envolvimento direto de seus pais ou responsáveis legais no tocante ao cuidado em saúde, além de possibilitar meios, entre os quais o uso do brinquedo, que garantam às crianças expressarem suas emoções, auxiliando-as no enfrentamento da ansiedade provocada pela atual condição.

Sob esse prisma, a Enfermagem da UTIP “precisa estar atenta para perceber como o doente e o seu familiar vivenciam o encontro EU-TU, EU-ISSO, em um ambiente adverso ao seu, de modo a torná-lo o mais favorável possível à recuperação da saúde.” (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004, p. 257).

O cuidado genuíno, centrado na criança e na mãe, encontra, portanto, respaldo na Teoria Humanística de Enfermagem haja vista que esta possibilita o conhecimento do fenômeno, apreendendo o verdadeiro significado da existência de cada genitora enquanto mãe acompanhante, e serve para redirecionar a prática assistencial de enfermagem a este ser especial. Assim sendo, neste estudo a pesquisadora, buscando compreender a relação dialógica entre profissionais de enfermagem e mães de crianças hospitalizadas em UTIP, utilizou a teoria da prática humanística de Enfermagem como referencial teórico.

Estabelecer uma relação que ofereça uma presença autêntica, permeada pelos pressupostos da Teoria Humanística, favorece a compreensão de como são vividas as experiências das genitoras de crianças internadas no contexto da unidade de cuidados

intensivos pediátricos, contribuindo para propor aos profissionais de enfermagem intervenções úteis e adequadas no sentido de atingi-las realmente em suas necessidades.

Segundo Pauli e Bousso (2003, p. 285), mais que permitir ou não a presença das mães na UTIP, é importante que a equipe de enfermagem seja “um elemento de confiança à família, já que é ela quem deve ajudá-la a passar por essa experiência. E reduzir a ansiedade dos pais é visto como parte importante do tratamento da criança e, para isso, torna-se fundamental conhecer e respeitar a experiência da família.”

Através do conhecimento científico dos depoimentos das mães de crianças hospitalizadas na UTIP, a pesquisadora pôde perceber, ainda mais, o valor da relação dialógica entre os profissionais de enfermagem e estes seres especiais para o desvelamento do fenômeno vivido. Em outras palavras, pôde vislumbrar a riqueza expressa em cada relato, reconhecendo e revelando a compreensão da experiência existencial de cada mãe acompanhante inserida no estudo.

A partir dos relatos das genitoras, enfatizou-se a satisfação destas no que tange à relação vivida com os profissionais de enfermagem, estando este contentamento vinculado, especialmente, ao tratamento que seus filhos vêm recebendo no ambiente de cuidados intensivos pediátricos.

Nas suas falas, as genitoras deixaram transparecer os sentimentos de solidão, desespero e medo diante do adoecimento e hospitalização da criança, relacionados à própria gravidade da doença, ou mesmo ao ambiente hostil, grandemente associado ao sofrimento e à morte, em que se configura uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esta realidade nos remete a crise que o ser mãe acompanhante vivencia ao permanecer internada com seu filho e chama a nossa atenção no que se refere à necessidade de incluir a família, em particular a genitora, na perspectiva do cuidado com ênfase na capacidade de os profissionais de enfermagem compreenderem suas demandas e expectativas.

Desse modo, a genitora deve estar inserida na prática assistencial de enfermeiros e técnicos de enfermagem, que desenvolvem suas atividades em unidades de cuidados intensivos pediátricos, a partir do aprimoramento das relações, entre estes profissionais e as mães de crianças internadas nestas unidades, demonstrado pela qualidade do fator humano. É oportuno destacar que o aperfeiçoamento do contato humano no âmbito hospitalar perpassa pelo respeito à mãe como um ser autônomo e digno.

No que tange aos depoimentos, estes apontaram para a importância do estabelecimento de uma comunicação autêntica no âmbito da UTIP, a partir de uma relação transacional por meio da qual as mães têm suas dúvidas esclarecidas quanto ao adoecimento, tratamento e prognóstico do seu filho, minimizando o estresse experienciado por elas. Além disso, uma comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e a genitora possibilita que experiências sejam compartilhadas e, subseqüentemente, necessidades sejam satisfeitas.

Vale ressaltar, conforme alguns discursos, que, no cenário da UTIP, a comunicação se processa de forma inautêntica visto que muitas vezes os profissionais fornecem informações vagas às mães que acompanham seus filhos, contribuindo para intensificar o seu sofrimento ante a realidade vivenciada. Além disso, impessoaliza as genitoras, dirigindo-se às mesmas como “mãe” ou “mãezinha”, desconsiderando sua individualidade. Outro ponto referido pelas depoentes, relacionado a uma comunicação inautêntica, diz respeito às brincadeiras que comumente se observam entre os profissionais de enfermagem e, em determinadas circunstâncias, à falta de atenção dirigida às solicitações das mães acompanhantes.

Portanto, uma prática que realmente favoreça uma abordagem centrada na genitora, a partir de uma relação EU-TU autêntica, deve ter início no momento da internação, a partir do estabelecimento de um cuidar infável de atenção e desvelo que considere sua experiência existencial, e deve se estender durante todo o processo de hospitalização firmado no diálogo.

A comunicação é uma ferramenta indispensável para um cuidar em enfermagem genuíno à mãe acompanhante, uma vez que permite que dúvidas sejam esclarecidas através de uma linguagem simples e acessível, desmistificando práticas que provocam medo e facilitando a compreensão da doença e tratamento do seu filho, ajudando-a a enfrentar seus temores e aflições, aumentando a aceitação de fato tão doloroso em suas vidas.

Nessa perspectiva, um relacionamento genuíno com a genitora encontra respaldo na comunicação estabelecida entre equipe de enfermagem-mãe participante, devendo se dar de forma clara, utilizando-se de uma linguagem simples, atenciosa, aberta à escuta, proporcionando a esta um espaço disponível para que sejam exteriorizadas suas angústias e seus medos. Certamente, fica menos traumático enfrentar o percurso de adoecimento e hospitalização do filho quando não se está sozinha, podendo compartilhar com o outro a dor, por meio do diálogo e da escuta atenciosa. Vale ressaltar que

o termo escuta [...] se refere à apreensão/compreensão de vozes e sons audíveis, a escuta se refere à apreensão/compreensão de expectativas e sentidos, ouvindo através das palavras as lacunas do que é dito e os silêncios, ouvindo expressões e gestos, condutas e posturas. A escuta não se limita ao campo da fala ou do falado, [mais do que isso] busca perscrutar os mundos interpessoais que constituem nossa subjetividade para cartografar o movimento das forças de vida que engendram nossa singularidade. (CECCIM, 1997, p. 31).

