

Inclusão dos elementos do processo Clinical Caritas Veritas na unidade de cuidado intensivo neonatal

Inclusion of the elements of the Clinical Caritas Veritas process in the neonatal intensive care unit

Inclusión de los elementos del proceso Clinical Caritas Veritas en la unidad de cuidado intensivo neonatal

Recebido: 24/01/2024 | Revisado: 03/02/2024 | Aceitado: 04/02/2024 | Publicado: 07/02/2024

Madalena Rosenente

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4542-5865>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: madarosenente@hotmail.com

Luciane Favero

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4486-0032>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: luciane.basegio@hc.ufpr.br

Resumo

Incitar a autorreflexão da equipe de enfermagem sobre a possibilidade de um cuidado humano que leve em conta os preceitos teóricos da Ciência do Cuidado Unitário; e apresentar os elementos do Processo Clinical Caritas Veritas, correlacionando-os com os preceitos teóricos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. Os dados foram coletados, após parecer favorável, entre fevereiro e junho de 2023. Foram considerados participantes os profissionais que preencheram os critérios de inclusão: enfermeiros ou técnicos de enfermagem presentes no período determinado para a coleta de dados; atuantes no turno vespertino, independentemente do tempo de atuação. Como critérios de exclusão: profissionais de férias, licença saúde/maternidade ou ausentes por qualquer outro motivo no setor durante o período destinado à coleta de dados. Para análise de dados, utilizou-se a metodologia de Yin. Como resultado, a fim de facilitar o entendimento, três fases foram classificadas: Pré-introdução aos elementos do Processo Clinical Caritas Veritas - primeira observação não participante; Fase de integração - contou com a elaboração de espaço acolhedor onde foram realizadas mais de 30 sessões de meditação junto com rodas de conversa; e Fase pós-inserção - retorno ao campo para nova observação não participante. O presente estudo fortalece a importância de um ambiente privado que possa ser utilizado como refúgio, regularmente, pelos colaboradores de modo a impactar sua satisfação pessoal/profissional e relacionamentos interpessoais, com repercussão direta no modo de cuidar e perceber o outro.

Palavras-chave: Cuidado da criança; Empatia; Equipe de enfermagem; Teoria de enfermagem; Terapia intensiva neonatal.

Abstract

This study aims to promote self-reflection among the nursing team about the possibility of human care that considers the theoretical precepts of Unitary Caring Science, and to present the elements of the Clinical Caritas Veritas process, correlating them with the theoretical precepts. This is an exploratory-descriptive qualitative study. The data were collected, after favorable opinion, between February and June 2023. The participants were professionals who met the inclusion criteria: nurses or nursing technicians present in the period determined for data collection; working in the afternoon shift, regardless of the time of performance. Exclusion criteria: professionals on vacation, health/maternity leave, or absent for any other reason in the sector during the data collection period. Data analysis used Yin methodology. As a result, to facilitate understanding, three phases were classified: Pre-introduction to the elements of the Clinical Caritas Veritas Process - first non-participant observation; Integration Phase - counted with the elaboration of a welcoming space where over 30 meditation sessions were held together with conversation circles; and Post-insertion phase - return to the field for new non-participant observation. The present study strengthens the importance of a private environment that can be used as a refuge, regularly, by employees in a way to influence their personal/professional satisfaction and interpersonal relationships, with direct repercussions on the way of caring for and perceiving the other.

Keywords: Child care; Empathy; Nursing team; Nursing theory; Intensive care neonatal.

Resumen

Incitar a auto reflexión del grupo de enfermería sobre la posibilidad de un cuidado humano que tome nota los preceptos teóricos de la Ciencia del Cuidado Unitario; y presentarlos elementos del Proceso Clinical Caritas Veritas,

correlacionándolos con los preceptos teóricos. Se trata de una investigación cualitativa del tipo exploratorio-descriptiva. Los datos fueron recolectados, después de parecer favorable, entre febrero y junio de 2023. Fueron considerados participantes los profesionales que rellenaron los criterios de inclusión: enfermeros o técnicos de enfermería presentes en el período determinado para la recoleta de datos; actuantes en el turno vespertino, independientemente del tiempo de actuación. Como criterios de exclusión: profesionales de vacaciones, permiso por enfermedad/de maternidad o ausentes por cualquiera otro motivo en el sector durante el período destinado a la recoleta de datos. Para análisis de datos, se utilizó la metodología de Yin. Como resultado, a fin de facilitar el entendimiento, tres fases fueron clasificadas: Preintroducción a los elementos del Proceso Clinical Caritas Veritas - primera observación no participante; Fase de integración - contó con la elaboración de espacio acogedor donde fueron realizadas más de 30 sesiones de meditación junto con rondas de conversación; y Fase post inserción - vuelta al campo para nueva observación no participante. El presente estudio fortalece la importancia de un ambiente privado que pueda ser utilizado como refugio, regularmente, por los colaboradores de manera a impactar su satisfacción personal/profesional y relaciones interpersonales, con repercusión directa en la manera de cuidar y percibir el otro.

Palabras clave: Cuidado del niño; Empatía; Grupo de enfermería; Teoría de enfermería, Cuidado intensivo neonatal.

1. Introdução

A enfermagem, reconhecida como profissão do cuidado, manifesta-se como principal elo entre paciente, família e demais profissionais da equipe multidisciplinar em saúde. Suas implicações e contribuições assistenciais promovidas devem ser compreendidas de forma abrangente, mediante a adequada comunicação e convívio entre os envolvidos, proporcionando oportunidades de escuta, suporte e acolhimento necessários (Silva et al., 2020).

Em uma Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), local de cuidados imediatos para recém-nascidos, em sua maioria prematuros, devido as suas condições de saúde instáveis e necessidade de diferentes tipos de tecnologia existentes para suporte de vida, pode haver dificuldade de aproximação e vinculação entre profissionais, neonatos e famílias (Duarte et al., 2020).

