

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**HELENA BECKER ISSI**

**O MUNDO VIVIDO DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: trajetória de cuidado**

**Porto Alegre  
2015**

**HELENA BECKER ISSI**

**O MUNDO VIVIDO DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: trajetória de cuidado**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para Obtenção de Título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem em Saúde

Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Corso da Motta.

**Porto Alegre**

**2015**

## CIP - Catalogação na Publicação

Issi, Helena Becker

O mundo vivido da enfermagem pediátrica:  
trajetória de cuidado / Helena Becker Issi. -- 2015.  
390 f.

Orientadora: Maria da Graça Corso da Motta.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Criança  
hospitalizada. 3. Família. 4. Cuidados de enfermagem.  
5. Hermenêutica. I. Motta, Maria da Graça Corso da,  
orient. II. Título.

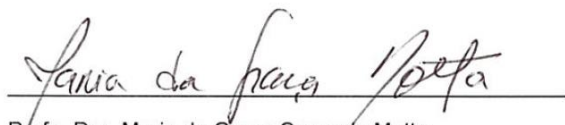
**HELENA BECKER ISSI**

**O Mundo Vivido da Enfermagem Pediátrica: Trajetória de Cuidado**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

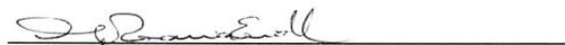
Aprovada em Porto Alegre, 27 de outubro de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**



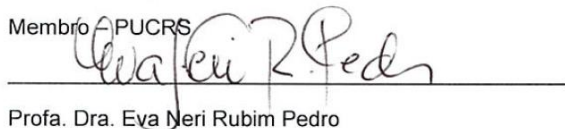
Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Olga Rosaria Eidt

Membro – PUCRS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ivone Evangelista Cabral

Membro – UFRJ



Profa. Dra. Nair Regina Ritter Ribeiro

Membro – EENF/UFRGS

## DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

*Dedico esta tese ao Cuidado que se faz presença nestes Seres especiais que trilham comigo esta jornada existencial, aos quais igualmente agradeço por esta realização:*

*À minha querida mãe (in memoriam), ao revisitar meu "ser-aí" no mundo, encontro tua presença amiga, doce inspiração, a iluminar os bons tempos de escrita enquanto ainda projeto de "vir-a-ser" desta Tese, a teu lado partilhada. Agora concluída, que ela possa representar meu amor a ti, nos laços invisíveis do afeto que nos acompanhará pela eternidade.*

*A meus filhos, Luigi e Gabriela, e a mais recente bênção em minha vida meu neto Vincenzo, por representarem o amor que se faz presença no meu mundo e que continuamente renovam o estímulo para que eu me constitua um Ser melhor, para partilhar o encantamento e o carinho por estes Seres tão especiais. Estar ao lado de quem me constitui pessoa, possibilita um viver com sentido, me fortalece e me revigora a cada dia.*

*As enfermeiras, assistenciais e enfermeira docente, participantes deste estudo a quem devo a contribuição inestimável pelo sentido visível na produção e no desvelar de seus discursos, e invisível nos laços de afeto que nos une. Esta Tese pertence a estes Seres dotados de sensibilidade que fizeram e fazem acontecer o cuidado no mundo do Sistema de Permanência Conjunta, com suas falas representando a Enfermagem Pediátrica e a Pediatria do HCPA.*

*Ao Serviço de Enfermagem Pediátrica, mundo singular do cuidado à criança e à família, por abrigar a nobre missão de zelar e dedicar-se a estes Seres em sua trajetória como ser-no-mundo, auxiliando a transmutar suas dores em melhores modos de viver, sem esmorecer. Na compreensão de seu dever mantém inquebrantável a filosofia da manutenção dos vínculos afetivos entre pais e filhos, na temporalidade.*

*À Escola de Enfermagem, que acolhe e impulsiona meu ser-no-mundo do ensino e do cuidado, e que possibilita o encontro pulsante com o desejo de crescer e amadurecer como pessoa e como docente. Na trajetória de construção e reconstrução existencial dos Seres de cuidado favorece melhor compreender o cuidar e o ensinar, transformando o saber teórico em reais experiências de aprendizagem.*

*À Disciplina de Cuidado à Criança que vem na temporalidade da construção do saber e do fazer da Enfermagem Pediátrica imprimindo sua marca em defesa ao fio condutor de um cuidado que une a criança e a família, iluminando a trajetória do saber e do fazer e contagiando futuros enfermeiros ao cuidado do mundo da criança.*

*Agradeço à minha orientadora, Professora Maria da Graça Motta, pelo acolhimento e estímulo constante nos caminhos partilhados ao longo dessa jornada existencial. Teu olhar e teu sorriso ao me receber no mundo do hospital e da Pediatria do HCPA, quando lá fui admitida, conferiram a certeza de que este mundo viria a constituir-se em minha "morada de aprender e ensinar". Nesta Tese procuramos dar voz e vida ao saber e fazer que flui nesse contexto que auxiliamos a construir e que sem tua sabedoria não resultaria na Tese que ora se concretiza. Esta Tese também a ti pertence. Minha gratidão.*

*À minha orientadora Professora Dulce Maria Nunes por ser sempre uma presença constante na minha busca pela compreensão do viver da criança e da família. A ti dedico este estudo porque em realidade ele só se torna uma presença no mundo, porque lá no início de minha carreira profissional pude ouvir a voz de tua sabedoria, estimulando meu crescimento profissional. És mentora de meu "ser-aí" de enfermeira pediatra.*

*À minha querida colega Manuela Caroline da Silva, pela abnegada colaboração nos momentos mais decisivos, tanto no projeto quanto na tese, favorecendo com sua dedicação e sabedoria que ela pudesse se tornar uma realidade, numa construção em parceria. Minha gratidão pelo cuidado recebido, pelo encontro amoroso que se revelou em amizade que há de para sempre perdurar, no partilhar de nossas existências.*

*Às professoras que aceitaram me acompanhar no processo decisivo de qualificação e na Banca de avaliação da Tese para que o produto final deste estudo realmente possa retratar a magnitude do que representa para a Enfermagem Pediátrica, nos diversos espaços que constitui o Cuidado no mundo da criança e da família, na perspectiva do Ensino e do Hospital-Escola, meu reconhecimento.*

*Aos colegas docentes do Grupo de Enfermagem do hospital-escola, cenário desta Tese, aos docentes da Escola de Enfermagem da Disciplina de Cuidado à Criança, aos docentes do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, aos docentes da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, e aos acadêmicos que são parte de meu estímulo constante de viver, meu agradecimento pelo apoio recebido em todos os momentos, conferindo a certeza dos laços humanos que nos unem nessa caminhada na docência e no Cuidado.*

*À Lou Zanetti, pela revisão de português e tradução dos resumos, com seu olhar qualificou o texto e com sua sensibilidade e estímulo contínuo assegurou-me o reconhecimento da bondade que emana entre os Seres nesta jornada existencial.*

*Às acadêmicas que me auxiliaram na transcrição das entrevistas, agradeço o apoio e carinho recebido.*

*Às colegas do CEVDA pela partilha dos momentos de encontro ao longo dessa caminhada, certamente nos constitui e nos fortalece no aprendizado constante.*

*Aos meus familiares, minha grande família Becker e Issi, minha prima irmã, e aos amigos que vibram com minhas conquistas e que compreenderam minha ausência durante esse processo, minha gratidão.*

## RESUMO

ISSI, Helena Becker. **O mundo vivido da enfermagem pediátrica: trajetória de cuidado.** 2015. 390 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

A concepção existencial de cuidado revela uma dimensão temporal peculiar e imanente à condição humana. Nesta pesquisa, utilizou-se o enfoque existencial de Martin Heidegger, e de outros filósofos existencialistas, para a compreensão do acontecer da Enfermagem Pediátrica, no devir da trajetória de cuidado. Estudo qualitativo de natureza fenomenológico-hermenêutica, com o objetivo de desvelar e compreender, na perspectiva da temporalidade, o fenômeno cuidado à criança, adolescente e família no mundo da Enfermagem Pediátrica de um hospital-escola, e conhecer as percepções das enfermeiras sobre o modo de cuidar no mundo da hospitalização. Estudo realizado no Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil. Participaram nove enfermeiras assistenciais e uma docente. A coleta das informações ocorreu mediante entrevista fenomenológica, adotando-se a hermenêutica de Ricoeur e Heidegger para interpretação das informações. Emergiram como dimensões: Sistema de Permanência Conjunta: sendo no tempo; Transformação das Unidades Pediátricas em Serviço; O Ser e Tempo da Enfermeira Pediatra; As múltiplas faces do cuidado; As dimensões do cuidado em Enfermagem Pediátrica: na perspectiva da criança e família; Enfermagem Pediátrica no Presente: programas na perspectiva do cuidado; e Projetos de Futuro. O mundo vivido da Enfermagem Pediátrica, no devir do tempo e na temporalização de seu acontecer, revela-se como “ser-aí” lançado no mundo do hospital. A Enfermagem Pediátrica é concebida tendo como modelo de cuidado o Sistema de Permanência Conjunta - cuidado à criança e à família, fundamentado para além da visão biologicista da saúde. A presença da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no modelo de Integração Docência/Assistência no hospital-escola foi decisiva tanto neste momento quanto à época da criação do Serviço de Enfermagem Pediátrica, integrando as quatro unidades pediátricas: Internação Pediátrica alas Norte e Sul, Oncologia Pediátrica e Terapia Intensiva Pediátrica, constituindo-se em Serviço específico. O destaque passa a ser a configuração de uma área do saber e da prática em que o protagonista é a criança. Na cotidianidade de seu modo-de-ser-no-mundo, a enfermeira, no processo de escuta do modo de ser da criança como ser-no-mundo, interpreta suas necessidades, e do movimento impulsionado pela preocupação emerge o cuidar da família da criança. A experiência existencial de cuidar em Enfermagem Pediátrica revela que o sentido do cuidado à criança e à família tem seu fio condutor na concepção criadora do Sistema de Permanência Conjunta. A compreensão da importância do aqui e do agora singulariza o cuidado solícito, a presença que liberta, a intersubjetividade que redireciona o Ser cuidador para si mesmo e para o outro. A contribuição deste estudo reside na compreensão do movimento de transcendência que permite desvelar a temporalidade da Enfermagem Pediátrica em sua trajetória de cuidado. A filosofia do Sistema de Permanência Conjunta mantém-se como o fio condutor e ampliam-se os modelos de cuidado que podem ser difundidos e replicados em outros contextos do cuidado à saúde da criança, adolescente e família na perspectiva do cuidado, ensino e pesquisa.