O presente estudo, pelo qual buscamos abordar a relação dialógica entre os profissionais de enfermagem e as mães de crianças hospitalizadas em UTIP à luz da Teoria Humanística, ressalta a complexidade de que se reveste uma abordagem centrada nas genitoras e abre espaço para que profissionais de enfermagem, que desempenham suas atividades no ambiente de cuidados intensivos pediátricos, repensem sua prática profissional com ênfase no cuidar que contemple tanto o ser criança quanto o ser mãe, a partir de uma assistência humanizada permeada de chamados e respostas que transmitem o reflexo existencial do fenômeno vivido. Vale ressaltar que o envolvimento da mãe na prática da enfermagem deve ser uma realidade não só no âmbito da UTIP, mas também no cenário da Clínica Pediátrica onde é adotado o sistema de alojamento conjunto pediátrico em que a mãe ou responsável pode acompanhar a criança durante a hospitalização.

Considerando a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zerad, que norteou o presente estudo, gostaríamos de nesse ensejo destacar que a sua utilização

vivencia momentos repletos de sofrimento diante do temor da possibilidade da perda do filho amado, da incerteza do retorno para o lar, da separação dos filhos que não estão sob seus cuidados, do enfrentamento do ambiente desconhecido e do convívio com profissionais que a visualizam apenas como a mãe acompanhante da criança admitida na UTIP.

Assim sendo, diante das considerações apresentadas, esta pesquisa subsidia um novo olhar não apenas no campo assistencial, mas também no âmbito do ensino e da pesquisa em enfermagem no que tange à humanização nas relações dos profissionais de enfermagem com as mães acompanhantes.

REFERÊNCIAS

ANGELO, M. Hospitalização: uma experiência ameaçadora. In: STEINER, M.H.F. **Quando a criança não tem vez**: violência e desamor. São Paulo: Pioneira, 1988.

ASTI VERA, A. A. **Metodologia da pesquisa científica**. 8.ed. São Paulo, Globo, 1989. 223p.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, v. 26, n. 1, p. 205-212, 2004.

BARCHIFONTAINE, C. P. Prefácio. In: PESSINI, L. BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

BÍBLIA Sagrada. Tradução Frei João José Pedreira de Castro. 114 ed. São Paulo: Ave Maria, 1997.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BORBA, R. I. H. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada. In: CHAUD, M. N. et al. **O cotidiano da prática de enfermagem em pediatria**. São Paulo: Atheneu, 1999.

BOUSSO, R. S.; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 172-179, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41**. Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cndca/resolucoes/res041.html>. Acesso em: 15/05/2015.

80

BUBER, M. **Eu-tu**. Tradução de Newton Aquiles Von Zuber. 2 ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

CAETANO, L.C.; SCOCHI, C. G. S.; ANGELO, M. Vivendo no método canguru a tríade mãe-filho-família. **Rev Latino-am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 562-568, jul./ago. 2005.

CAMPOS, A. do C. S. C.; MOREIRA, M. V. L.; CARDOSO, L. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. **Ciência y Enfermería**. Chile, v. XII, n. 1, p. 73-81, 2006.

CAPALBO, C. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. **Rev. Enf. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 26-32, 1994.

CASETE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev. 2005.

CECCIM, R. B. Criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Orgs.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

CHIATTONE, H. B. de C. A criança e a hospitalização. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.); CHIATTONE, H. B. de C.; MELETI, M. R. **A psicologia no hospital**. São Paulo: Thompson, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1999.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Rev Latino-am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 191-197, mar./abr. 2004.

CORREA, I. Vivências do profissional de saúde diante familiar da criança internada na unidade pediátrica. **REME – Rev. Min. Enf.** Minas Gerais, v. 9, n. 3, p. 237-241, jul./set. 2005.

COSTA, M. P. F. Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo. In: SILVA, M. J. P. **Qual o tempo do cuidado?** Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola, 2004.

COSTA, S. F. G. C.; VALLE, E. R. M. **Ser ético na pesquisa em enfermagem**. João Pessoa: Idéia, 2000.

CRUZ, D. S. M. **Vivência de enfermeiras assistenciais no cuidar da criança em uma unidade pediátrica**. 2004. 113 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

DAMIÃO, E. B. C. D.; ANGELO, M. A experiência da família ao conviver com a doença crônica da criança. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 66-71, 2001.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa**: aportes metodológicos. Campinas: Papyrus, 2001.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2006.

FELDMAN, C. Construindo a relação profissional de saúde – paciente. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003.

FENILI, R. M.; SANTOS, O. M. B. dos. Analisando a teoria humanística de Paterson e Zderad para vislumbar a enfermagem como diálogo vivo. **Nursing**. São Paulo, n. 39, p. 30-34, 2001.

FERRAZ, C. A. Investigación cualitativa – una estrategia para la calidad de la práctica en enfermería. **Rev. Investigación y Educación en Enfermería**. Medellín, v. XV, n. 2, p. 39-69, sep. 1997.

FINI, M. I. Sobre a pesquisa qualitativa em educação, que tem a fenomenologia como suporte. In: BICUDO, M. A. V.; ESPOSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba: UNIMEP, 1994.

FRANCOLLI, R. A.; ANGELO, M. A experiência da família que possui uma criança dependente de tecnologia. **REME – Rev. Min. Enf.** Minas Gerais, v. 10, n. 2, p. 125-131, 2006.

GAIVA, M. A. M. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare Enferm.** (on-line). Paraná, v. 11, n. 1, p. 61-66, 2006. Disponível em : <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewPDFInterstitial/5976/4276>>. Acesso em: 20 jun. 2006.

JAPIASSÚ; H.; MARCONDES; D. **Dicionário básico de filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

KLEIMAN, S. Josephine Paterson and Loretta Zderad: humanistic nursing theory with clinical applications. In: PARKER, M. E. **Nursing theories and nursing practice**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2001.