A falta de recursos humanos, materiais e tecnológicos, além da escassez de capacitações e treinamentos em serviço, juntamente com preocupações e inseguranças apresentadas pelos familiares (Martins et al., 2020), podem ser consideradas fatores desencadeantes para conflitos em relacionamentos interpessoais. Como consequência, maior adversidade no desenvolvimento de conexões.

A Ciência do Cuidado Unitário, expressa pela Dra. Jean Watson, enquanto Ciência Sagrada, nos orienta em direção a uma visão de mundo evoluída, na qual todos os seres são compreendidos em sua integralidade – corpo, mente e espírito (Watson, 2021). Quando aplicada, dispõe de grande contribuição na área de enfermagem ao amplificar em rotinas diárias os fundamentos de amor universal, gentileza, dignidade e humanidade (Rosenente et al., 2020).

Ao ser reconhecida como uma teoria não verificável, quantificável e testável, compreende-se que não há um único sentido a ser seguido. Assim, provém de valores e crenças individuais de cada profissional a busca por ferramentas e estratégias adequadas, voltadas a um cuidado holístico capaz de alcançar o ser humano em sua transcendência (Watson, 2008).

Com intuito de guiar a evolução deste cuidado até seu ápice, e possibilitar um momento importante de conexão e restauração entre profissional e paciente, a referida teórica expõe o Processo Clinical Caritas Veritas. Este, é composto por uma série de palavras simples associadas a realização de exercícios diários (Watson, 2018).

Abrçar (Amor-Bondade): Cultivar bondade amorosa e equanimidade em relação a si mesmo e aos outros;

Inspirar (Fé-Esperança): Estar autenticamente presente, permitindo fé-esperança/crença honrando o mundo da vida subjetiva de si mesmo e do outro;

Confiar (Autotranspessoal): Cultivar suas práticas espirituais – além do ego à presença transpessoal;

Nutrir (Relacionamento): Desenvolver e sustentar relações ajudando, confiando e amando;

Perdoar (Todos): Permitir a expressão de sentimentos positivos e negativos, escutar a história de outra pessoa autenticamente;

Aprofundar (Auto Criativo): Utilizar sua própria criatividade e todas as formas de saber;

Equilíbrio (Aprendizado): Engajar-se em relações transpessoais ensino-aprendizagem-cuidado e significado subjetivo;

Co-Criar (Campo Caritas): Criar um ambiente de cura em todos os níveis;

Contribuir (Humanidade): Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando “o cuidado humano essencial”, que potencializa o alinhamento mente-corpo-espírito, a totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado;

Ser aberto (Infinito): Dar abertura e atender aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da do ser cuidado.

Tais elementos, servem como guia para a operacionalização de conceitos e pressupostos teóricos oriundos da Ciência do Cuidado Unitário que orientam o profissional de saúde na sua prática de cuidar.

No entanto, compete aos profissionais o desenvolvimento de práticas apoiadas em decisões empáticas. Devendo ser proposto um plano de cuidados individualizados, capaz de considerar as principais singularidades e necessidades de cuidado de cada paciente (Martins et al., 2020).

Ademais, pela significativa influência de princípios institucionais, é dever de cada organização de saúde o estabelecimento de diretrizes por meio de iniciativas de humanização, e priorização da assistência integral à criança e sua família (Ministério da Saúde, 2011), que contemplem todos os aspectos relativos à integralidade do cuidado.

Diante o exposto, definiu-se como objetivos desse estudo incitar a autorreflexão da equipe de enfermagem, sobre a possibilidade de um cuidado humano que leve em conta os preceitos teóricos da Ciência do Cuidado Unitário; e apresentar os elementos do Processo Clinical Caritas Veritas, correlacionando-os com os preceitos teóricos.

2. Referencial Teórico

Nascida em 1940, em West Virgínia, a autora Dra. Jean Watson possui graduação em enfermagem pela Lewis Gale School of nursing, Roanoke (1961), mestrado em enfermagem psiquiátrica e saúde mental pela University of Colorado (1966), pós-graduação em Psicologia Clínica e Social (1970) e Ph.D. em Psicologia Educacional (1973).

Ao longo de sua carreira estudou o fenômeno do cuidado humano a partir de uma visão de mundo unitária convergente, capaz de prover uma base moral, ética, filosófica, ontológica e de conhecimento para orientação a prática de enfermagem. Para a autora, existe um campo cósmico universal de energia vital, do qual todos fazem parte, havendo a necessidade de compreensão dos eventos em sua totalidade – metafísico (Watson, 2018).

Seu primeiro livro *Nursing: the philosophy and Science of caring*, publicado em 1979, trouxe a definição de alguns conceitos para a prática e pesquisa em enfermagem incluindo-a como disciplina (Watson, 1979). Entretanto, foi em sua segunda publicação *Nursing: human Science and human care, a theory of nursing* que a concepção da transpessoalidade foi manifestada. Momento de grande referência em sua construção, pela descrição de experiências diante sentimentos e vivências transcendentais indo além do espaço fenomenológico (Watson, 1985).

Na existência de um cuidado transpessoal a consciência transcende o tempo, o espaço e a fisicalidade. Há a modelação de energia sincrônica, a qual se torna um “eterno agora”, eventualidade intitulada como Healing, convertendo-se em parte do infinito padrão complexo de vida. Podendo ser conceituado como ponto de virada transformador para a cura, é imprescindível que ambas as partes se encontrem autenticamente presentes e abertas a gentileza e bondade amorosa – conexão unitária (Watson, 2018).