**Palavras-chave:** Enfermagem pediátrica. Criança hospitalizada. Família. Cuidados de Enfermagem. Hermenêutica.

## ABSTRACT<sup>1</sup>

ISSI, Helena Becker. **The world experienced by the pediatric nursing: care trajectories.** 2015. 390 f. Thesis (PhD in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

The existential concept of care discloses a time dimension which is peculiar and immanent to the human condition. This research utilized the existential focus of Martin Heidegger and other existentialist philosophers in order to understand what happens within the Pediatric Nursing in comings of the care trajectory. It is a qualitative study of phenomenological and hermeneutic approach aimed at unveiling and understanding, in the temporality perspective, the phenomenon of child, adolescent and family care in the world of the Pediatric Nursing of a school hospital as well as learning the nurses' perceptions about the way of care taking in the hospital admission world. It is a study carried out in the Pediatric Nursing Service of *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, RS, Brazil, with the participation of nine assistant nurses and one teacher. The information was collected by means of phenomenological interview and interpreted by adopting the hermeneutics of Ricoeur and Heidegger. The following dimensions have emerged: Pediatrics Joint Permanence System: in the time; Transformation of Units in Service Pediatrics; The Being and the Time of the Pediatric Nurse; The multiple faces of care; The dimensions of care in Pediatric Nursing: in the perspective of the child and family; Pediatric Nursing in the Present: programs in the care perspective; and, Future Projects. The world experienced by the Pediatric Nursing, in the time to come and in its happening temporality, discloses itself as "being there" launched in the hospital world. The Pediatric Nursing is conceived having as care model the Joint Permanence System – care to the child and to the family, founded beyond the biologic vision of health. The presence of the Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul in the model of Teaching/Assistance Integration in the school hospital was decisive both in this moment as in the time upon the creation of the Pediatric Nursing Service that integrated the four pediatric units: Pediatric Admission at North and South wings, Pediatric Oncology and Pediatric Intensive Therapy that constituted a specific Service. It is outstanding the configuration of an area of knowledge and practice where the child is the protagonist. In the daily activity of his/her way-of-being-in-the-world, the nurse upon the process of listening the child's way of being as a being-in-the-world, interprets his/her needs and from the movement pushed by the concern emerges the care of the child's family. The existential experience of taking care in Pediatric Nurse discloses that the sense of care to the child and family has its leading theme in the creating concept of the Joint Permanence System. Understanding the importance of the here and now factors singles out the helpful care, the presence that frees, the inter-subjectivity that re-guides the caring Being towards himself/herself and towards the other being. The contribution of this study lies in understanding the transcendence movement that allows unveiling the temporality of the Pediatric Nursing upon its care trajectory. The philosophy of Joint Permanence System keeps itself as the leading theme while the care models are enlarged and may be widespread and replicated in other contexts of care addressed to the health of the child, adolescent and family in the perspective of care, teaching and research.

**Keywords:** Pediatric nursing. Child, hospitalized. Family. Nursing care. Hermeneutics.

---

<sup>1</sup> Tradução realizada pela Revisora de Português Lou Zanetti.



## RESUMEN<sup>2</sup>

ISSI, Helena Becker. **El mundo vivido de la enfermería pediátrica:** la trayectoria del cuidado. 2015. 390 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

La concepción existencial del cuidado revela una dimensión temporal peculiar e inmanente a la condición humana. En esta investigación, se utilizó el enfoque existencial de Martin Heidegger, y de otros filósofos existencialistas, para la comprensión del suceder de la Enfermería Pediátrica, en el devenir de la trayectoria del cuidado. Estudio cualitativo de naturaleza fenomenológica y hermenéutica con el objetivo de desvelar y comprender, en la perspectiva de la temporalidad, el fenómeno cuidado al niño, al adolescente y a la familia en el mundo de la Enfermería Pediátrica de un hospital-escuela, y conocer a las percepciones de las enfermeras acerca del modo de cuidar en el mundo de la hospitalización. Se trata de un estudio realizado en el Servicio de Enfermería Pediátrica del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil con la participación de nueve enfermeras asistentes y una docente. La recolección de las informaciones ocurrió por medio de entrevista fenomenológica, adoptándose la hermenéutica de Ricoeur y Heidegger para interpretación de las informaciones. Emergieron como dimensiones: Sistema de Permanencia Conjunta en Pediatría: siendo en el tiempo; Transformación de Unidades Pediátricas en Servicio; El Ser y Tiempo de la Enfermera Pediátrica; Las múltiples facetas del cuidado; Las dimensiones del cuidado en Enfermería Pediátrica: en la perspectiva del niño y de la familia; Enfermería Pediátrica en el Presente: programas en la perspectiva del cuidado; y Proyectos de Futuro. El mundo vivido de la Enfermería Pediátrica, en el devenir del tiempo y en la temporalización de su suceder, se revela como “ser-ahí” lanzado en el mundo del hospital. La Enfermería Pediátrica es concebida teniendo como modelo de cuidado el Sistema de Permanencia Conjunta - cuidado al niño y a la familia, fundamentada para allá de la visión biologicista de la salud. La presencia de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul, en el modelo de Integración Docencia/Asistencia en el hospital-escuela fue decisiva tanto en este momento cuanto en la época de la creación del Servicio de Enfermería Pediátrica, integrando las cuatro unidades pediátricas: Internación Pediátrica alas Norte y Sur, Oncología Pediátrica y Terapia Intensiva Pediátrica, constituyéndose en Servicio específico. El destaque pasa a ser la configuración de un área del saber y de la práctica en que el protagonista es el niño. En el cotidiano de su modo-de-ser-en-el-mundo, la enfermera, en el proceso de escucha del modo de ser del niño como ser-en-el-mundo, interpreta sus necesidades, y del movimiento impulsado por la preocupación emerge el cuidar de la familia del niño. La experiencia existencial del cuidar en Enfermería Pediátrica revela que el sentido del cuidado al niño y a la familia tiene su hilo conductor en la concepción creadora del Sistema de Permanencia Conjunta. La comprensión de la importancia del aquí y del ahora singulariza el cuidado solícito, la presencia que liberta, la intersubjetividad que re-direcciona el Ser cuidador para sí mismo y para el otro. La contribución de este estudio reside en la comprensión del movimiento de transcendencia que permite desvelar la temporalidad de la Enfermería Pediátrica en su trayectoria de cuidado. La filosofía del Sistema de Permanencia Conjunta se mantiene como el hilo conductor y se amplían los modelos de cuidado que pueden ser difundidos y replicados en otros contextos del cuidado a la salud del niño, del adolescente y de la familia en la perspectiva del cuidado, enseñanza e investigación.

**Palabras-clave:** Enfermería pediátrica. Niño hospitalizado. Familia. Atención de enfermería. Hermenéutica.

---

<sup>2</sup> Tradução realizada pela Revisora de Português Lou Zanetti.

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: caminhos em direção ao tema.....</b>	<b>12</b>
<b>2 EPISTEMOLOGIA COMPREENSIVA: ensaios de um encontro com o referencial metodológico.....</b>	<b>33</b>
<b>3 COMPREENSÃO DA HERMENÊUTICA: um caminho para buscar o sentido.....</b>	<b>39</b>
<b>4 REVISITANDO SABERES: fenômeno do cuidado.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 Um olhar sobre o cuidar.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2 O cuidar a criança e a família no mundo do hospital.....</b>	<b>54</b>
<b>5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: fio condutor para o desvelar do fenômeno.....</b>	<b>63</b>
<b>63 Tipo de estudo .....</b>	<b>63</b>
<b>5.2 Contexto .....</b>	<b>65</b>
<b>5.3 Participantes .....</b>	<b>68</b>
<b>5.4 Caracterização das Participantes.....</b>	<b>70</b>
<b>5.5 Coleta de informações .....</b>	<b>70</b>
<b>5.6 Interpretação das informações.....</b>	<b>72</b>
<b>5.7 Considerações éticas.....</b>	<b>76</b>
<b>6 DESVELANDO A TEMPORALIDADE DO CUIDADO DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA.....</b>	<b>78</b>
<b>6.1 Sistema de Permanência Conjunta: sendo no tempo.....</b>	<b>79</b>
6.1.1 Processo de Criação.....	80
6.1.1.1 Presença dos pais com a criança: proposta de cuidado.....	89
6.1.1.2 Sistema de Permanência Conjunta e Ensino.....	101
6.1.1.3 Enfermagem Pediátrica: concepções de cuidado.....	108
6.1.2 Evolução do Sistema de Permanência Conjunta.....	112
<b>6.2 Transformação das Unidades Pediátricas em Serviço .....</b>	<b>134</b>
<b>6.3 O Ser e Tempo da Enfermeira Pediatra.....</b>	<b>148</b>
<b>6.4 As múltiplas faces do Cuidado.....</b>	<b>173</b>
6.4.1 Cuidado em Enfermagem Pediátrica.....	173
6.4.2 Cuidado Autêntico.....	176
6.4.3 Cuidado Espiritual.....	192
<b>6.5 As dimensões do cuidado em Enfermagem Pediátrica: na perspectiva da criança e família.....</b>	<b>198</b>

6.5.1	Ser criança: tempo e cuidado.....	199
6.5.2	Ser família: no mundo do cuidado .....	213
<b>6.6</b>	<b>Enfermagem Pediátrica no Presente: programas na perspectiva do cuidado.....</b>	<b>249</b>
6.6.1	Programa de Apoio à Família (PAF).....	254
6.6.2	Programa de Cuidados Paliativos.....	271
6.6.3	Programa de Cuidado com cateteres e PICC.....	284
6.6.4	Programa de Cuidado com a Pele da criança.....	288
6.6.5	Enfermagem Pediátrica e Sistematização da Assistência em Enfermagem.....	290
6.6.6	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde: participação da Enfermagem Pediátrica.....	302
<b>6.7</b>	<b>Projetos de Futuro.....</b>	<b>305</b>
<b>7</b>	<b>REFLEXÕES.....</b>	<b>357</b>
<b>8</b>	<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>369</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>374</b>
	<b>APÊNDICE A - Roteiro da entrevista para a enfermeira docente.....</b>	<b>383</b>
	<b>APÊNDICE B - Roteiro da entrevista para as enfermeiras.....</b>	<b>384</b>
	<b>APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>385</b>
	<b>ANEXO - Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>387</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: caminhos em direção ao tema

O nascer de uma tese, na minha concepção, encontra seu solo fértil no interior do pesquisador, Ser que se projeta em direção a uma necessidade de descoberta profundamente ligada a crenças e valores construídos ao longo de uma jornada pessoal e profissional. Mas, também, alcança profundezas maiores quando esse Ser percebe que, nessa busca, residem questões programáticas mais amplas, certamente, ao serem estudadas, poderão transformar-se em revelações em benefício não apenas do pesquisador, mas de uma gama muito maior de pessoas, quiçá de instituições.

Os caminhos vão sendo delineados e o Ser pesquisador flui na caminhada profunda da descoberta, a descoberta de como descrever o tema que emerge dessa busca e como desvelá-lo, da forma mais abrangente e compreensível possível. A seguir, apresento a trajetória rumo ao tema desta tese, o encontro e a escolha do processo para conhecê-lo e compreendê-lo.

O encontro com a temática deste estudo faz parte de uma trajetória, na temporalidade de minha existência. Movida pelo cuidado desde a mais tenra idade, sem ao menos saber que tal essência já instruíra meu viver, fui penetrando nesse mundo. O espaço circundante, repleto de signos e de simbologias, foi tomando forma e mostrando o valor da presença e da solicitude às pessoas significativas em meu viver — minha família. Vivenciei, nesse espaço, inúmeras crises existenciais provocadas pela dor física e sofrimento psicológico daqueles que me constituíram pessoa e marcaram decisivamente minha forma de ser-no-mundo<sup>3</sup>.