LAURETTA; T. **O bosque dos lilases**. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2003.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 145-150, mar./abr. 2005.

LEOPARDI, M. T. Josephine G. Paterson e Loretta T. Zderad – teoria da Enfermagem humanística In: LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEPARGNEUR, H. Humanização hospitalar. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional.** São Paulo: Loyola, 2003.

LITHTENEKER, K.; FERRARI, R. A. P. Internação conjunta: opinião da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on-line). Goiás, v. 07, n. 01, p. 19-28, 2005. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 03 jul. 2006.

MACHADO, O. V. de M. Pesquisa qualitativa: modalidade fenômeno situado. In: BICUDO, M. A. V.; ESPOSITO, V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação.** Piracicaba: UNIMEP, 1994.

MAY, L. E. A atuação da enfermeira frente à dor do cliente em pós-operatório – uma abordagem humanizada. In: OLIVEIRA, M. E. de ; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

MEDEIROS, W. B. Os pilares da humanização da assistência hospitalar. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional.** São Paulo: Loyola, 2003.

MERCÊS, C. A. M. F.; ROCHA, R. M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Rev. Enferm UERJ.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 470-475, 2006.

MEZZOMO, A. A. Progresso X humanização. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional.** São Paulo: Loyola, 2003.

_____. A visão holística favorece a humanização. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional.** São Paulo: Loyola, 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9.ed. São Paulo: HUCITEC, 2006

MIRANDA, R. Re-aprendendo a ser humano: os desafios do enfermeiro e da enfermagem para a humanização do cuidar através da sistematização da assistência. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional.** São Paulo: Loyola, 2003.

MORAIS, G. S. N da. **Cuidar em enfermagem humanizado à criança hospitalizada: reflexões éticas**. 2005. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2005.

MORAN, J. M. **Aprendendo a viver**. 3.ed. São Paulo: Paulinas, 2002.

MORITA, C.; MARX, L. C.; BENTO, P. S. R. Humanização – reflexões sobre o cuidar e o cuidador. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

NASCIMENTO, E. R P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-am. Enferm**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-257, mar./abr. 2004.

OLIVEIRA, I. de; ANGELO, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 202-208, 2000.

OLIVEIRA, L. M. de A. C et al. Análise da produção científica brasileira sobre intervenções de enfermagem com a família de pacientes. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 27, n. 2, p. 93-102, 2005.

OLIVEIRA, M. E. Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém-nascidos pré-termo. In: OLIVEIRA, M. E. de ; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

OLIVEIRA, M. E. et al. Um ensaio sobre a comunicação no cuidado de enfermagem utilizando os sentidos. **Revista Electrónica Semestral de Enfermería** (online), may 2006. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal/8/pdf/08e02p.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2007.

OLIVEIRA, M. E. de; BRÜGGEMANN, O. M. **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

OLIVEIRA, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. ; FENILI, R. M. . A teoria humaní43.8 -12.wia e

ORÍÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. **Enfermería humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.

PAULI, M. C.; BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Latino-am Enferm.** Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 280-286, 2003.

PERSEGONA, K. R.; ZAGONEL, I. P. S. O cuidado do enfermeiro à criança com dor pós-operatória: construção de um marco conceitual à luz de Paterson e Zderad. **Cogitare Enferm.** Paraná, v. 11, n. 2, p. 166-170, 2006.

PESSINI, L.; BERTACHINE, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-285, 2006.

_____. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev. Latino-am Enferm.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 982-988, 2005.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. de. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Rev Latino-am. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 974-981, nov./dez. 2005.

POLES, K.; BOUSSO, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Rev. Latino-am Enferm.** (on-line) Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 207-213, 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 12 dez. 2006.

PRAEGER, S. G.; HOGARTH, C. R. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PUCCINI, P. de T.; CECÍLIO, L. C. de O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

RAMALHÃO, A. B.; DUPAS, G. Vivendo a ambivalência: o significado da visita para os pais de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v. 16, n. 3, p. 41-50, jul./set. 2003.

RAMOS, A. F. et al. A convivência da família com o portador de síndrome de down à luz da teoria humanística. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 59, n. 3, p. 262-268, 2006.

RODRIGUES, A. S.; JORGE, M. S. B.; MORAIS, A. P. P. Eu e meu filho hospitalizado: concepção de mães. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 87-94, 2005.

ROLIM, K. M. C. Atenção humanizada na unidade neonatal. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

ROLIM, K. M. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Latino-am Enferm**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 432-440, 2005.

ROSSATO-ABÉDE, L. M.; ANGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. **Rev. Latino-am Enferm**. (on-line) Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 48-54, 2002. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 12 dez. 2006.

RUBO, N. P.; PRADO, J. T. C. A humanização no hospital? In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

SABATES, A. L.; BORBA, R. I. H. Admissão da criança no hospital. In: CHAUD, M. N. et al. **O cotidiano da prática de enfermagem em pediatria**. São Paulo: Atheneu, 1999.

SANTOS, M. C. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; FERNANDES, A. F. C. Cuidados paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-am Enferm**. (on-line) Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 1-6, 2007. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 10 jun. 2007.

SANTOS, M. E. M. **A criança e o câncer: desafios de uma prática em psico-oncologia**. Recife: A.G. Botelho, 2002.

SCHAURICH, D.; PADOIN, S. M. de M. Experienciando um marco conceitual para o cuidado em enfermagem ao ser-família e/ou cuidador e ao ser-criança. **Cogitare Enferm**. (on-line). Paraná, v. 8, n. 2, p. 34-43, 2003. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/issue/view/192>>. Acesso em: 03 jul. 2006.

SELLI, L. O atendimento profissional humanizado. In: MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Loyola, 2003.

SILVA, M. J. P. Percebendo o ser humano além da doença – o não-verbal detectado pelo enfermeiro. **Nursing**. São Paulo, n. 5, p. 14-20, 2001.

SILVA, M. J. P.; GIMENES, O. M. P. V. Eu – o cuidador. **Rev. O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, v. 24, n. 4, p. 307-309, 2000.

SOUZA, A. B. G. S.; ANGELO, M. Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na UTI. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 255-264, 1999.