Para a teórica, cada indivíduo carrega em si crenças, perspectivas e convicções, adquiridas ao longo de sua jornada, que podem ser empregues no confronto as mais diversas situações (Watson, 2008). Ao permitir genuinamente sua presença, tanto o ser que cuida quanto o ser cuidado trocam ensinamentos entre si, concedendo o fortalecimento da relação interpessoal

ao exceder barreiras indo do físico ao não físico (Watson, 2018).

Não há um seguimento absoluto a ser adotado. No entanto, como uma orientação elementar de entrada neste modelo de construção para a prática de enfermagem, um preceito proveniente de pressupostos teóricos foi proposto. Com intenção de oferecer uma nova linguagem universal, o Processo Clinical Caritas Veritas traz uma nova alfabetização moral como guia, a fim de afirmar e sustentar ações de serviço (Watson, 2018).

Um guia, relacionando os dez elementos descritos pela autora a ações diárias, foi reproduzido com a intenção de fornecer subsídios para a aplicação prática. Entre as manifestações de cuidado estão: Utilizar contato visual apropriado e toque com delicadeza; Prestar atenção aos outros e utilizar linguagem acessível; Falar calmamente ou fazer silêncio, dando total atenção para o momento do cuidado; Cultivar práticas espirituais; Perceber o que significa a informação, orientação e a aprendizagem para o outro; Estimular a reflexão de sentimentos e experiências; entre outros (Tonin et al., 2017).

Considera-se uma Ciência Sagrada, interligada a perspectiva de que estender o cuidado ao outro é tornar-se vulnerável. Ao desempenhar a práxis, o espírito humano é sustentado ao “enfrentar” a própria humanidade e a do outro (Watson, 2021).

Aos profissionais do cuidado, a relação entre a autoconsciência, palavras e pensamentos pode afetar de forma positiva ou negativa o campo energético-transpessoal. Por isso, faz-se fundamental a intenção de reflexão para própria cura e repadronização em direção a restauração (ser, tornar-se, pertencer) (Watson, 2021).

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva. A pesquisa qualitativa, entendida como um conjunto de características de forma não singular, envolve o estudo do significado das vidas das pessoas nas condições em que realmente vivem, a representação de visões e perspectivas dos participantes de um estudo, a possibilidade de visão das condições contextuais em diversos aspectos, e a explicação de acontecimentos por meio de conceitos existentes ou emergentes (Yin, 2016).

Pode ser classificada segundo sua finalidade e propósito geral. Assim, tem-se a caracterização de exploratória quando a intenção é apresentar maior familiaridade com o problema, a fim de construir hipóteses e torná-lo mais explícito. Nela, são considerados os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. É compreendida como descritiva quando apresentar como objetivo a exposição das características de determinada população ou fenômeno, e/ou a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis (Gil, 2022).

Ainda, há aquela que, apesar de ser definida como descritiva, por ter maior aproximação com a pesquisa exploratória, devido a sua contribuição para uma nova visão do problema com base em seus objetivos, (Gil, 2022) os conceitos são unidos transformando-se em exploratório-descritiva.

De acordo com Yin (2016), a primeira etapa de uma pesquisa qualitativa é empreendida como o delineamento de estudo, o qual irá envolver associações entre o tema a ser estudado, questão de pesquisa, coleta de dados e estratégias de análise, de modo que os resultados confrontem a indagação de pesquisa pretendida.

Assim, após a definição da temática a ser desenvolvida, deu-se a elaboração da questão norteadora desse estudo, a qual questiona “como incluir os elementos do *Processo Clinical Caritas Veritas* em uma Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal?” e o encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos.

Para a fase de coleta de dados, importante componente atuante como guia de todo o processo empírico, a estrutura utilizada foi o arranjo de aninhamento. Esta compreendeu uma unidade de nível mais amplo (Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal de um hospital público localizado no município de Curitiba-Paraná, com características para atendimento de alta complexidade), e diversas unidades de nível mais estreito (múltiplos colaboradores que atuam no mesmo setor).

Os dados foram coletados após parecer favorável, CAAE 65254222.1.0000.0096 com aceite em janeiro/2023, e a partir da assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ficando uma via em posse dos participantes da pesquisa e outra com o pesquisador, entre os meses de fevereiro a junho de 2023 no período da tarde, visto a impossibilidade de presença da pesquisadora nos demais turnos de assistência.

No TCLE encontravam-se explícitos os objetivos da pesquisa bem como os aspectos que garantiam o cumprimento da Resolução 466/2012 (Brasil, 2012).

Foram considerados participantes do estudo enfermeiros e técnicos de enfermagem que preencheram os seguintes critérios de inclusão: profissionais de enfermagem presentes no período determinado para a coleta de dados; atuantes no turno vespertino, independentemente do tempo de atuação. Como critérios de exclusão: profissionais de férias, licença saúde, licença maternidade ou ausentes por qualquer outro motivo no setor, durante o período destinado a coleta de dados. Ainda, aqueles oriundos de outros setores que estiveram em remanejamento temporário e os atuantes dos turnos matutino e noturno, visto a ausência e dificuldade do pesquisador nestes horários.

Os riscos na pesquisa foram mínimos, devido ao fato de que os participantes participaram voluntariamente de grupos de discussões acerca de assuntos relacionados a sua atuação profissional, de forma a expressar suas opiniões. Além de que estiveram livres a recusar sua continuidade no estudo, retirando seu consentimento, e/ou interrompendo sua participação, a qualquer momento diante algum tipo de desconforto, sem danos ou penalização por parte dos pesquisadores e/ou serviço envolvidos.

Houve a garantia do sigilo em relação as suas respostas, as quais são confidenciais com a utilização apenas para fins científicos e ausência de identificação nominal, a fim de garantir seu anonimato diante os dados obtidos, com a guarda adequada das informações coletadas.