Ao trilhar a graduação em Enfermagem, o encontro com o Ser criança/adolescente<sup>4</sup> reafirmou minhas convicções acerca do cuidado, suas configurações filosófico-existenciais genuínas, a linguagem especial, particular e instigante, pois trazia à tona a delicadeza de movimentos de um fazer sensível articulado à profundidade e à complexidade de um conhecimento capaz de atender as especificidades de uma semiologia e semiotécnica para o cuidado diferenciado desse Ser tão peculiar.

---

<sup>3</sup>Terminologia aqui utilizada segundo a concepção de Heidegger (2012, p. 61) como “pura expressão-de-ser [...] se entende a si mesmo, a partir de sua existência, a saber, a partir de sua possibilidade de ser si mesmo ou de não ser si mesmo. O entendimento que conduz *então* a si mesmo, nós o denominamos entendimento *existencial*”. O ser se entende, em geral, a partir do “mundo”. Na interpretação filosófica de Waldow (2008), na perspectiva heideggeriana, ser-no-mundo é fundamentalmente “zelar, cuidar, existir ao lado das coisas e dos seres, ter interesse, ser-com-os-outros que encontramos no mundo” (p. 44).

<sup>4</sup>Para evitar redundâncias prejudiciais à fluência de leitura do texto, informa-se que, neste estudo, sempre que aparecer o termo criança leia-se, incluso, o termo adolescente.

Os desafios somavam-se na graduação: de um lado, a sensibilidade que aflorava cada vez mais forte – deparava-me em lágrimas a cada jornada de estágio na disciplina de Enfermagem Pediátrica, ao visualizar o choro e a tristeza, peculiar à fragilidade do Ser criança diante da vicissitude da enfermidade e da hospitalização; o abandono e a dor que representavam aquelas enfermarias “frias”, onde as crianças se encontravam desacompanhadas, imersas na solidão de uma vivência que clamava por presença e afeto; por outro lado, o encontro com minha essência resiliente, paradoxalmente capaz de me impulsionar para um processo de não esmorecer, mas enfrentar. Essa foi, provavelmente, a minha descoberta vital, e devo às crianças com quem convivia a possibilidade de sofrer, amadurecer, transmutar e vencer.

Naquele período, percebi que proporcionar a presença da família na hospitalização infantil, acompanhada de uma orientação fundamentada na necessidade de compreensão dos momentos existenciais vividos, era e foi a mola propulsora para a escolha da Enfermagem Pediátrica para minha jornada profissional. Anos mais tarde, o convite para fazer parte da equipe assistencial da Pediatria de um hospital-escola que, muito antes da promulgação de um estatuto de defesa aos direitos da criança hospitalizada, já tinha como marco filosófico a inserção da família, marcou, de modo decisivo, essa trajetória. Após essa inserção no campo da prática passei a estudar e construir meus referenciais de cuidado à criança e à família.

Ingressei na docência da graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) e procurei consolidar as até então aspirações e transformá-las em processo de ensino e aprendizagem, em que todos são aprendizes e educadores. A inserção no ensino descortinava um mundo encantador pela intersubjetividade que marcava os encontros dialógicos com os discentes e a integração com o mundo das unidades pediátricas em que havia experienciado o processo criativo do cuidado à criança e à família, visto que a prática acadêmica transcorria na Pediatria do hospital-escola. Ingressar na docência da Enfermagem Pediátrica neste contexto familiar propiciava o encontro com a arte de ensinar e aprender a cuidar onde reconhecer o aluno em seu modo de ser-no-mundo permitia dele também cuidar. A sensibilidade e o entusiasmo do aluno ao sentir-se cuidado impulsionava integrar ao vivido novas experiências de aprendizagem.

Constituíam-se uma vivência em um universo peculiar que englobava o aluno, a criança, a família e a equipe cuidadora, ampliava-se o cenário do cuidado. Tal universo representava visualizar, nos espaços e momentos de encontro do acadêmico com a criança e a família em interação com meu Ser – cuidado, possibilidades de contagiar o acadêmico para crescer como

pessoa na interação afetiva com a criança. Nesse processo de abertura para o mundo da criança, numa leitura das manifestações peculiares do Ser criança como ser-no-mundo vivenciando a hospitalização e as mudanças existenciais dela decorrentes, é possível favorecer ao acadêmico a compreensão da essência do Ser criança.

Assim, passo a descrever minhas crenças e reflexões, alinhavadas nas tramas do convívio com a criança, a família, a equipe de enfermagem, os acadêmicos e os colegas docentes e outros pesquisadores com quem procurei costurar os ensaios desta tessitura.

O cuidado em Enfermagem Pediátrica perpassa todas as dimensões do viver da criança, da família e da própria equipe de enfermagem, enquanto atores no mundo existencial do hospital, ambiente simbólico que se constitui em exercício das interações humanas para a construção de um projeto terapêutico compartilhado, na fusão de vários saberes e fazeres. Lançar um olhar reflexivo sobre essa construção revela a necessidade de focalizar a doença para além do cunho essencialmente biológico e de considerá-la uma dimensão existencial da pessoa. Além disso, reafirma a compreensão do ser criança e da família como unidade de cuidado em contínuo processo de desenvolvimento, vivenciando situações de vulnerabilidade<sup>5</sup>física, emocional, social e espiritual ao processo de adoecimento; e visualiza na intersecção desses três mundos — o da criança, o da família e o da Enfermagem Pediátrica —, um universo de possibilidades do cuidar, em que todos são, ao mesmo tempo, cuidadores e seres de cuidado.

A Enfermagem Pediátrica lida com a indissociabilidade existencial expressa na comunhão de dois mundos – criança e família - na presença de cada um dos entes que compõem a unidade familiar em suas múltiplas configurações, e em qualquer contexto em que ocorra o processo interacional com os profissionais de enfermagem - representando uma dinamicidade singular em contínua autocompreensão<sup>6</sup>. A criança, sob esse prisma, é visualizada em seu processo de vir-a-ser marcado por etapas evolutivas do ponto de vista do desenvolvimento humano, em que se configura a maturação biológica, afetiva, social e espiritual; e a família, em sua trajetória de constituir-se ancoradouro e suporte ao projeto existencial da criança, ao mesmo tempo precisa galgar etapas de desenvolvimento próprias na

---

<sup>5</sup> Compreendida aqui na perspectiva filosófica de Torralba (2009) como uma experiência intimamente arraigada na humanidade, com significado de fragilidade, precariedade. O ser humano é um ser radicalmente vulnerável, ou seja, desde sua raiz mais íntima. Está exposto a múltiplos perigos: o de enfermar, o de ser agredido, o perigo de fracassar, ou de morrer. Viver humanamente significa, então, viver em vulnerabilidade. A pessoa doente vive, especialmente, o caráter vulnerável da condição humana. A doença é uma expressão da vulnerabilidade, talvez uma de suas manifestações mais extremas.

<sup>6</sup> Adota-se, aqui, no sentido da “aprendizagem estética” de Waldow (2005, p. 15) ao dizer que “as experiências são vividas no contexto de nossa própria autocompreensão dentro daquilo que nós constituímos como nosso mundo”.

construção de seu papel enquanto provedora de seu núcleo de cuidado. Nem sempre esse caminho é harmônico e organizado; pode sofrer rupturas e necessidade de reestruturação.

Situando o cenário deste estudo, uma pesquisa retrospectiva e documental, realizada com o objetivo de analisar e discutir as tendências da produção do conhecimento na área da Enfermagem Pediátrica, revela que a concepção da inclusão da família no cuidado é desencadeada de modo mais pontual no final da década de 1970. À época houve esforços isolados no sentido de garantir a permanência da mãe/cuidador familiar junto à criança hospitalizada e, no Brasil, corroborando a literatura, um dos pioneiros foi o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (PAULA; NEVES; PADOIN, 2012).

Nessa perspectiva, um resgate histórico do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada e sua família no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) remete à constatação de um fio condutor que acompanha a criação da Pediatria, desde 1979, e que se constitui no Sistema de Permanência Conjunta / Pais – Filhos (SPC), então concebido.

Historiando acerca da trajetória da Pediatria do HCPA, cenário onde a Enfermagem Pediátrica exerce o seu fazer, uma característica marca sua distinção entre as demais realidades pediátricas da cidade de Porto Alegre. A equipe multidisciplinar escolheu, à época da criação, o Sistema de Permanência Conjunta Pais e Filhos (SPC) como forma de cuidado em respeito às necessidades afetivas da criança, considerando as etapas de crescimento e desenvolvimento, por entender que esta seria a maneira de prestar atendimento integral à criança hospitalizada. Nessa perspectiva, o cuidado à criança no mundo do hospital passaria a ter como filosofia de atendimento a promoção e a manutenção das inter-relações afetivas entre pais e filhos, propiciando o acompanhamento da criança pelos pais ou responsáveis (NUNES, 1986).

Essa criação idealizada e efetivada, nesses moldes, pela Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dulce Maria Nunes<sup>7</sup> e uma equipe multidisciplinar, foi apoiada por intensa trajetória percorrida enquanto enfermeira pediatra e integrante do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEUFRGS. Marcos teórico-filosóficos vividos e relatados em sua produção científica permitem que se acompanhe uma evolução, na linha do tempo da construção do

---

<sup>7</sup>Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dulce Maria Nunes: docente da EEUFRGS, desde 1974. Foi coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica (1985-1986); Chefe do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEUFRGS (1997-2001); Membro do Conselho Editorial da Revista Gaúcha de Enfermagem (1998-2001) e da Revista Acta Paulista de Enfermagem, desde 2002. Participou do planejamento, organização e implementação da Pediatria do HCPA, momento em que lançou a proposta filosófica do Sistema de Permanência Conjunta na área pediátrica. Essa estratégia inovadora de cuidado à criança e adolescente possibilitou melhoria na atenção à saúde em nível de internação pediátrica, o que transcendeu o limite do HCPA, estendendo-se para outras áreas do RS e até mesmo do Brasil (HCPA, 2009).

conhecimento da Enfermagem Pediátrica, decisiva para a incorporação da família no cuidado à criança hospitalizada:

Na época, o fazer com as mãos sobrepujava a condição intelectual. O que a demanda social exigia para o fazer das enfermeiras, a ênfase, estava na “destreza manual”. No entanto, os acontecimentos parecem se configurar de forma a fazê-la chegar mais próximo da compreensão de que aquele sujeito que ali está, a criança, é uma pessoa, e que o cuidado poderá ser a medida entre o desejo de atuar e as possibilidades do que pode ser realizado em determinadas circunstâncias [...] O desconhecido estimulava à criação como condição de favorecer a manutenção da vida [...]. Estabeleceu-se assim um ambiente favorecedor de um vínculo afetivo e de confiança de modo que o paciente e a família só se sentiam seguros e disponíveis para o cuidado com a presença de “tal” enfermeira (NUNES, 1995, p. 22-29).