SOUZA, L. S. de. A entrevista, o imaginário e a intuição. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem**

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora

Sou enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a experiência de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com profissionais de enfermagem. Este estudo contribuirá para valorizar a relação entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e mães de crianças internadas em unidades de cuidados intensivos.

Para a realização deste trabalho, solicito sua colaboração participando desta pesquisa através de uma entrevista que será gravada. Gostaria de esclarecer que a senhora terá toda liberdade para aceitar participar ou não, bem como de desistir a qualquer momento, sem o menor prejuízo para o tratamento de seu filho neste hospital. Informo que este estudo não apresenta nenhum risco previsível e garanto ainda que seu nome e o da sua criança serão mantidos em segredo, como também as informações confidenciais fornecidas.

Peço também sua autorização para apresentar esta pesquisa em eventos científicos, ou publicar os resultados deste estudo em revistas de enfermagem. Estou à disposição da senhora para esclarecer qualquer dúvida.

Gilvânia Smith da Nóbrega Morais
Pesquisadora Responsável



Assinatura do Participante

Telefone para contato:
Mestrado em Enfermagem/ UFPB: 3216-
7109

Testemunha

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I. DADOS RELACIONADOS AS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Idade: _____

Profissão: _____

Renda Familiar: _____

Estado Civil: _____

Número de Filhos: _____

Escolaridade: _____

Procedência: () Zona Urbana () Zona Rural

Religião: _____

II. QUESTÕES SOBRE O ESTUDO

1. Fale de sua experiência em relação a sua convivência com os profissionais de enfermagem desde o momento da admissão de seu filho.

2. Como a senhora gostaria que fosse sua convivência com os profissionais de enfermagem durante a hospitalização de seu filho?

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada em 06/03/07 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado: Relação dialógica entre profissionais de enfermagem e mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, protocolo número: 0010/07, da pesquisadora: Gilvânia Smith da Nóbrega Morais.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

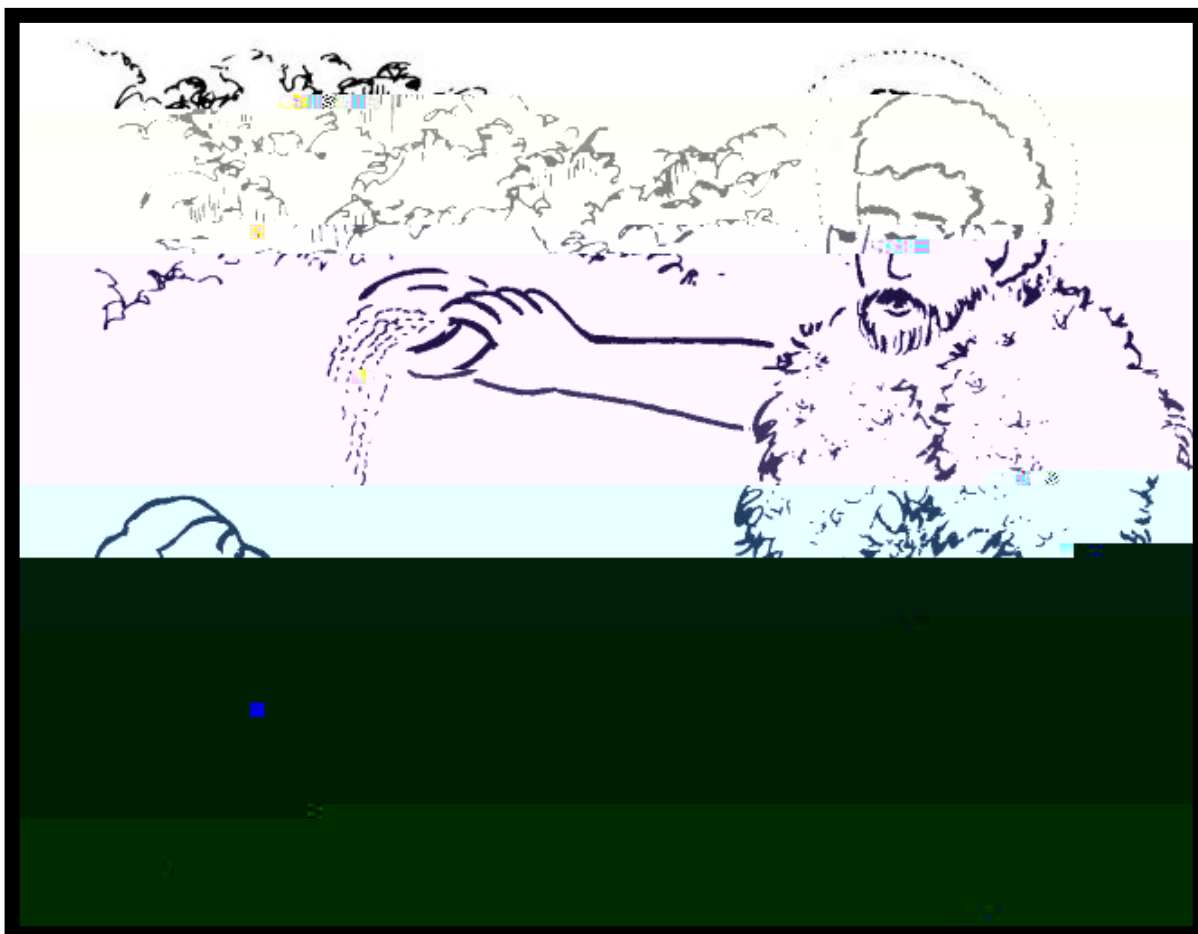
João Pessoa, 06 de março de 2007.