Ainda, foi proporcionado um ambiente com privacidade, durante os grupos de discussões, e abordagem humanizada priorizando a escuta e acolhimento do participante com as devidas explicações sempre que necessárias, frente a dúvidas que possam surgir. Além da liberdade em não responder questões que puderam ser consideradas constrangedoras, com abordagem cautelosa e devidas considerações e respeito por culturas, valores e crenças.

Em um primeiro momento, foi realizada a coleta das informações mediante observação não participante. Nesta, o pesquisador tomou notas registrando diretamente as ações, eventos e conversas que ocorreram no ambiente por meio de um diário de campo. Em seguida, foram realizados grupos de discussões com a intenção de permitir a expressão de opiniões dos integrantes e autorreflexão de suas práticas atuais de cuidado, por intermédio de conversas com abordagem de atividades cotidianas do serviço. Neste período, o moderador/pesquisador deu início a apresentação e correlação teórica dos elementos do *Processo Clinical Caritas Veritas* com o referencial teórico do estudo através de um roteiro semiestruturado, envolvendo, neste momento, a sensibilização dos participantes para uma prática de cuidados que adviesse deste referencial.

Os participantes foram divididos em grupos com no máximo quatro pessoas. Sendo realizados ao menos dois encontros com cada grupo, tendo em média a duração de 40 minutos cada, nos dias disponíveis e pré-definidos junto a chefia do setor a fim de não prejudicar a rotina do serviço. Foram realizados em local anexo as dependências, em espaço reservado, no turno vespertino. Todos os dados coletados, incluindo as falas dos colaboradores, foram anotados e registrados no instrumento de coleta.

Por fim, em um terceiro momento, o pesquisador voltou ao campo para a nova observação das práticas profissionais diárias de cuidado da equipe de enfermagem participante do estudo, por meio de nova observação não participante. Todo o registro foi realizado em diário de campo e todas as identidades foram tratadas com padrões profissionais de sigilo, não sendo identificadas em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

O pesquisador mantém, sob sua responsabilidade, a posse das informações e dos dados obtidos da pesquisa, pelo tempo mínimo de cinco anos, e o material será descartado/destruído conforme as normas vigentes para descarte (Resoluções 441/2011 e 510/2016) (Conselho Nacional de Saúde, 2011; Conselho Nacional de Saúde 2017).

As despesas necessárias referentes ao estudo foram custeadas pelo pesquisador, não havendo nenhum ônus decorrente da pesquisa repassado aos participantes e/ou instituição envolvida. Aos participantes, não houve nenhum tipo de gasto e/ou ressarcimento visto que a pesquisa foi desenvolvida em local e horário de trabalho dos mesmos.

Para Yin (2016), a fase da análise de dados ocorre em cinco etapas. Na primeira, efetua-se a compilação dos dados obtidos colocando-os em ordem. Portanto, as informações foram classificadas em categorias: pré-introdução aos elementos do *Processo Clinical Caritas Veritas*; integração; e pós-inclusão. A segunda fase, é constituída pela decomposição em menores fragmentos ou elementos. Deste modo, para a pesquisa em questão, foram elencados dois elementos, a partir dos registros nos diários de campo (seja das observações não participantes, seja das discussões de grupo) que envolvem aspectos relacionados a comunicação (entre a equipe, com paciente e família); e condutas (entre a equipe, com paciente e família).

Na terceira fase, há rearranjos e recombinações de agrupamentos por similaridade na busca de categorias e subcategorias. Logo, os dados foram elencados em uma tabela a fim de facilitar o entendimento. Por fim, na quarta e quinta fase sucedeu-se o processo de interpretação e conclusão do conhecimento obtido mediante a descrição dos resultados obtidos e discussão, considerada o desfecho da investigação, tendo como alicerce a Ciência do Cuidado Unitário, referencial teórico deste estudo, e as considerações finais.

4. Resultados

Após os profissionais serem informados e convidados a participar da pesquisa, de forma voluntária mediante assinatura do TCLE, houve o interesse de 23 membros da equipe de enfermagem. Todavia, seguida a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, nove colaboradores não puderam ser considerados participantes por não atenderem as condições pré-estipuladas. Logo, ao todo fizeram parte deste estudo 14 participantes, sendo cinco enfermeiras e nove técnicos (as) de enfermagem.

Ao seguir o percurso metodológico proposto e com o intuito de responder à questão norteadora e cumprir com os objetivos propostos, foi efetuada uma leitura árdua de todo o material advindo da coleta de dados, e a fim de facilitar o entendimento, após o processo de reflexão, análise e síntese, classificou-se em três momentos, descritos a seguir.

A fase pré-introdução aos elementos do *Processo Clinical Caritas Veritas*, foi o período no qual a pesquisadora realizou a primeira observação não participante de 360 minutos diários, durante nove dias intercalados ao decorrer de três semanas, totalizando aproximadamente 3.240 minutos de observação nos momentos de assistência direta aos pacientes e suas famílias pela equipe de enfermagem participante do estudo.

A partir das informações registradas em diário de campo, criou-se um quadro (Quadro 1) com os elementos que possuíam maior impacto na prestação de cuidados dentro do local de estudo, junto a classificação de aspectos favoráveis e desfavoráveis, ao relacioná-los com o atendimento oferecido pelos colaboradores.

Quadro 1 - Pré-introdução aos elementos do *Processo Clinical Caritas Veritas*. Curitiba 2023.