A professora se refere à visão sempre renovada da instituição de ensino como promotora de atualização constante, cumpridora de seu papel na comunidade, divulgando os novos estudos sobre a Enfermagem. Recorda-se que nos últimos anos da década de 1960, a Enfermagem no Brasil entrava na era científica da busca de seu fazer próprio. Essa concepção colocava o paciente como o centro do cuidado e ditava que de suas necessidades emanavam as propostas do fazer da enfermeira. A observação, o diálogo, o exame da criança pela enfermeira, e a família como processo compreensivo do bem-estar da criança instruíam o novo modo de proceder da enfermeira pediatra (NUNES, 1995).

De acordo com Nunes (1995), à época o fazer da enfermeira respaldava-se em uma metodologia denominada Processo de Enfermagem, modelo proposto pela Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Wanda de Aguiar Horta<sup>8</sup>. O cuidado de enfermagem iniciou, então, a ser um ato mais próprio, a ter influência direta no fazer da enfermeira para atender as necessidades do paciente, considerando-se as especificidades da criança. A partir daquele momento era propício investir no estudo de novos elementos para o cuidado, apoiando-se no raciocínio das necessidades do paciente a fim de instituir a proposição de condutas que integrassem a prescrição de enfermagem do paciente.

Observando a incorporação de modelos norte-americanos pela enfermagem brasileira, Kruse (2004) destaca que as teorias de enfermagem representam parte fundamental do processo histórico de construção das bases da enfermagem enquanto ciência, mediante

---

<sup>8</sup>Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Wanda de Aguiar Horta (1926-1981) nasceu em Belém (PA); exerceu a Livre Docência na Universidade de São Paulo. Reconhecida como pioneira na implementação do Processo de Enfermagem no Brasil, por meio de sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Atualmente, essa teoria é referência de muitas instituições hospitalares que utilizam seus conceitos, na busca da elevação do nível de consciência e de ação da equipe de enfermagem. Em 1979, publicou o livro “Processo de Enfermagem”, inegável contribuição para a profissão (SILVA; et al., 2011).



elaboração de um corpo próprio de conhecimentos. E mais: constituíram a possibilidade de produção de um saber que eleva a enfermagem como profissão autônoma e em igualdade de condições entre outras profissões da área da saúde. A autora complementa dizendo que “assim, conforme observamos hoje nos discursos das enfermeiras [...] há um entendimento de que esse saber próprio dá à enfermagem uma autonomia profissional que a torna independente da medicina” (p. 72-73).

No contexto de um preparo para a consolidação da enfermagem como ciência houve, ainda, a necessidade de incorporação de uma linguagem filosófica do cuidar, respaldada por recomendações de documentos internacionais. Tais documentos tratavam da necessidade de concordância do trabalho dos profissionais da área da saúde em relação à realidade concreta de cada país e dos continentes, com as tendências do desenvolvimento e da economia, na saúde materno-infantil visava-se o bem-estar familiar e a dinâmica das populações, especialmente os grupos expostos a riscos (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 3).

Em 1978, salientava-se a filosofia de Robert Debré<sup>9</sup> – a Pediatria Social – marco que passou a traduzir o cuidado como uma compreensão da criança em sua totalidade, buscando visualizá-la inserida em seu contexto social, em crescimento e desenvolvimento até o alcance da idade adulta, como um cidadão útil para si e para o mundo. Inspirada, nessa filosofia, tornava-se evidente para a criadora do Sistema de Permanência Conjunta Pais/Filhos, ao implementar a Unidade de Internação Pediátrica do HCPA, que “o cuidado teria uma dimensão integradora se fosse desenvolvido por meio de um modelo de ensino, para médicos e enfermeiras, em que a criança hospitalizada tivesse o acompanhamento constante de sua família” (NUNES, 1995, p. 32).

A gestão de pessoas da equipe de enfermagem à época de implantação da Internação Pediátrica do HCPA era regida por um Serviço denominado Serviço de Enfermagem Materno-Infantil, congregando profissionais de enfermagem do hospital, e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS).

---

<sup>9</sup> Robert Debré (1882 - 1978) médico e bacteriologista francês nascido em Sedan, Ardennes, fundador da UNICEF e um dos maiores pediatras da história da medicina do século XX, considerado o *pai da pediatria francesa*. Defendeu uma pediatria ampla e dirigida à promoção do crescimento, desenvolvimento, nutrição, e da prevenção de moléstias contagiosas, lançando as bases da Pediatria Social. Para ele, “Pediatria Social não é uma especialidade, ela é um estado de espírito”, enfatizando o conceito de atenção à saúde global da criança (ZANOLLI; MERHY, 2001, p. 984).

A criação do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SEPED) ocorreu quase duas décadas após o nascimento da Pediatria, em um contexto de integração docente-assistencial. Sem negar as raízes sólidas imbricadas nas concepções formadoras desse novo serviço, em 1997 ocorreu o desdobramento do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil da instituição, em que o vínculo hospital-escola teve seu berço mediante a decisão do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI-EEUFRGS), momento em que fui indicada para o cargo de Chefe de Serviço. Constituíam-se, assim, dois serviços distintos, um para dar conta do cuidado à mulher e ao recém-nascido no período perinatal, mantendo a nomenclatura de origem, e o outro se responsabilizando pelo cuidado à criança e à família. Esse novo serviço estava, então, organizado em quatro unidades de internação: internação pediátrica alas norte e sul, oncologia pediátrica e terapia intensiva pediátrica. Fazia-se mister, a partir de então, um enfoque diferenciado que pudesse dar conta das especificidades que a área da Enfermagem Pediátrica ansiava por solidificar.

Tratava-se de um desafio: de um lado, dar vazão e concretude aos ideais de enfermeiras que desejavam consolidar marcos teóricos e estruturais e a noção de domínio de campo, em função da área de conhecimento, e superar ou reverter as dificuldades administrativas oriundas de um serviço de tamanho porte; e, de outro, não perder de vista o caráter do ensino e as premissas norteadoras da Enfermagem Pediátrica concebidas pela EEUFRGS.

Inserida nesse contexto de limites a serem transpostos e potencialidades a serem descobertas encontrava-se a minha atuação docente e gestora. Esses atributos, permeados pela essência de minha profissão – o cuidado à criança e à família, e à própria equipe de enfermagem – constituíram-se e se constituem fios condutores das minhas atividades por mais de uma década nesse Serviço, e por fazer parte dessa história de criação desde a época em que eram inauguradas as alas pediátricas do hospital-escola.

Estudando a dissertação de mestrado de minha mestra, com quem trilhei os caminhos do cuidado à criança e à família nessa nova concepção de ensino e de cuidado implantada, ao analisar a percepção e o estado emocional da mãe relativo à assistência hospitalar prestada a seu filho no Sistema de Permanência Conjunta, identifiquei que

o processo de interação equipe/mãe revelou aspectos até então desconhecidos pela pesquisadora, na qualidade de membro da equipe que atua no Sistema de Permanência Conjunta. Tais aspectos dizem respeito à comunicação imperfeita [...] a percepção das mães mostrou de forma enfática as lacunas que ocorreram na ‘comunicação’ entre equipe e mãe, nos ‘enfoques educativos’ e na assistência que deveria ser prestada aos ‘estados emocionais da mãe’ (NUNES, 1986, p. 269-271).

Diante disso e da experiência ao desenvolver minhas atividades na condição de enfermeira pediatra e docente na Escola de Enfermagem da UFRGS, incluindo a minha dissertação de mestrado (ISSI, 1989), constatei que havia muito a aprender com os pais das crianças hospitalizadas. Ao mesmo tempo, eles mostravam-se ávidos por compreender todos os fatores que permeavam a internação hospitalar de seus filhos.

Acompanhar a realidade vivida pelas crianças e suas famílias, na perspectiva da dualidade, que significa para a criança a experiência de estar doente e hospitalizada, e para a família conviver com o filho no hospital e reorganizar o viver cotidiano extra-hospitalar foi, ao longo do tempo, marcando de forma singular minhas constatações: havia muito a fazer para favorecer os processos existenciais tanto das crianças quanto dos cuidadores familiares e também dos cuidadores profissionais. Tais constatações propiciaram-me investir na sensibilização dos profissionais, especialmente da Enfermagem Pediátrica, para a necessidade de adoção não apenas de um referencial filosófico, mas de marcos teóricos e metodológicos capazes de subsidiar o conhecimento e a prática. Significava aprimorar a prática do cuidado e favorecer a criança e a família a trilhar no processo de aceitação e convivência com a doença, internação e tratamento (ISSI; et al., 2007).

Especialmente durante a hospitalização é fundamental proporcionar espaços e momentos para que a criança expresse seus sentimentos e percepções por meio de suas próprias manifestações. O diálogo franco com a criança, solicitando e estimulando sua colaboração, constitui-se uma das formas mais eficazes de amenizar o medo do desconhecido e de a criança sentir-se valorizada, ainda mais quando lhe é possibilitada alguma tomada de decisão. Esse é o caráter dialógico dos encontros de cuidado, e “é necessário dispor de tempo para o diálogo com a criança, mostrar os aparelhos e seu funcionamento, conversar sobre seus sintomas e suas reações, para evitar que a criança dê asas à imaginação, fantasiando o quadro pior do que ele realmente é” (RIBEIRO; BERNARDES, 2012, p. 84).

Semelhante ao que diz Karl (2004) reconheço que o adoecimento e a hospitalização simbolizam uma vivência marcada pela dor física, sofrimento, medo, angústia, insegurança para a criança. E geralmente recai sobre a família a culpa pela enfermidade adquirida pela criança e, ao mesmo tempo recai sobre ela, a responsabilidade pelas decisões de manter ou não o tratamento. Além disso, a família constitui-se em um dos principais elos de comunicação com a criança. O envolvimento e o vínculo entre a criança e a família nesses momentos em que as vicissitudes sobressaem têm o sentido de que “embora o cuidado seja

compartilhado entre dois seres, o olhar humanístico expressa a simbiose desses seres que chegam a responder como um só” (KARL; 2004, p. 81)<sup>10</sup>.

Compartilho com Ribeiro e Bernardes (2012) a constatação de que muitas crianças hospitalizadas verbalizam ou demonstram medo do tratamento, dos procedimentos e da morte, e lhes é seguramente mais encorajador compartilhar seus medos com a mãe e/ou pai do que com alguém da equipe. Certamente é mais fácil aceitar as explicações por eles fornecidas, ainda mais quando estão sempre juntos. A relevância desses aspectos é por si só suficiente para justificar a presença dos pais durante a internação dos filhos.

Todas essas compreensões constituíam meu ser enfermeira, docente e gestora e marcavam de modo decisivo minhas reflexões em defesa da criança, do adolescente e da família quando, porventura, os seus direitos eram violados ou negligenciados. Condutas identificadas na prática cotidiana da hospitalização, apontadas por Lima, Issi e Carvalho (2004, p. 147), entre as quais “Nada Por via Oral (NPO) prolongado e/ou desnecessário; realização de procedimentos sem sedação e/ou analgesia adequada; desrespeito à dignidade e à privacidade do paciente (despi-lo ou descubri-lo sem preparo prévio; não se preocupar em vestir a criança após exame físico)” sinalizavam a necessidade de reflexão sobre o processo de cuidado em Pediatria.