Solange Fátima Geraldo da Costa

Solange Fátima Geraldo da Costa

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - HULW

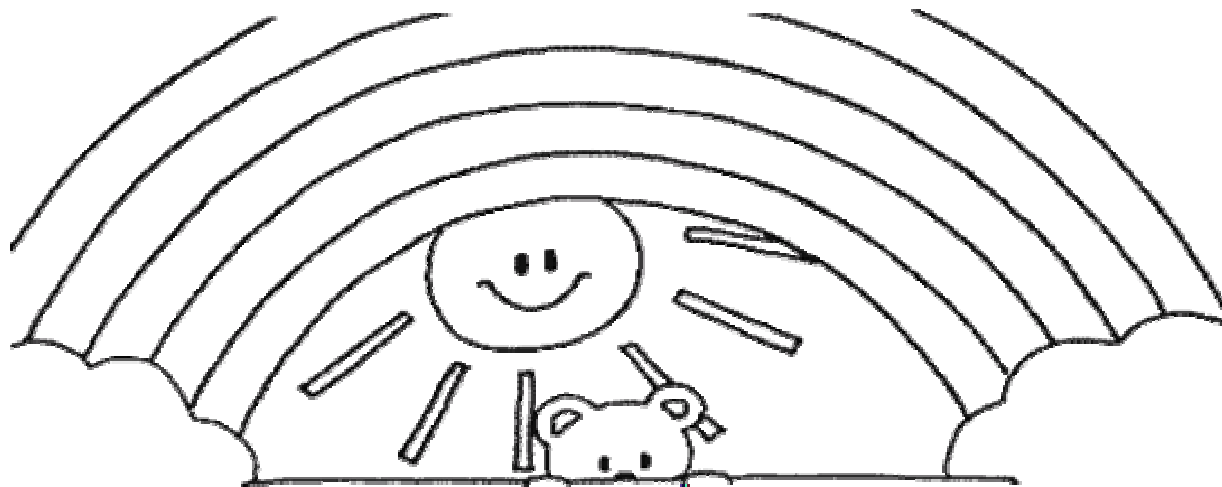


ANEXO B

Fonte: <www.catequisar.com.br>. Acesso em: 20 fev. 2007.