Elementos		Aspectos favoráveis relacionados	Aspectos desfavoráveis relacionados
COMUNICAÇÃO	Entre a equipe;	Busca de respostas sem anseios; questionamentos respeitosos. ⁴	Dificuldades em relação a iniciativa de conversas com equipe multiprofissional; falta de integração entre os profissionais; afirmações de insatisfação pessoal e/ou com colegas de trabalho. ¹⁰
	Com paciente;	Presença de comunicação verbal com os recém-nascidos durante a realização de cuidados. ⁹	Frases que podem ser consideradas ofensivas através de “brincadeiras” em relação a condições fisiológicas e/ou socioeconômicas. ²
	Com família.	Presença de comunicação verbal no momento de permanência da família na UCIN; explicação de possíveis dúvidas quando questionadas. ⁸	Ausência de apresentação do prestador do cuidado; dificuldades em realizar acolhimento através de palavras de incentivo; orientações repassadas apenas em casos específicos. ⁶
CONDUTAS	Entre a equipe;	Cumprimento de normas e rotinas determinadas. ¹⁴	Separação em grupos de maior afinidade; ausência de delimitação pré-condutas em conjunto; desacordo e discrepância entre diferentes turnos. ¹¹
	Com paciente;	Cuidados realizados de forma segura; preocupação em promover alívio diante situações desconfortáveis. ¹³	Em determinadas situações ausência de delicadeza. ³
	Com família.	Boa interação quando necessário; incentivo a participação de cuidados como troca de fraldas. ⁵	Estímulo de método canguru e orientações sobre aleitamento materno em situações específicas; dificuldade em fazer-se presente através da demonstração de postura calma e contato visual. ⁹

* Os números mencionados significam o número de colaboradores que desenvolveram as ações descritas durante o período de observação. Fonte: Autores (2023).

Assim, foi possível identificar que os fatores com maior destaque fizeram referência ao cumprimento de normas e rotinas determinadas junto a concepção de um cuidado desenvolvido de forma segura, visando a promoção de alívio dos prematuros frente situações desconfortáveis.

Contudo, a existência de divergências entre ações e posturas desenvolvidas pelos diferentes membros de uma mesma equipe; carência de comunicação entre a equipe multiprofissional, sobretudo a medicina; insatisfação pessoal e descontentamento em relação a gerência da unidade, os quais podem ser observados por meio de falas, como:

(... Já pedi movimentação.) L1

(... É muito pesado, começamos a sofrer antes mesmo de chegar para trabalhar... estamos sobrecarregados e ninguém se importa.) L2

(... Chegamos aqui com outra bagagem, e não nos ensinam. Não sabemos sobre uti neo. Somos deixados para nos virar.) L3

(... Em outras uti's neo é diferente, aqui que é assim ... ninguém comunica nada. Os médicos não nos avisam, só chegam fazendo.) L4

Ainda, segundo percepção da pesquisadora, houve outros aspectos como falta de recursos humanos e lotação de leitos; sobrecarga física e emocional dos profissionais de enfermagem; ausência de atividades para descanso e autocuidado; e cobrança de mínimos detalhes que não interferem diretamente na assistência, tais como qual lado da incubadora a cadeira dos acompanhantes deve permanecer, e momento específico para tala de couro na hora da pesagem dos recém-nascidos. A maioria destas condições, capazes de impactar de forma direta no relacionamento interpessoal, e conseqüentemente, na assistência do bebê e sua família.

Sabendo disso, com a finalidade de valorizar o clima organizacional e relembrar a importância da humanização nas práticas diárias, foi dado início a fase de integração, que contou com a elaboração de um espaço acolhedor para inserção dos elementos do *Processo Clinical Caritas Veritas*.

Nesta, foram realizadas mais de 30 sessões de meditação de 10 minutos cada, junto a rodas de conversa com duração aproximada de meia hora. Ademais, foram elaborados oito encontros com discussões de casos, os quais tinham em média 45 min. A pesquisadora selecionava no dia em questão qual a forma de procedência dos encontros, se haveria discussão de caso clínico ou seria apenas meditação com roda de conversa, levando em consideração a disponibilidade dos participantes de acordo com demandas internas do serviço.

O ambiente foi preparado pela moderadora, contando com a utilização de aromaterapia, cristaloterapia, frases motivacionais, disposição de cadeiras em círculo, e presença de guloseimas conforme preferência da equipe.

Todas as reuniões tiveram um primeiro momento de relaxamento, visando maior conforto, no qual as luzes eram apagadas e acontecia a meditação guiada junto a aplicação de terapias integrativas, como musicoterapia/frequências para alívio de *stress* e ansiedade. Foi possível verificar que os trabalhadores antes demonstrando agitação, por meio de pernas inquietas, testas franzidas, mãos estalando e falas aceleradas, mudavam para um estado de maior tranquilidade com respirações controladas, feições menos tensas, diálogo calmo e sorrisos.

Após, nos dias adequados com maior quantitativo de pessoas (escalas completas) e demandas reduzidas, dava-se seguimento com as discussões clínicas. A partir disso, começou a correlação dos elementos da Ciência do Cuidado Unitário com as práticas diárias de enfermagem pela equipe.

Com o propósito de associação dos componentes aplicados, gerou-se um Quadro 2 para melhor concepção de como incluir os elementos do *Processo Clínical Caritas Veritas* no dia a dia de uma equipe de enfermagem.

Quadro 2 - Fase de integração. Curitiba 2023.