Assim, imbuída da importância de lutar pela diminuição dos traumas da hospitalização infantil e pelo zelo às necessidades da criança em suas diversas faixas etárias, ao assumir a condução do Serviço, em 1997, acompanhada, à época, pelo Prof. Dr. Paulo Antonacci Carvalho<sup>11</sup> na condução médica do Serviço de Pediatria, estimei, junto a ele, uma iniciativa que se caracterizaria como um movimento interdisciplinar de estudo e reflexões intitulado “A Pediatria Repensa o Cuidar”. Composto por atividades culturais – palestras, oficinas e peças teatrais organizadas pela equipe de saúde - que se desenvolveram ao longo do segundo semestre daquele ano, o evento comemorativo aos 18 anos de existência da Pediatria do HCPA marcava o início do SEPED enquanto serviço. Culminou, ainda, em momento solene de criação oficial de uma proposta pioneira no âmbito do cuidado em instituições hospitalares pediátricas, denominada “Programa para Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados”.

---

<sup>10</sup> Dissertação de Mestrado realizada com enfermeiras da Pediatria do HCPA no Sistema de Permanência Conjunta.

<sup>11</sup> Professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRGS; Médico Assistente da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica do HCPA; Coordenador dos Cursos de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SOUTO; LIMA; BREIGEIRON, 2008).

O Programa, oficializado mediante ato institucional em 1998, persiste, desde então, tendo o objetivo primordial de constituir-se em fórum permanente de discussão e reflexão sobre o processo de cuidado em pediatria, envolvendo estudo, avaliação e proposição de ações de educação em saúde e a indicação de medidas resolutivas que incluem a qualidade da assistência hospitalar ao paciente pediátrico e adolescente, na defesa de suas necessidades de saúde, de suas respectivas peculiaridades de crescimento e desenvolvimento, e das prerrogativas da Resolução n. 41 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1995). E conforme a observação de Lima; Issi e Carvalho (2004, p. 147) “no conceito de paciente, entenda-se o próprio e sua família”.

No que tange ao pensar o cuidado à família no mundo do hospital, os estudos relativos à adoção de marcos para a prática de enfermagem com famílias de Elsen<sup>12</sup> (1994) contribuíram, significativamente, para a criação e a implementação de propostas de cuidado sistematizadas às famílias na internação pediátrica. Esses estudos dizem respeito aos diferentes tipos de modelos assistenciais que podem reger a prática do cuidado à criança e à família no mundo do hospital.

Há três tipos diferentes de abordagens ou modelos assistenciais à criança hospitalizada: 1º - *Biomédica ou centrada na patologia da criança* – focaliza determinada patologia, sinal ou sintoma que necessita de cuidados profissionais. O esforço da equipe de saúde visa obter dados referentes aos problemas de saúde da criança, do diagnóstico e a pronta instalação das medidas terapêuticas. Esse modelo enfatiza a recuperação da saúde, deixando em segundo plano os aspectos de desenvolvimento da criança, impacto da hospitalização na criança e na família e o papel dos familiares no processo saúde e doença; 2º- *Centrada na criança como ser em crescimento e desenvolvimento* – focaliza a unidade biopsicoespiritual da criança, vendo-a como um ser em crescimento e desenvolvimento, com necessidades e vulnerabilidades. A equipe de saúde preocupa-se com a recuperação da saúde, com as necessidades da criança, incluindo a mãe em sua assistência; esse modelo é mais humanístico do que o anterior, valorizando o cuidado afetivo; 3º - *Abordagem sociocultural ou centrada na criança e sua família* – a família ocupa a posição central, percebida como uma unidade básica de cuidados à saúde de seus membros, carente de suporte para dar

---

<sup>12</sup>Profª Enfª Drª Ingrid Elsen - Professora Titular aposentada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Formou-se em Enfermagem pela USP – São Paulo. Fez o Mestrado na Universidade Federal de Santa Catarina e o Doutorado na University of Califórnia, em San Francisco. Sua linha de pesquisa é a família, tendo criado, em 1985, o GAPEFAM – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área de Saúde da Família, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC. Em 1999 criou o LEIFAMS – Laboratório de Estudos Interdisciplinares de Família e Saúde – que reúne grupos de pesquisa sobre família na região sul do Brasil (Elsen; Souza; Marcon, 2011).

continuidade aos cuidados da criança, tanto no hospital quanto em casa. A equipe executa procedimentos e técnicas para a recuperação da saúde da criança e assessora as famílias em suas dúvidas e iniciativas, com estímulo ao desenvolvimento de práticas de saúde no hospital e no domicílio. É um modelo mais holístico, que procura atender criança e família em sua totalidade (ELSEN; PATRÍCIO, 2005).

Cada vez mais se tornava claro para mim que a aplicação do modelo de cuidado centrado na criança e sua família na prática impõe a construção compartilhada através da interdisciplinaridade, em que o diálogo inter-equipes revitaliza o pensar sobre família no mundo do hospital. O processo interacional com famílias acarreta a compreensão de que aprendizagens significativas, tanto para os familiares quanto para a equipe cuidadora, não ocorrem de modo espontâneo, sendo necessário, para tanto, um repensar contínuo sobre a prática. O saber não ocorre de forma hierarquizada, é construído na convivência para, então, resultar na criação de processos de enfrentamento.

Nesse contexto, a pesquisa pode favorecer o (re) pensar do fazer e do acontecer das abordagens de cuidado à família e à criança no mundo da hospitalização infantil, identificando, no campo onde as participantes exercem sua prática, um cenário fértil para a produção do conhecimento. Assim, estudos desenvolvidos por enfermeiras e docentes dessa instituição hospital-escola — os de Issi (1989), Motta (1997), Dalle Mulle (2000), Ribeiro (1990, 1999), Dias (2001) e Lima (2004)<sup>13</sup> —, em uma perspectiva de integração docente-assistencial, são unânimes em afirmar a importância da participação da família no cuidado à criança hospitalizada e têm propiciado aprimorar sensivelmente o olhar para o cuidado, a partir da ótica dos envolvidos nos processos existenciais.

Percorrendo esse caminho, o Serviço de Enfermagem Pediátrica define suas premissas norteadoras, com base nos princípios filosóficos emanados do Sistema de Permanência Conjunta (NUNES, 1986), estudados ao longo dos anos por meio dos fundamentos do Interacionismo Simbólico (RIBEIRO, 1999; LOPES; JORGE, 2005) e da Fenomenologia Existencial (MOTTA, 1997), ficando explicitada a necessidade de a família ser cuidada no mundo do hospital, e o cuidador profissional que, ao cuidar, precisa ser cuidado; aplica como referencial metodológico o foco do cuidado centrado na criança e sua família (ELSEN; PATRÍCIO, 2005), respaldado pelos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990) e da Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995).

---

<sup>13</sup> Produtos de Dissertações e Teses que tem como cenário o Sistema de Permanência Conjunta.

O Serviço de Enfermagem Pediátrica caracteriza-se, então, por concentrar sua atenção no desenvolvimento de ações fundamentadas filosoficamente no cuidado centrado na criança e na família da criança hospitalizada nas unidades pediátricas, distinguindo-se por defender:

- os marcos filosóficos do Sistema de Permanência Conjunta, e os respectivos desdobramentos em programas que contemplam o cuidado à criança e à família desde a admissão até a alta hospitalar;
- a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, cujas prerrogativas são mantidas pelos diversos serviços que compõem o staff da Pediatria através da participação no Programa para Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, criado em 1997. A dimensão deste trabalho incide na prática cotidiana do cuidado para a prevenção dos maus-tratos institucionais, mediante estudo, avaliação e indicação de medidas resolutivas em defesa às necessidades do ser criança/família em sua totalidade;
- a humanização do atendimento da criança hospitalizada e sua família, o que confere a Pediatria do HCPA o reconhecimento nacional pela adoção de ações humanizadoras que, em contrapartida, desencadeia esforços contínuos do serviço para a manutenção desta distinção (HCPA, 2006; 2007).

Para dar concretude e maior visibilidade ao enfoque do cuidado centrado na criança e na família da criança hospitalizada, a Enfermagem Pediátrica ressignificou a prática cotidiana do cuidado por meio da criação do Programa de Apoio à Família (PAF), em implementação há quase duas décadas no Serviço. Esse programa tem como premissa a concepção de que no processo de interação com a equipe multidisciplinar do hospital, especialmente com a enfermagem, a família pode vivenciar experiências de aprendizagem significativas, úteis não somente durante o período de permanência junto ao filho hospitalizado, mas transferíveis para a vida cotidiana fora do hospital, de modo a minimizar as dificuldades enfrentadas (ISSI; et al., 2007; ISSI, 2012).

Percorrendo essa linha do tempo impregnada de sentido para mim, na qualidade de enfermeira pediatra, docente e pesquisadora, pude perceber uma caminhada rumo à constituição de um espaço para a Enfermagem Pediátrica com maiores possibilidades de afirmação e ressignificação dos valores éticos e estéticos<sup>14</sup> do cuidado humano à criança e à família, atores no mundo do hospital. Tal atitude ancora-se na compreensão de que nas situações em que a criança e a família necessitam da intervenção profissional da enfermagem, a enfermeira encontra-se diante de um campo interacional autêntico, com inúmeras possibilidades para a constituição de um processo de cuidado que ocorre por meio da

---

<sup>14</sup> Aqui compreendidos à luz de Waldow (2005, p. 19) como os sentidos e valores que fundamentam a ação do Ser “no seu ambiente cultural, de modo que haja coerência, harmonia, entre o sentir, o pensar e o fazer”, possibilitando criar e recriar valores, transformar e ressignificar hábitos, ideias, conceitos.

intersubjetividade<sup>15</sup> de cada encontro. O encontro desses seres é marcado pela presença e expressão genuínas de suas corporeidades em interação, em que alguns símbolos — o olhar, o toque, a fala, a escuta, o sorriso, o silêncio, expressões peculiares do viver e do compartilhar —, são percebidos reciprocamente entre todos os envolvidos e possuem, em sua essência, propósitos definidos, expressões reveladoras de cuidado.

Adoto, nesta tese, o cuidado, inspirada em concepções filosóficas, singulares e complementares entre si. A primeira delas ancora-se nos referenciais de Vera Regina Waldow<sup>16</sup>, para a qual cuidar é uma arte e uma ciência – arte e ciência da expressão humana que se experienciam e se manifestam por meio da linguagem do corpo, das interações e da capacidade de ver e sentir o mundo (WALDOW, 2010). Para Leonardo Boff, prefaciando a obra de Waldow (2005, p. 7), “o cuidado consiste numa relação amorosa para com a realidade e, por isso, como atitude adequada à natureza da vida, protegendo-a, sanando-a e criando a atmosfera de sua expansão”. Considerando-se as várias teorizações sobre o cuidar, constata-se que esse cuidar está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano, é um fenômeno universal e ocorre numa forma relacional do ser consigo mesmo, com os outros, a sociedade, enfim, com todo o universo (WALDOW, 2008; SILVA; et al., 2009).