DEUS CRIOU TODOS OS ANIMAIS





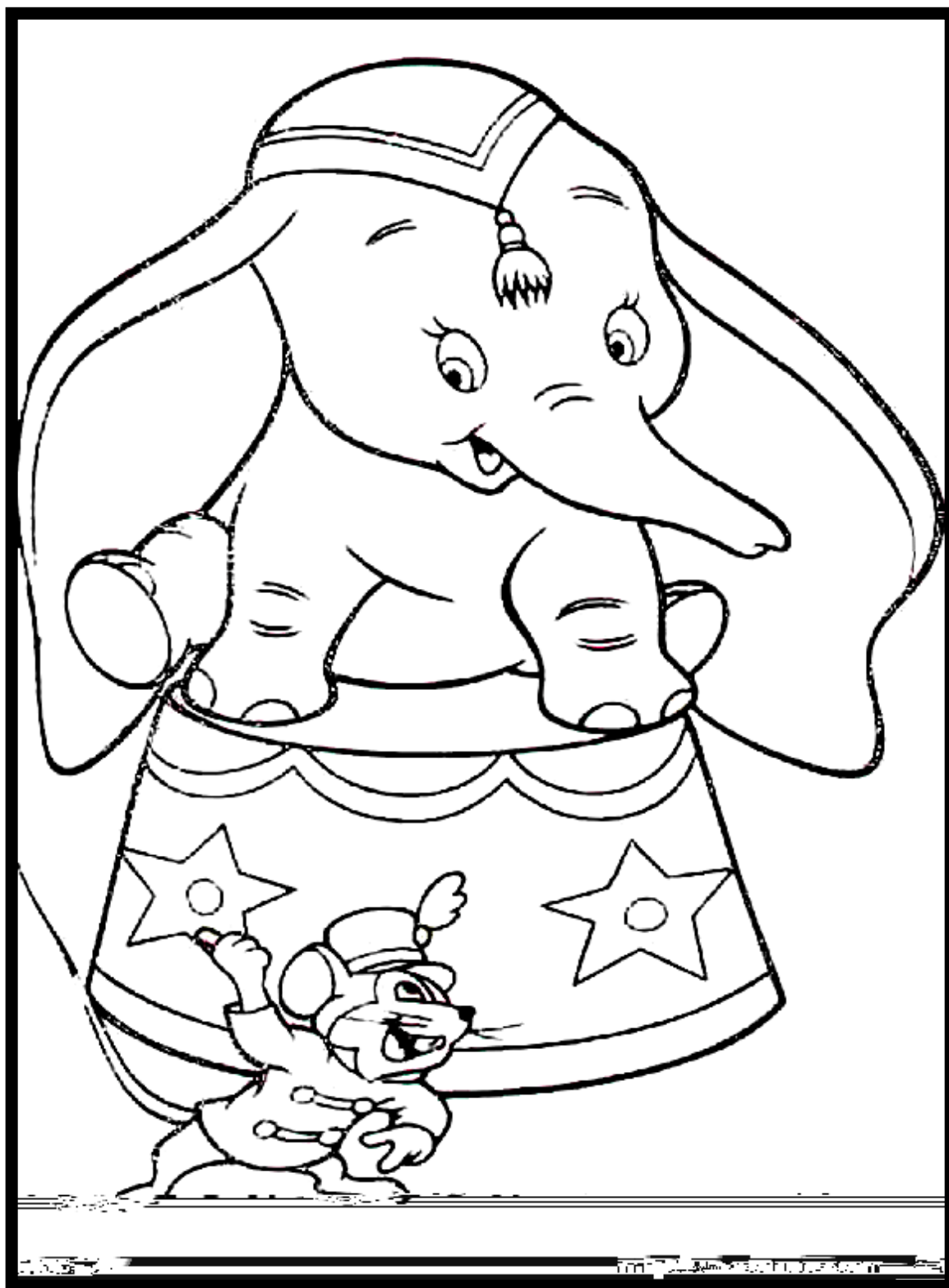


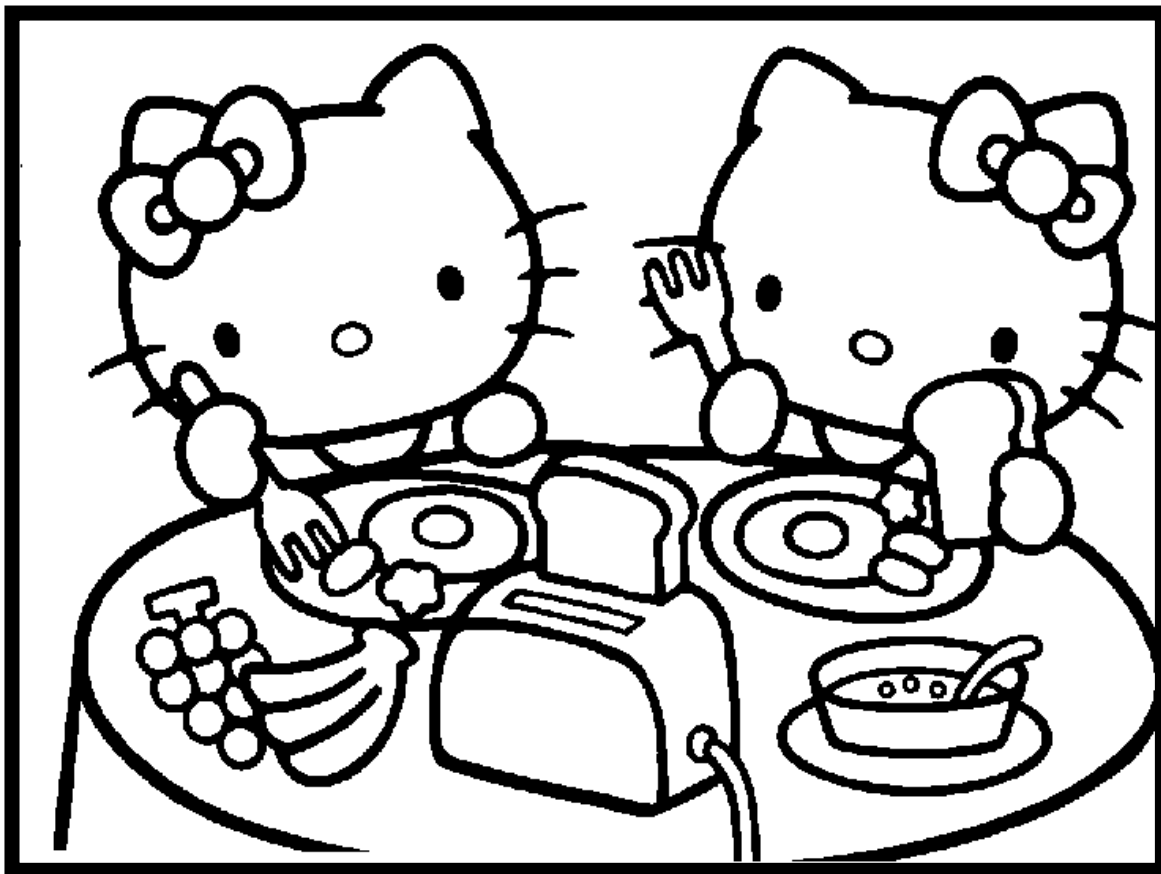
© Copyright by Preschool Education / Preschool Coloring Book. Visit www.preschoolcoloringbook.com for more coloring pages.

Fonte: <www.preschoolcolorinabo.ok.com>. Acesso em: 20 fev. 2007.



Fonte: <www.cambap.hpg.com.br>. Acesso em: 20 fev. 2007.

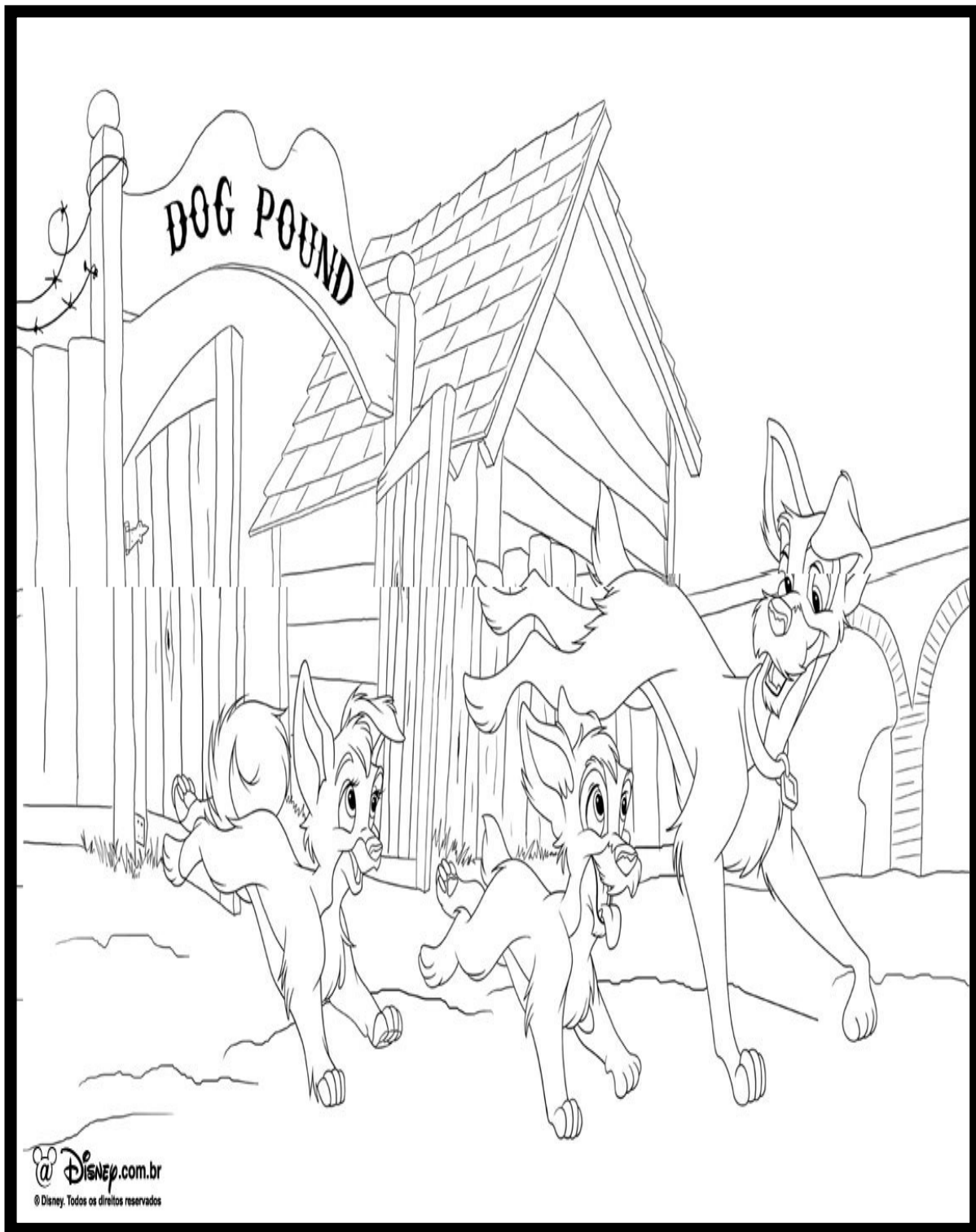




Fonte: <www.cambap.hpg.com.br>. Acesso em: 20 fev. 2007.