Elementos do referencial teórico	Demonstração de aplicabilidade dos elementos com a equipe de enfermagem	Demonstração de aplicabilidade dos elementos nos casos clínicos discutidos
Abraçar (Amor-Bondade)	Falar calmamente; utilizar gestos de carinho como abraços.	Acolhimento dos pais todos os setores do hospital de forma empática pelo momento vivenciado; fornecimento de suporte em todos os níveis (físico e emocional).
Inspirar (Fé-Esperança)	Utilizar frases motivacionais; elogiar pontos positivos; valorizar seu serviço.	Fornecer apoio diante do momento vivenciado; utilizar frases motivacionais.
Confiar (Autotranspessoal)	Manter discussões neutras; aceitar os limites em que o outro está disposto atingir para participação dos encontros com base em suas crenças e religião.	Ausência de julgamentos devido a religião como grande influenciadora de inúmeros aspectos.
Nutrir (Relacionamento)	Promover acolhimento; ofertar suporte sempre que necessário como escuta; ouvir atentamente o que tem a dizer sem julgamentos.	Promover escuta sem pré-julgamentos; procurar saber história verdadeira e entender todos os lados; acolher os pais independente da forma de viver dos mesmos.
Perdoar (Todos)	Permitir expressão dos mais diversos sentimentos; não minimizar situações vivenciadas entre a equipe; buscar soluções em conjunto; manter imparcialidade.	Escutar sentimentos existentes e permitir a expressão dos mesmos (angústia, medo, ansiedade, preocupação).
Aprofundar (Auto Criativo)	Utilizar criatividade através de situações hipotéticas; realizar oficinas como fabricação de essências, pote da gratidão, e outras atividades para descontração.	Permitir formas diferentes para toda família estar junta.
Equilíbrio (Aprendizado)	Compartilhar conhecimentos através de exemplos reais e/ou situações vivenciadas de forma simples e objetiva.	Realizar orientações e reforçar a importância de reconhecer alterações de riscos e sinais clínicos; orientar os pais nos cuidados básicos dos filhos de forma simples com palavras objetivas.
Co-Criar (Campo Caritas)	Sala confortável, com garantia de privacidade, a ser utilizada como “refúgio”.	Promover ambiente agradável (tanto espaço físico quanto ausência de hostilidade entre a equipe).
Contribuir (Humanidade)	Relembrar a importância do autocuidado e atenção consigo mesmo; efetuar meditações; ofertar pausa com comidas, bebidas e tempo para utilização de sanitários.	Incentivar autocuidado essencial de necessidades básicas.
Ser aberto (Infinito)	Estar aberto e presente no momento; permitir a formação de um campo sagrado e único.	Compreender que tudo pode acontecer, dando abertura ao infinito, de forma a não pré-determinar condições.

Ao início, com intenção de gerar maior impacto e conscientização, foram abordadas situações recorrentes no ambiente de trabalho de forma hipotética, em que houvesse ausência total de humanização. Conforme maior reflexão e percepção da equipe de enfermagem eram trabalhadas situações pontuais nos casos discutidos, de modo sutil, com o propósito de verificar possível sensibilização.

No decorrer dos encontros, de acordo com compreensão da moderadora, houve reestruturação dos grupos visto que alguns participantes se sentiam mais confortáveis com pessoas específicas de seu vínculo social. Ainda, foi identificada dificuldade de interação entre as enfermeiras e equipe técnica de enfermagem devido a desacordos relacionados a atitudes tomadas durante situações recorrentes no ambiente de trabalho, segundo relato dos colaboradores.

Quanto a associação dos estudos de caso, surgiram narrativas de situações similares vivenciadas no serviço em questão. Entre elas, a dificuldade de acolhimento aos pais; perda de sensibilização devido a rotina exaustiva; ausência de comunicação entre equipes; e indignações quanto a determinadas condutas e conflitos presenciados com outros profissionais, conforme podem ser observados, nas falas.

(... Que acontecem de verdade ... 100%.) L5

(... Eu acho que, ao meu ver né, a rotina vai tirando essa sensibilização do profissional.) L6

(... Tem mães que querem colocar o neném em posição canguru, mas até quando não está entubado, é sempre complicado tirar da incubadora e colocar no colo do pai, porque vai ficar uma hora.) L7

(... Os enfermeiros precisavam conversar sobre continuidade do cuidado. A gente pode tentar mudar a fala de outros profissionais chamando eles para conversar e até fazer reclamação, porque eles ficam se desfazendo da enfermagem. Principalmente a enfermagem precisa falar a mesma língua.) L8

(... Há problemas entre nós. Escutamos direto essa frase.) L9

(... Uma colega minha não gostou que ela tinha tentado um procedimento e não conseguiu e eu fui tentar e deu certo, mas ela não gostou.) L10

Sobre as diferentes culturas e religiões, afirmaram que não são identificadas como dificultadoras do processo, compreendendo sua relevância como ferramenta de apoio para o momento enfrentado, porém, vistas com preconceito quando suas crenças impactam diretamente no quadro clínico dos pacientes.

(... Preconceito? Tem.) L11

(... Tem.) L12

(... Tem que respeitar né.) L13

(... Mas tem consequências né.) L14

(... A gente respeita, ela tá lúcida mas assim tem que por pode acontecer isso, pode acontecer aquilo.) L15

Além disso, foi exposta a presença de uma cobrança excessiva por parte dos demais colaboradores em relação as mães saberem realizar cuidados básicos de seus bebês para a alta, sem antes terem sido treinadas, e a forma como atuam com base em seus princípios e entendimentos.

(... As pessoas aqui dão umas pressionadas nas mães assim de um jeito que acho que não precisa falar assim.) L16

Ao longo das reuniões, a equipe apresentou maior percepção sobre problemas existentes e a relevância de um olhar holístico voltado aos pacientes e suas famílias. Compreenderam a necessidade de cada caso ser avaliado de forma individual,

com necessidades únicas, e como a assistência de enfermagem pode impactar de forma positiva ou negativa nas experiências vivenciadas.

(... E as pessoas também têm o hábito de fazer o julgamento sem saber o que passa na vida da pessoa ... tudo que ela passou até chegar aqui.) L17

(... Marcam mesmo. Coisas boas e coisas ruins que você faz. Esses dias estava lá na e uma mãe me encontrou e veio conversar comigo. De um bebê que agora tem dois anos e pouco e ela disse: 'você não lembra de mim, mas foi você quem cuidou do ... na utineo, quem colocou ele a primeira vez no canguru no meu colo e a última também.) L18

(... Quando os colaboradores são abordados, e possuem tempo para pensar e conversar, a maior chance de refletir e mudar suas atitudes.) L19

A partir da metade dos encontros houve maior vinculação entre moderadora e participantes. Os mesmos se sentiram à vontade para abordar inúmeros tópicos, sejam em relação área profissional e/ou pessoal.