É inegável a contribuição dos estudos de Waldow (2005; 2008; 2010) para minha compreensão do fenômeno do cuidado. Aprendi a diferenciar que estudos e investigações que, aparentemente, referiam-se ao cuidado, ou à assistência, pois eram tratados como sinônimos, aludiam ao caráter técnico-científico, com ênfase em procedimentos, técnicas, tratamentos e patologias (resguardando-se, aqui, o devido respeito à importância e à necessidade de estudos desta natureza), ao invés de abordar o cuidado sob um enfoque existencial e/ou relacional. Tais enfoques suscitam um novo olhar sobre o cuidado ao se aceitar e assumir seu real significado e suas dimensões filosóficas, culturais, estéticas e espirituais, o que torna humana uma ação, diferenciando-a da mecânica.

Nessa conjuntura, ousa-se explicitar que o cuidado é considerado,

---

<sup>15</sup>Expressa, aqui, a noção encontrada, contemporaneamente, na fenomenologia, significando a interação entre diferentes pessoas, a qual constitui o sentido cultural da experiência humana. Está relacionada à possibilidade de comunicação, ou seja, de que o sentido da experiência de uma pessoa, como sujeito, seja compartilhada por outras pessoas (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).

<sup>16</sup>Enfermeira, mestra e doutora em Educação, na área específica de Ensino em Enfermagem. Realizou Doutorado em Educação em Enfermagem na Teachers College, Columbia University/USA, em 1991. Foi docente na EEUFRGS, onde se formou (1971). Aposentada, atualmente é escritora e dedica-se também a Palestras e Cursos na área de Enfermagem, com ênfase em Fundamentos Teóricos e Filosóficos da Enfermagem e Educação em Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidado, cuidar, ensino de enfermagem, pensamento crítico em enfermagem. Colaboradora do Grupo de Investigación en Enfermería da Universidade de Zaragoza, Espanha (WALDOW, 2008).



[...] talvez, a única ação plenamente independente na enfermagem, já que não admite prescrição, pois não se prescreve como se relacionar, como se comportar. Ele poderá ser sugerido, mas não prescrito, já que é da essência do ser, ele é sentido, vivido (WALDOW, 2005, p. 118).

Waldow (2008) assume, de modo contundente, uma atitude de reflexão em relação às críticas da indagação quanto ao cuidar como algo específico, único na Enfermagem e não como uma característica de outras profissões e atividades. Diz concordar que a literatura tem considerado a abrangência do cuidar um fenômeno não exclusivo da Enfermagem. Por outro lado, comenta que o cuidar é considerado uma característica do ser que o qualifica, provendo-o de humanidade. Assim, nas palavras de Waldow (2008, p. 76), “o ser-aí-no-mundo é um ser de cuidado, e este se manifesta na presença do outro; ele é existencial, essência do ser, um modo de ser no mundo”. Conclui que o cuidar não é uma característica exclusiva da Enfermagem, mas é por ela expresso e realizado de forma diferenciada, singular, pois é o que caracteriza o seu fazer, tendo sido assim instituído desde o início de sua formação. “A Enfermagem cuida, independentemente de que paradigma se apoie. A existência do ser enfermeiro é marcada pelo cuidar” (WALDOW, 2008, p. 78).

E em uma de suas últimas publicações, Waldow e Borges (2011), no concernente à humanização, dizem: deseja-se que esse movimento se mantenha, mas é essencial que não seja considerado algo passível de ser treinado, mas, sim, sensibilizado. Torna-se fundamental que estudiosos e profissionais que se dedicam a essa temática possam ser mobilizados e sensibilizados a valorizar o cuidar e posicioná-lo em lugar de destaque, ou seja: modo de ser, condição de nossa humanidade e não como, equivocadamente, vem sendo pensado, consequência da humanização.

O cuidado ocorre por uma força que move a capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em nós e nos outros, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, atualizando nosso potencial para cuidar. O cuidado pode ser uma resposta à desumanização que ocorre nas sociedades atuais. Alguma coisa na experiência humana parece ter rompido o relacionamento harmonioso com Deus, com o *self* e com os outros [...]. Em consequência, predominam a desarmonia, a doença, e a desintegração. O cuidado, todavia, pode ser nutrido, desenvolvido e, por meio dele, seres humanos podem resgatar sua humanidade (WALDOW; BORGES, 2011, p. 415).

Agregando uma visão antropológico-filosófica ao sentido do cuidar, encontro em Francesc Torralba i Roselló<sup>17</sup>, filósofo que se distingue por seu interesse pelo mundo da saúde,

---

<sup>17</sup>Francesc Torralba i Roselló: nasceu em Barcelona, 1967. É professor na Universidade Ramon Llull em Barcelona e ministra cursos e seminários em outras universidades na Espanha e América Latina. Ensina história

especialmente o da Enfermagem, subsídios importantes para esta tese. A antropologia filosófica possibilita, ao questionar e refletir acerca do sentido e da essência da condição humana, articular subsídios para um acompanhamento sensível à dignidade desse Ser especial e único.

Reafirma-se, então, que o traço fundamental da Enfermagem, sua contribuição definitiva no conjunto das ciências da saúde, não é precisamente o curar, mas o cuidar. Isso não significa que o curar, ou seja, restabelecer a saúde a uma pessoa, não seja objetivo da Enfermagem. Portanto, o objetivo primordial é cuidar, no sentido de zelar pela autonomia, pela maturidade do ser, conhecendo profundamente a natureza humana e suas múltiplas dimensões (TORRALBA, 2009). Nas palavras do filósofo,

cuidar de um ser humano em seu sofrimento, em sua dor, ou em seu processo de morte não é um exercício automático nem pode ser, em hipótese alguma, uma sucessão premeditada de atos, mas, fundamentalmente, trata-se de uma arte, de uma arte que abarca uma profunda sabedoria antropológica, ética e estética (p. 20).

Concordo com Torralba (2009) quando diz que o cuidar requer um amplo conjunto de fatores — tempo e espaço, dedicação e técnica, ciência e sabedoria, conhecimento teórico e prático —, e para tudo isto se concretizar é necessário um marco institucional confiável, que permita condições estruturais favoráveis ao exercício do cuidado, de modo digno e seguro. Portanto, o dever moral dos profissionais de enfermagem não reside apenas no exercício adequado de sua profissão, mas, também, em reivindicar adequadas condições, desde o ponto de vista institucional, para o pleno exercício do cuidar e do curar.

Em face dessa perspectiva, este estudo nasce motivado pela intenção de compreender o fenômeno do cuidar, nas dimensões do saber e do fazer da Enfermagem Pediátrica, exercido por Enfermeiras<sup>18</sup> do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Sendo assim, a partir da compreensão do mundo vivido, sem esquecer sua historicidade e as bases formadoras desse serviço, busca-se revelar os elementos determinantes e os subsídios que integram o desenho de um arcabouço teórico-filosófico construído ao longo do tempo, integrando teoria e prática, em um movimento análogo a um círculo hermenêutico do cuidado.

---

da filosofia contemporânea e Antropologia Filosófica. Preside o Comitê de Ética Assistencial da Fundação Sar-Quavitaie , o Observatório de Ética de Aldeas Infantis SOS , além de ser membro de outros comitês de ética. Seu pensamento é orientado para a antropologia filosófica e ética, analisando questões centrais da existência humana como sofrimento, silêncio, morte, Deus e liberdade (WALDOW, 2009).

<sup>18</sup> Uso, aqui, uma explicação de Kruse (2004, p. 17) que se aplica bem a este estudo: “embora esteja aumentando a presença masculina na enfermagem, utilizo o termo enfermeira no gênero feminino, diante do amplo predomínio das mulheres nessa profissão”, o que igualmente acontece na Pediatria do HCPA.

Aqui se aplica o raciocínio circular assim expresso por Gadamer (2014, p. 295):

o individual se compreende no todo, e o todo se compreende a partir do individual [...] o compreender é sempre mover-se nesse círculo e, portanto é essencial o constante retorno do todo às partes e vice-versa. Aquele que compreende, porque é um eu, uma totalidade em si, tal qual aquele a quem ele deve compreender, completa sua totalidade a partir da exteriorização individual, e esta a partir de sua totalidade.

Desvendando esse pressuposto, parto do princípio que cuidar da criança e sua família em unidades pediátricas, onde vigora o Sistema de Permanência Conjunta, requer tempo e solicitude, no sentido da disponibilidade e presença da enfermeira, que garantam sensibilidade, segurança e dignidade; e preparo da equipe, significando conhecimento e habilidade. Penso, ainda, que a construção de um processo para enfrentar as dificuldades vivenciadas pode tornar-se mais eficaz se a presença dos pais e/ou familiar responsável for acompanhada de uma orientação capaz de atender as necessidades suscitadas, que se fundamente também no conhecimento da experiência existencial de ter um filho doente e hospitalizado. Essa abordagem estética e ética pressupõe a adoção de um referencial filosófico que visualize a fragilidade da condição humana exposta com tanto vigor diante dos desafios vivenciados.

Tais concepções, por parte da equipe cuidadora, podem privilegiar a manutenção de uma atmosfera sadia, humana e profundamente inserida em um contexto de valorização da pessoa em sua totalidade. Devido à importância para o ensino e para a prática do cuidado, o mundo vivido pela Enfermagem Pediátrica do HCPA merece ser desvelado em sua gênese e em sua evolução histórica, percorrendo o tempo no fazer e acontecer do cuidado, em um processo inesgotável de criação.

Sob essa ótica, para alcançar o âmago desta investigação adoto o cuidado com base em Martin Heidegger<sup>19</sup>, imbricado na noção de temporalidade da existência. Prossigo, igualmente, dando voz aos teóricos que interpretam Heidegger, e a outros filósofos existencialistas com os quais dialogo na construção desta argumentação.

---

<sup>19</sup> Martin Heidegger (1889-1976): um dos filósofos mais importantes do séc. XX nasceu na pequena cidade católica de Messkirch, ao sul da Alemanha. Teve a oportunidade de sair de sua cidade natal em 1903 e estudar no renomado internato Konradhaus. Abriu-se, assim, os horizontes, iniciando alguns anos mais tarde como professor na Universidade de Freiburg (1916), onde havia sido aluno de Husserl. Em 1923, foi nomeado professor titular na Universidade de Marburgo. Em 1928, sucedeu Husserl na cátedra de filosofia, chegando a reitor em 1933. Valia-se de uma metáfora: *Não tenho obras (Werke), mas caminhos (Wege)*, segundo Casanova (2009). Afasta-se da fenomenologia de seu mestre Husserl, iniciando seu caminho de reflexão sobre o sentido mais profundo da existência humana. Para recuperar o sentido original do ser, convicto de que o pensamento moderno dera lugar à problemática do conhecimento e da ciência, propõe uma nova terminologia filosófica para dar conta desse sentido. A questão clássica de Heidegger é que a existência só pode ser compreendida, a partir da análise do *Dasein* (o *ser-ai*), do ser humano aberto à compreensão do ser (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).