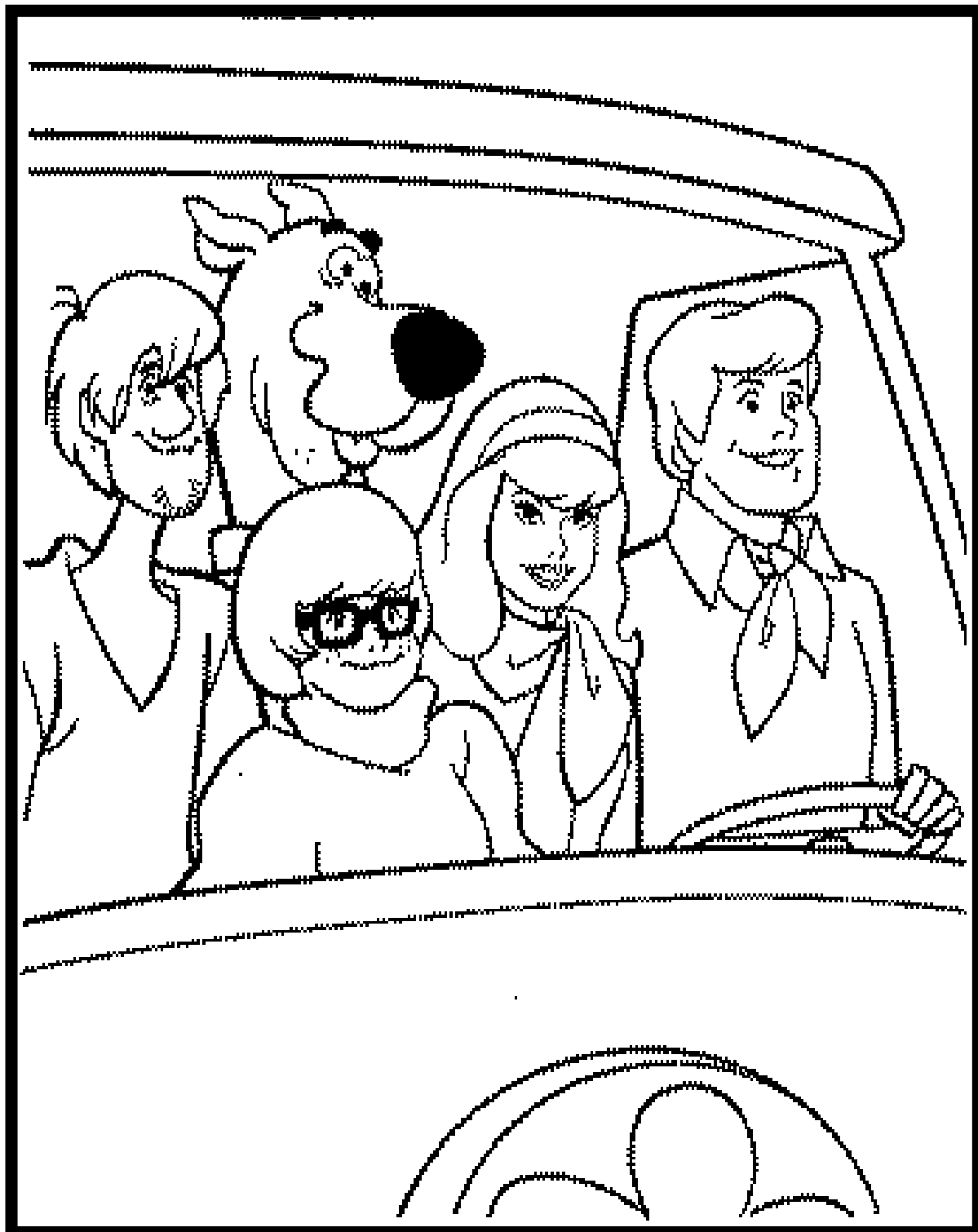


Fonte: <www.cambap.hpg.com.br>. Acesso em: 20 fev. 2007.