Em determinado momento, outros membros da equipe multiprofissional demonstraram interesse de participação (fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia) nos momentos de relaxamento, e ao final de quatro meses, após atingir o objetivo proposto, os encontros foram encerrados.

Em sequência, a terceira e última fase, denominada de pós-inserção, foi desencadeada. Teve duração de oito dias, aproximadamente 2.880 minutos, e ocorreu logo em seguida a fase anterior, com encerramento devido a saturação de dados. Nesta, foi realizada uma nova observação não participante e, de acordo com o entendimento da pesquisadora, a constatação de que a maioria dos participantes refletiam sobre suas condutas concordando que poderiam melhorar não foi observada, pois, ao retornarem para suas funções mantinham o mesmo padrão observado na fase de pré-inserção. Com exceção de duas participantes, as quais apresentaram modificação de condutas logo após o encerramento da roda de conversa e retorno para o serviço.

Com essas, foi observado maior interação com pais; estímulo ao contato com os recém-nascidos; incentivo aos pais para a participação nos cuidados do filho; e fazendo-se presentes para conversas e esclarecimento de possíveis dúvidas.

Por fim, os participantes apresentaram grande interesse pelos momentos propiciados, com boa adesão as sessões de relaxamento e meditação, mesmo com as demandas e situações internas da unidade, além de agradecimento por alguém ter tido atenção com eles em momentos de sobrecarga física e emocional.

(... Gosto muito desses momentos com você.) L20

(... Me sinto tão relaxada e a vontade.) L21

(... Fiquei te esperando semana passada.) L22

(... Eba, hoje tem encontro né?.) L23

(... É tão bom ser cuidada, ter alguém pela gente, nos incentiva.) L24

(... Amamos esse momento, podia ter sempre.) L25

A frase mais escutada pela moderadora, dita inúmeras vezes pelos colaboradores:

(... Ai que bom, hoje vou meditar, estou precisando.)

5. Discussão

Cada vez mais prevalente, o esgotamento físico e mental entre os profissionais de enfermagem pode ser decorrente de inúmeros fatores. As jornadas duplas, altas demandas, falta de recursos, condições de trabalho e a não valorização da classe por parte dos gestores são considerados estímulos precursores de doenças, como a síndrome de burnout (Santos & Martins, 2022).

Consequente, torna-se primordial o aprofundamento e construção do autocuidado mediante estratégias de intervenção, planos de capacitação e maior envolvimento das instituições de saúde na melhoria da qualidade de vida dos profissionais a fim de auxiliá-los no enfrentamento de problemas e situações emocionalmente estressantes (Santos & Martins, 2022).

Quando o carinho e amor são incluídos e o indivíduo reconhece sua significância, indo além do profissional, com a construção de uma carreira mútua de crescimento e aprendizado a própria dignidade humana e humanidade são sustentadas, contribuindo com a evolução da consciência e avanço em direção a uma civilização mais solidária (Watson, 2008).

Para que se possa estender o cuidado ao outro, primeiramente, deve ser ofertado a si mesmo a compaixão, bondade, equanimidade e gentileza. A partir daí a entrada em um modelo de cuidado e cura embasado respeito e equilíbrio físico-mental-espiritual (Watson, 2018).

Buscando alcançar a humanização em setores de alta complexidade, se faz necessária a promoção de acolhimento a dinamicidade da organização destes, enquanto unidades através da gestão, e compreensão de trabalho dos profissionais e população atendida, os quais alimentam e realimentam as interações humanas e profissionais (Nascimento et al., 2021).

Ainda, reconhecer a presença de fragilidades que impactam diretamente no serviço desenvolvido pela equipe, como a fragmentação por categoria ocupacional, perspectiva individualista, rigidez nas rotinas, déficit e/ou ausência de comunicação, e falta de tempo para reuniões e discussões de casos clínicos (Noce et al., 2020). A elaboração de articulações coletivas/integradas entre os membros da equipe multiprofissional é considerada ferramenta primordial.

O conhecimento disciplinar de qualquer área é o que informa e amadurece a prática profissional. Partindo em busca de objetivos por meio da abordagem de expansão, diversidade e criatividade, diante fenômenos e experiências humanas de cuidado-cura-saúde/doença (Watson, 2018).

Quanto a comunicação, percebe-se que ruídos em seu processo afetam o cuidado, de forma a prejudicar a qualidade de assistência prestada, e colocam em risco a segurança do paciente. Elementos negativos podem ser identificados, sobretudo, durante a passagem de plantão, sendo eles: informações incompletas, focalização de intercorrências, pouca valorização dos dados sobre avaliação e plano de cuidados, chegadas atrasadas e/ou saídas antecipadas, tom de voz baixo, conversas paralelas, e uso de celular (Santos et al., 2019).

Em relação as famílias, segundo os pais, são notórias as falhas em relação ao cuidado centrado no núcleo familiar com a existência de barreiras diante comunicação, participação nos cuidados, e educação contínua visando a alta hospitalar (Silva et al., 2021).

Portanto, há indispensabilidade de maior sensibilidade da equipe em relação aos familiares, para que também se sintam cuidados, com o objetivo de gerar maior elo de confiança, vínculo e segurança. Devem ser proporcionados, além de informações sobre condições clínicas do bebê, momentos de educação em saúde através de orientações, capazes de suprir possíveis dúvidas e receios (Silva et al., 2021).

O guia para a *práxis* oferece como princípios o cultivo da consciência de cuidado pessoal e a intencionalidade. Reforça a honra de dons e diversas contribuições únicas como essenciais para o todo, além da utilização de compaixão, escuta sem julgamentos, conhecimento de momentos devidos para fala, cultivo do silêncio, prática do uso intencional de toque amoroso, e presença/atenção ao campo ambiental de consciência energética (Watson, 2018).