Na fenomenologia existencial, a temporalidade é uma das categorias mais essenciais do *Dasein* (o ser-aí), à medida que a própria autoconsciência só ocorre através da experiência interna do tempo (HEIDEGGER, 2012). Essa premissa heideggeriana dita que “o futuro não é posterior ao passado e este não é anterior ao presente. A temporalidade se temporaliza como futuro-que-vai-ao-passado-vindo-ao-presente” (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008, p. 265).

Ayres (2006, p. 61) contribui para este estudo ao dizer que “é sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de cuidado, ao mesmo tempo em que o cuidado é, em si mesmo, condição de possibilidade dessa tripartição temporal e devenida da existência”. Essa noção, ao ser considerada, pode favorecer o desvelar do fenômeno cuidado em seu gestar, na construção pela Enfermagem Pediátrica desse projeto de *cuidar de crianças e famílias de crianças hospitalizadas* que, análogo ao gestar do *Dasein*, vem se desenvolvendo ao longo dos anos, desde sua concepção, cerca de trinta e cinco anos atrás, no hospital-escola em estudo.

*Dasein*, para Heidegger (2012), significa o ser em um mundo:

O ser ele mesmo, em relação ao qual o *Dasein* pode comportar-se e sempre se comporta desta ou daquela maneira, é por nós denominado *existência*. E porque a determinação – de – essência desse ente não se pode efetuar pela indicação de um quê de conteúdo – de – coisa, pois sua essência reside em que, ao contrário, esse ente tem de ser cada vez seu ser como seu, escolheu-se para sua designação o termo *Dasein* como pura expressão – de – ser (p. 61).

O dizer de Ayres (2006, p. 58) expressa que o *Dasein*, ou “ser-aí” — construção heideggeriana que caracteriza a existência humana —, “é um ‘estar lançado’ num mundo que só é concebido como tal na (e por meio da) atividade ‘projetiva’ dos humanos (*ek-stase*, isto é, a tripartição temporal da consciência do ser em presente, passado e futuro)”.

Tal consciência, complementa Ayres (2006, p.58), se concretiza

[...] no e pelo ato de atribuir sentido às experiências pretéritas, a partir de uma vivência atual, entendida como o devir de um projeto de futuro em curso. Nessa dialética de presente, passado e futuro, o humano surge como criador e criatura da existência, numa atividade sempre em curso, estruturada como linguagem e tendo como ‘artífice’ o cuidado.

Waldow (2008), em sua interpretação filosófica do cuidar, com base em Heidegger, diz que o fato de ser nos coloca na presença do “agora”, fenômeno de natureza temporal, sinônimo de existência. Nesse sentido, “o presente é uma verdade, um agora longo, um

contato com a realidade – um tempo ‘vivido’. A temporalidade da existência, para Heidegger, se confunde, ou seja, o futuro é o passado projetado no presente” (p. 44).

Em Heidegger (2012, p.81), o Ser:

encontra seu sentido na temporalidade. Essa é, contudo, ao mesmo tempo a condição da possibilidade de historicidade como um modo-de-ser temporal do *Dasein* como [...] um ente sendo “dentro do tempo” [...] Historicidade significa a constituição-de-ser do ‘gestar-se’ do *Dasein* como tal.

Nessa dimensão, o acontecer da história da Pediatria não pode ser negado em suas raízes e na influência que essas raízes exercem na constituição mesma de seu existir. Nesse entrelaçar de saberes e fazeres ao longo do tempo, por conta de cada ser que pensou e prestou o cuidado, é que se configura essa conformação costurada por um fio condutor que, em sua essência, representa a filosofia do Sistema de Permanência Conjunta, nesse cenário do cuidado. E cada ser carrega uma história e constitui história, na temporalidade da existência. Significa, ainda, que o *Dasein*, de modo expresso ou velado, é seu passado não apenas no sentido de que seu passado deslize por detrás dele, mas como uma propriedade que, por vezes, volta a ter efeito sobre ele, sendo que “o *Dasein* é seu passado no modo de seu ser, o qual, para dizer rudemente, ‘se gesta’ cada vez a partir de seu futuro” (HEIDEGGER, 2012, p.81).

Para compreender as possibilidades de ser do *Dasein*, Heidegger (2012, p. 81) diz:

em cada modo de ser que lhe é próprio e, portanto, também no entendimento- de- ser que lhe é próprio, o *Dasein* ingressa numa interpretação - do-*Dasein* que lhe sobrevém e na qual ele cresce. A partir desta, ele se entende de imediato e, em certo âmbito, constantemente. Esse entendimento abre e regula as possibilidades de seu ser. Seu próprio passado – o que significa sempre o passado de sua “geração” – não segue atrás do *Dasein*, mas, ao contrário, sempre o precede.

Parte-se do pressuposto de que “nossas identidades não são construções a *priori*, inscritas como um destino inexorável para nossas biografias no momento que nascemos. Essa identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento pelo mundo” (AYRES, 2006, p. 59). De modo análogo isso acontece na construção do cuidado. A construção existencial de cada enfermeiro cuidador também vai acontecendo na temporalidade do viver compartilhada no cotidiano interacional – criança, família e equipe – no mundo da hospitalização infantil, permeado por seus simbolismos. Nesse movimento de aproximações, afastamentos e reaproximações em prol da melhor qualidade de vida possível para cada ser de cuidado, diante da doença, do projeto terapêutico e hospitalização, emerge a

identidade do cuidado, pois ele adquire forma intersubjetiva, muitas vezes abstrata, mas sensível ao ser percebida e experienciada.

Percebo que esse movimento ocorre em espiral, pois vai se constituindo à medida que cada elemento (gesto, palavra, toque, ação...) vai se agregando e dando significado ao cuidado no interior do mundo vivido pela Enfermagem Pediátrica no contexto interativo do hospital. O processo interacional – de interação, em interação – pode ser visualizado como mola propulsora de novas reflexões constituidoras de sentido para o viver e o fazer da enfermeira pediatra.

No mundo existencial do hospital há uma integração entre muitos mundos, os quais interagem por meio de sensações e experiências de aprendizagem imbuídas de caráter transformador, propiciando um processo de amadurecimento pessoal e existencial de quem cuida e de quem é cuidado, e na totalidade todos são cuidadores entre si. Concordo com Ayres (2006, p. 59-60) quando diz que “as identidades existenciais são estabelecidas no ato mesmo das interações”.

Nesse viver compartilhado de vários seres, torna-se vital reconhecer algumas questões existenciais do ser-aí, do *Dasein*, e que possibilitam o entendimento desse processo de crescimento pessoal. Segundo Heidegger (2012, p. 511), “é inerente à estrutura ontológica do *Dasein* o entendimento – do – ser. Sendo, o *Dasein* é aberto para ele mesmo em seu ser. O encontrar-se e o entender constituem o modo – de – ser dessa abertura”. Para Torralba (2009), o ser humano é um ser em busca de sentido. O ser é vontade de viver, mas não no plano biologicista do termo, como em qualquer ser vivo, mas a partir de uma perspectiva global. Desse modo, o ser humano anseia viver, mas não de qualquer modo, nem a qualquer preço, e sim deseja viver-com-sentido, pois somente desse modo é possível viver humanamente. Essa sede pelo sentido é natural no ser humano, ainda que possa permanecer escondida por longo período. Porém, durante qualquer situação de extrema vulnerabilidade a pergunta pelo sentido assume maior vigor.

O cuidado, sob o olhar de Heidegger (2012), é constitutivo do ser no mundo. O cuidado constitui o ser que se mobiliza e cresce para e pelo cuidar, e ao concretizar o cuidado faz emergir uma abertura de consciência – liberdade para ir além – e, assim, em um círculo hermenêutico, constroi identidades existenciais. O cuidado é a essência do ser, e a construção do ser em sua existência é um contínuo vir a ser-sendo que se faz presença e acompanha o ser em sua evolução no tempo.

A hermenêutica compreendida em sua circularidade é, acima de tudo, uma descrição da natureza do entendimento humano:

A dinâmica circular entre a parte e o todo se transformou numa maneira de descrever a estrutura (pré-filosófica) de entendimento humano diário. A experiência, o pensamento e a linguagem são hermenêuticos no sentido de que envolvem uma dinâmica constante entre as pré-concepções que são fundamentadas não na natureza, mas sim na cultura e interpretação. Juntas, elas incluem a tradição, que não é somente a parte inerte, mas também um diálogo entre o passado, presente e o futuro (LAWN, 2007, p. 82).

Revisitando os significados de Ser, cuidado e temporalidade da existência, unindo os pontos dessa trama compreendida como um círculo hermenêutico nasce a analogia entre *Dasein* e o mundo vivido da Enfermagem Pediátrica do HCPA.

E é nessa esfera da compreensão hermenêutica do Ser e do Cuidado que Ayres (2004, p. 21), ao interpretar Heidegger (1995), auxilia no entendimento da noção de tempo e a articulação com a construção de projetos existenciais:

a temporalidade da existência, isto é, as experiências de passado, presente e futuro não são senão expressão desse estar projetado e projetando que marca esse modo de ser (do) humano – o futuro sendo sempre a continuidade do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que vislumbramos se realizar.

Pensando com Torralba (2009, p. 39), “o desenvolvimento da Enfermagem supõe o fecundo exercício de elaborar criativamente o passado, ou seja, a herança histórica e, por outro lado, de integrar as novidades do presente”. Inserindo essa premissa no âmago deste estudo, e articulando-a com os referenciais ontológico-existenciais do cuidado mediante o diálogo com a filosofia existencialista, busca-se aplicar esse conhecimento nas dimensões do saber e do fazer da Enfermagem Pediátrica.

Sintetizando os pressupostos teórico-filosóficos em que este estudo se embasa alcança-se como essência que a Enfermagem Pediátrica do HCPA, visualizada como um *Dasein* na perspectiva interpretativa – ela mesma um fenômeno - percorre uma evolução histórica, integrando novas possibilidades de cuidar de forma contínua no tempo, mantendo a filosofia da permanência conjunta como fio condutor de seu projeto existencial.

Por meio da utilização dos princípios da epistemologia compreensiva pretende-se desvelar esse círculo hermenêutico do cuidado em Enfermagem Pediátrica no mundo do hospital, em suas bases constituidoras e seu contínuo “vir a ser” que lhe confere identidade no transcorrer do tempo - passado, presente e futuro - que, por sua vez, constitui-se em uma linguagem do cuidado, transcendental e autêntica. Para tanto, propõe-se como questões norteadoras para esta pesquisa:

De que modo a Enfermagem Pediátrica, no mundo de um hospital-escola, vem construindo na temporalidade – passado, presente e visão de futuro — seus referenciais e modos de cuidar?

Sob essa ótica, compõem-se os seguintes desdobramentos:

- De que modo as enfermeiras pediatras percebem o cuidado à criança, adolescente e à família no contexto da hospitalização infantil?

- Como descrevem os fundamentos que apoiam o seu modo de cuidar de crianças, adolescentes e famílias no contexto da Enfermagem Pediátrica?

- Quais as reflexões das enfermeiras em relação ao cuidado realizado com a construção histórica da Pediatria?

- Quais as práticas<sup>20</sup> de cuidado à criança, adolescente e família que integram o fazer cotidiano das enfermeiras nos espaços de cuidado no mundo do hospital?