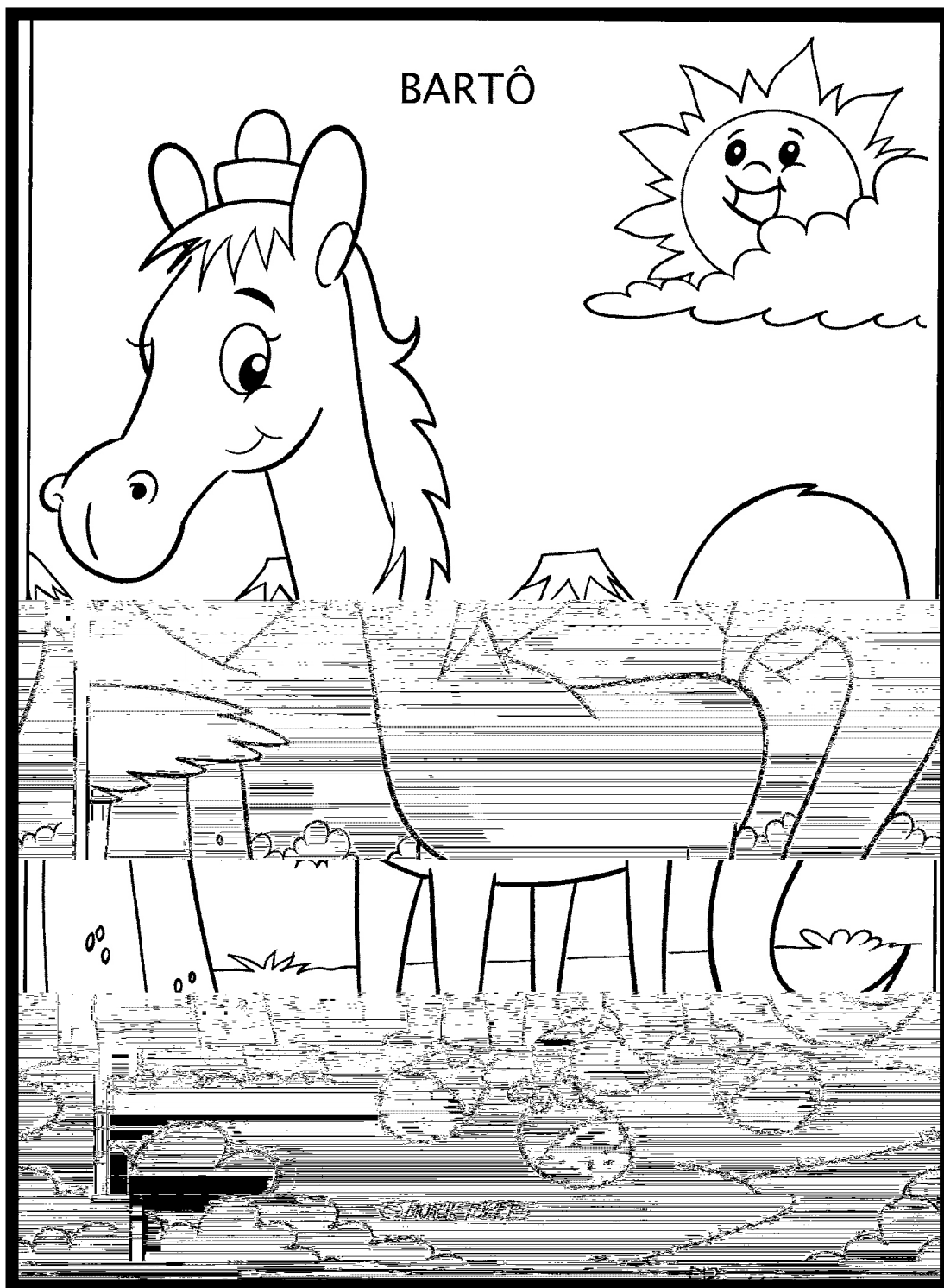
Fonte: <www.cambap.hpg.com.br>. Acesso em: 20 fev. 2007.

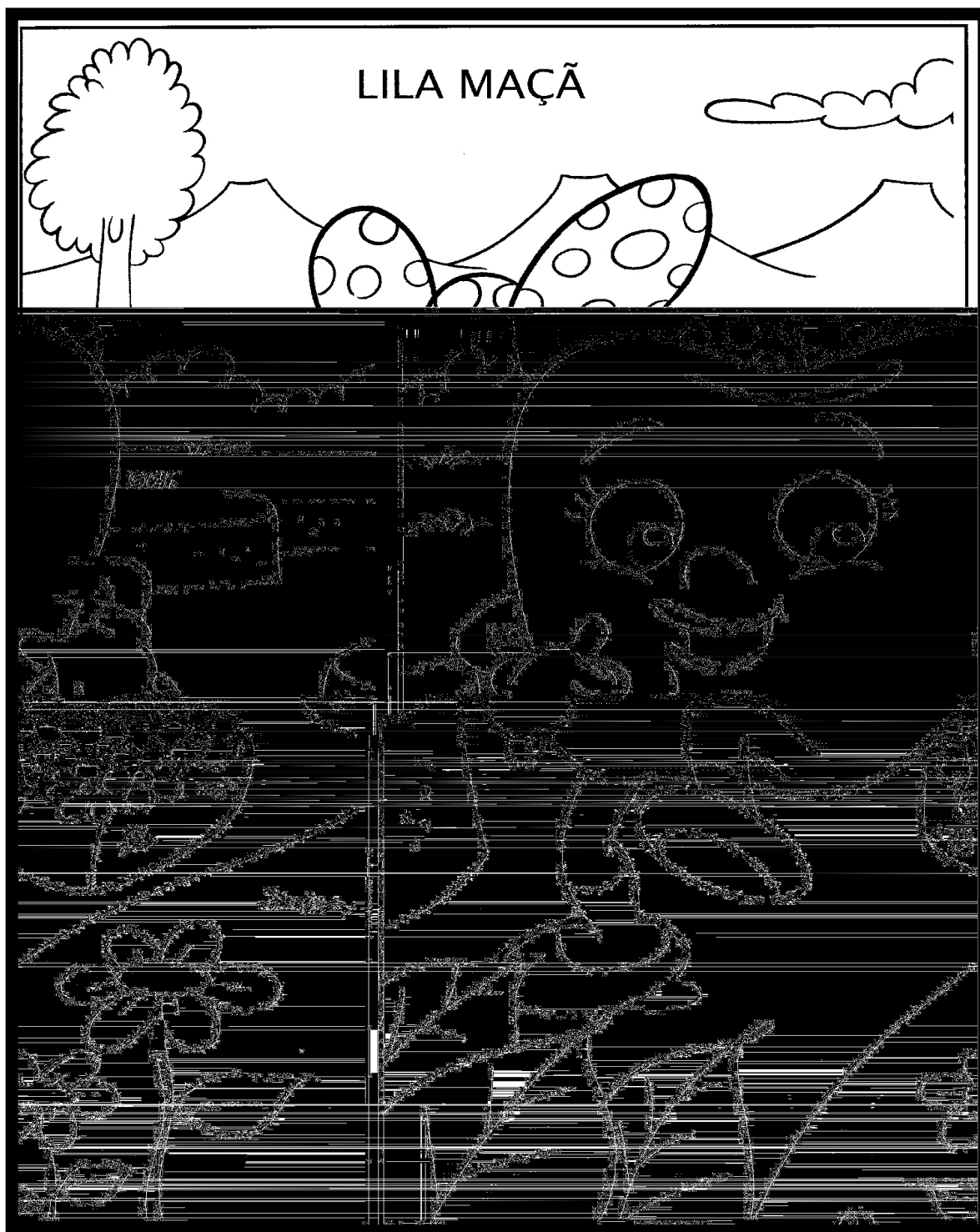


Fonte: <www.disney.com.br/pracurtir/colorir>. Acesso em: 20 fev. 2007.



Fonte: <www.iguinho.com.br>. Acesso em: 20 fev. 2007.





Fonte: Coleção pintar e alegrar, 2007.



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)