Na área da saúde, a religiosidade e espiritualidade devem estar em sintonia com o paciente para efetivar práticas humanizadas ao mesmo passo que atender suas necessidades. São consideradas tangentes, com diferentes interpretações pelos indivíduos e mesma finalidade de paliar a dor, equilibrar o psicológico, e promover a esperança (Silva et al., 2022).

Na UCIN, a religião configura-se como importante fator de enfrentamento, reconhecendo a fé em Deus, o otimismo e as interações pessoais como recursos de suporte às perplexidades dos fatos vivenciados. Os momentos de partilha e encorajamento mútuos caracterizam grande valor existencial (Silva et al., 2021).

O ponto de partida para a Ciência do Cuidado Unitário baseia-se na crença e sabedoria da humanidade universal, em que todas as experiências e jornada de vida e morte são compartilhadas. Todos os seres e matérias compartilham vibrações e possuem união no tempo e espaço, pertencendo ao grande mistério da vida de fonte infinita (Watson, 2018).

6. Considerações Finais

A partir do estudo entende-se que o processo de inserção dos elementos do Processo Clinical Caritas Veritas pode ser desenvolvido gradualmente, sensibilizando os profissionais de maneira espontânea. Entretanto, há necessidade de intervenções contínuas visto a presença de padrões culturais e rotinas institucionais pré-determinadas.

As ações devem ser realizadas de forma livre, respeitando o tempo de cada indivíduo, pois no decorrer das atividades a própria equipe, entre troca de experiências e compartilhamento de informações, acaba se auto incentivando.

Fortalece-se ainda a importância de um ambiente privado que possa ser utilizado como refúgio, regularmente, pelos colaboradores de modo a impactar em sua satisfação pessoal/profissional e relacionamentos interpessoais, com repercussão direta no modo de cuidar e perceber o outro.

Como sugestão para futuras pesquisas inclui-se a aplicação prática do Processo Clinical Caritas Veritas no ambiente de trabalho, voltada para tanto para a equipe de Enfermagem, como para os clientes por ela atendidos.

Referências

Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2011). *Resolução nº 441*.

Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466*.

Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2017). *Resolução CNS n. 553*.

Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Humaniza SUS Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2011). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Duarte, S. C. M., Azevedo, S. S., Muinck, G. C., Costa, T. F., Cardoso, M. M. V. N., & Moraes, J. R. M. M. (2020). Best Safety Practices in nursing care in Neonatal Intensive Therapy. *Rev. Bras. Enferm.*, 73 (2).

Gil, A. C. (2022). *Como fazer pesquisa qualitativa*.

Martins, F. H. M., Mocelim, R. C., & Drews, M. P. (2020). A atuação do enfermeiro frente a família do recém-nascido na UTIN. *Revista Journal of Health* 24ª Ed.

Noce, L. G. A., Oliveira, T. S., Melo, L. C., Silva, K. F. B., Parreira, B. D. M., & Goulart, B. F. (2020). Interprofessional relationships of a patient assistance team in critical care. *Rev Bras Enferm.*, 73 (4).

Rosenente, M., Vizoto, A. D. P., Favero, L., Tonin, L., & Kochla, K. R. A. (2020). Cuidado transpessoal como facilitador na adaptação parental de prematuros hospitalizados. *Research, Society and Development*, 9 (12).

Santos, G. R. S., Barros, F. M., Broca, P. V., & Silva, R. C. (2019). Ruídos na comunicação durante o handover da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm [Internet]*.

Santos, A. F., & Martins, W. (2022). Saúde Mental dos profissionais de enfermagem diante da sobrecarga de trabalho: uma revisão integrativa de literatura. *E-Acadêmica*, 3 (2).

Silva, B. S. S, Lima, J. R. M, Almeida, J. S, Cutrim, D. S. P, & Sardinha, A. H. L. (2020). Evaluation of the quality of life of oncological patients in palliative care. *Rev Bras Cancerol*, 66 (3).

Silva, E. M, Cavalcante, L. S, Lúcio, I. M. L, Rodrigues, I. A, & Freitas, A. S. F. (2021). The family's perception of nursing care in a Neonatal Intensive Care Unit. *Research, Society and Development*, 10 (1).

Silva, J. F. S. R, Siewert, J.S, Santana, L. W. P, Teixeira, L. R. O. D, Ferreira, T. N, Teles, M. A. B, Diniz, H. J. C, Rocha, R. M. B, Melo, C. M. A, Schramm, J. C. R. S, Coutinho, F. C. F, Scremin, M, Amaral, B. P, Muniz, F. J, Souza, D. D. M, Alves, L. S, & Monteiro, S. C. (2022). A espiritualidade e a religiosidade na percepção dos profissionais atuantes em um centro de terapia intensiva neonatal e pediátrica. *Estudos interdisciplinares em ciências da saúde*, 10.

Silva, R. S. S, Santos, J. V. O, & Araujo, L. F. (2021). O sentido da vida de mães com filhos na UTI neonatal. *Rev. NUFEN*, 13 (1), 222-241.

Tonin, L, Nascimento, J. D, Lacerda, M. R, Favero, L, Gomes, I. M, & Denipote, A. G. M. (2017). Guia para a realização dos elementos do Processo Clinical Caritas. *Esc Anna Nery*, 21 (4).

Watson, J. (2021). *Caring science as sacred science*.

Watson, J. (1985). *Human caring and human science: a theory of nursing*. Norwalk, ct: appleton-century-crofts.

Watson, J. (1979). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston: university press of Colorado.

Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. (revised ed.), University press of Colorado.

Watson, J. (2018). *Nursing: unitary caring science: philosophy and praxis of nursing*. University press of Colorado.

Yin, R. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*.