- Quais as razões que justificam as práticas de cuidado das enfermeiras?

Pretende-se, por meio desta investigação, ao se dar voz aos atores desse cenário existencial, em um movimento constante de compreensão interpretativa, desvelar o fenômeno do mundo vivido pela Enfermagem Pediátrica na constituição de sua trajetória de cuidado. Tem-se como perspectiva de futuro dar concretude teórica e filosófica ao cuidado de Enfermagem Pediátrica no mundo do hospital, oferecendo subsídios para o ensino, a prática e a pesquisa nessa área do conhecimento.

Nesta tese, tem-se, portanto, os seguintes objetivos:

- Conhecer as percepções das enfermeiras sobre o modo de cuidar as crianças, adolescentes e famílias no contexto da Enfermagem Pediátrica no mundo da hospitalização infantil.

- Desvelar e compreender, na perspectiva da temporalidade, o fenômeno cuidado à criança, adolescente e família no mundo da Enfermagem Pediátrica de um hospital-escola.

---

<sup>20</sup> Termo utilizado com significado de ação que é exercida sobre algo mediante “aplicação de um conhecimento em uma ação concreta, efetiva”, segundo Japiassú e Marcondes (2008, p. 223).



## 2 EPISTEMOLOGIA COMPREENSIVA: ensaios de um encontro com o referencial metodológico

O estudo da epistemologia compreensiva surgiu em minha formação de enfermeira, docente e doutoranda como alternativa profícua ao considerar meu itinerário existencial e de pesquisadora. O pensar fenomenológico exige um exercício para a aquisição de um relativo, e nunca acabado, conhecimento filosófico e metodológico que, em sua essência, pede por esclarecimentos das bases conceituais que o constituem. Esboçam-se, aqui, ensaios de um encontro com a fenomenologia que exigirá constantes olhares, reparos, construções e reconstituições, em um processo de aperfeiçoamento contínuo, diante de um tema que se mostra instigante e desafiador.

A busca pelo significado da existência vem imbricada da noção de sentido, e é para o participante construtor de sua história um contínuo devir. A noção de sentido projeta-se como uma tarefa que percorre o tempo, pois está sempre em construção e possibilita uma investida para a compreensão do Ser em seu projeto existencial que, por sua vez, nesta lógica, é dotado de transcendência<sup>21</sup>.

Sob essa ótica,

[...] experienciamos a nós e nossa vida como dependente, em grande parte, de nossas próprias decisões. E isso vale também em relação à finalidade de nossas ações e em relação a um plano de vida como em relação à finalidade e um sentido para a vida global. Compreensão como projeto significa, pois, que o homem dá um sentido para si e para sua vida e como decorrência realiza cada ação com sentido (ZILLES; 2005 p. 110).

Alguns construtos conceituais exigem o olhar de pensadores existencialistas, e convergem para a tríade de dimensões que explicam a existência humana. O ser do homem, como existência, consiste em ser com outros, projetando-se no mundo. Ser no mundo, ser com outros e projeto existencial significam relações inseparáveis, e o ser do homem é esta articulação. Sob o olhar fenomenológico, existir é ser no mundo e o mundo é o contorno do

---

<sup>21</sup>Utilizo este termo com base em Vasconi (1992, p. 81-82) que diz ser o homem dotado de transcendência, movimento que o leva mais além do que lhe é dado, movimento para o futuro e para novos mundos. O mundo originário não é um todo pleno e maciço, nele havendo fissuras e lacunas que esboçam possíveis reestruturações, novos modos de articular os entes e que dão lugar a atividade criativa. Este é o campo da liberdade e da espontaneidade. O pensamento criador permite o surgimento de novos mundos, novos modos de ver e compreender os entes e as relações que os ligam entre si. Tanto o pensamento quanto a atitude se fundam no movimento de transcendência. O homem, por ser transcendência, é história, vai fazendo o mundo ao mesmo tempo que se faz a si mesmo a partir do mundo em que nasceu. É próprio do homem esse movimento pelo qual permanentemente assume e transmuta o sentido originário, é o movimento de transcendência que vai criando novos modos de ser no mundo.

ser, situação à qual está intimamente vinculado. O ser é o que é não como uma subjetividade encapsulada nela própria, mas pela peculiar relação que o vincula ao mundo e que lhe confere identidade. Ainda, existir é ser com outros, nessa precisa relação que o ser estabelece com os demais, e em igual medida na reciprocidade dessa interação. O projeto ou intenção do ser completa essa perspectiva existencial do homem, pois é o que une os pontos dessa trama para configurar-se nas ações que assume, ao dar sentido e valor ao mundo e às relações com os demais (VASCONI, 1995).

É essa estreita relação do homem com seu entorno que lhe confere o sentido da existência, sendo que “antes dizíamos que a realidade era inseparável da subjetividade, agora podemos precisar mais: é inseparável da intersubjetividade já que o ser humano não é um eu solitário, sim primariamente um ser com outros convivendo em um mundo compartilhado” (VASCONI, 1992, p. 80). Nessa perspectiva, surge a noção de intencionalidade<sup>22</sup> como mola propulsora que permite ao ser construir sua essência. Essa criação não é, portanto, um mecanismo que ocorre puramente no interior do ser, é construído na convivência e é dotado de um sentido único para cada ser em suas possibilidades, igualmente singulares, de ser. O olhar voltado para a experiência humana, em suas propriedades de constituição revela os diferentes modos de existir. Caracteriza-se, assim, a vida como a maior possibilidade emergente para o ser que tem o dom de assumir esse projeto existencial e traçar o percurso de seu existir, por meio de suas atitudes. Porém, anterior a tudo isso, está a condição humana que revela a fragilidade inerente e que ao mesmo tempo é constituidora de sentido, pois, sendo dada representa a facticidade existencial<sup>23</sup>, como a propriedade de ser inalienável. A analítica existencial heideggeriana, dizem Santos e Sales (2011, p. 219), “tem seu primado na facticidade do Ser em seu sendo-no-mundo. O filósofo denomina “*factus*” ou facticidade a condição de o homem ser lançado no mundo, de ser entregue independentemente da sua escolha”.

---

<sup>22</sup> Utilizado aqui por ser um conceito central da fenomenologia, como característica definidora da consciência, na medida em que está necessariamente voltada para um objeto: “Toda consciência é consciência de algo”. A consciência só é consciência a partir de sua relação com o objeto, isto é, com um mundo já constituído, que a precede. Por outro lado, esse mundo só adquire sentido enquanto objeto da consciência, visado por ela (JAPIASSÚ e MARCONDES; 2008, p. 150).

<sup>23</sup> Noção introduzida pela fenomenologia contemporânea, segundo Japiassú e Marcondes (2008), para designar a determinação sob a qual é apreendida a existência humana, significando o que não é necessário, mas que simplesmente é. Pode ser interpretada como o fato de que as coisas *estão aí*, simplesmente como são, sem necessidade nem possibilidade de ser de outra forma, ou seja, a consciência é chamada a apreender-se a si mesma como um simples fato (daí o nome facticidade), anterior e irreduzível a toda ideia de necessidade.

Aplicando-se essa noção de facticidade ao caráter da compreensão humana, percebe-se que o ser tem a possibilidade de, ao assumi-la, valorizá-la e interpretá-la, e nesse movimento de autocompreensão, transcender e evoluir. Como diz Vasconi (1992, p. 80), “esta facticidade da subjetividade é um fato intransferível e em contrapartida é a facticidade do mundo. Toda nossa reflexão como nossa ação se apoiam nesta facticidade”.

Santin (2012) expressa que o Ser, sob o olhar heideggeriano, é verbo, é “sendo”, porque o Ser não está parado no tempo. Para o filósofo, o homem é um Ser de compreensão. Ao entender a compreensão como uma dimensão existencial capaz de possibilitar ao ser encontrar sentido no mundo, coloca-se como fio condutor que o torna responsável por seu plano de vida e pelo sentido do viver em sua totalidade. Por outro lado, seu projeto existencial para se configurar pleno de sentido, dificilmente poderá ser um plano solitário, destituído de apoio e solicitude. Requer, para a plenitude de seu existir, dado que o homem é um ser com outros no mundo, o cuidado enquanto íntima constituição.

Para compreender o cuidado no sentido heideggeriano nada melhor do que se refletir acerca da “construção” ontológica que remete à interpretação da essência do homem no *modo-de-ser* que domina sua *passagem temporal no mundo* (HEIDEGGER, 2012, p. 553):

Esse testemunho pré-ontológico<sup>24</sup> ganha uma particular significação não só por ver em geral a ‘preocupação’ como algo a que o *Dasein* humano pertence durante todo o seu ‘tempo de vida’, mas também porque essa precedência da ‘preocupação’ aparece em conexão com a conhecida concepção do homem como *compositum* de corpo (terra) e espírito. *Cura prima finxit*: esse ente tem a ‘origem’ de seu ser na preocupação. *Cura teneatquamdiuvixerit*: o ente não é abandonado por sua origem, mas retido por ela e submetido a seu domínio enquanto esse ente ‘é no mundo’. O ‘ser-no-mundo’ tem o cunho da conformidade-a-ser da ‘preocupação’.

A significação do termo ôntico “*cura*” ou preocupação, no entendimento de Heidegger (2012, p.555), deixa antever um duplo sentido “o qual não significa somente ‘esforço

---

<sup>24</sup> Heidegger (2012, p.551-553) explica a interpretação que o *Dasein* dá de si mesmo como “preocupação” por meio da compreensão de uma fábula antiga (Fábula de Hyginus): “Um dia em que ‘Preocupação’ atravessa um rio, vê um lodo argiloso: pensativa, pega um tanto e começa a modelá-lo. Enquanto reflete sobre o que fizera, Júpiter intervém. ‘Preocupação’ lhe pede que empreste espírito ao modelo, no que Júpiter consente de bom grado. Mas, quando ‘Preocupação’ quis impor-lhe seu próprio nome, Júpiter a proíbe e exige que seu nome lhe deveria ser dado. Enquanto ‘Preocupação’ e Júpiter discutiam sobre o nome, a Terra (*Tellus*) surge também a pedir que seu nome fosse dado a quem ela dera seu corpo. Os querelantes tomam, então, Saturno para juiz, o qual profere a seguinte decisão equitativa: ‘Tu, Júpiter, porque deste o espírito, deves recebê-lo na sua morte; tu, Terra, porque o presenteaste com o corpo, deves receber o corpo. Mas, porque ‘Preocupação’ foi quem primeiro o formou, que ela então o possua enquanto ele viver. Mas, porque persiste a controvérsia sobre o nome, ele pode se chamar *homo*, pois é feito de *húmus* (terra)”.

angustioso’, mas, também, ‘solicitude’, ‘entrega’ [...] o ‘dúplice sentido’ de ‘cura’ significa uma constituição-fundamental em sua essencial dúplice estrutura de projeto”.

Parafrazeando Ayres (2006, p. 61), que estranho personagem é, então, o cuidado?

Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas é ele que fornece ao tempo o conteúdo de seu devir. Essas delicadas dialéticas emergem da alegoria do cuidado como uma indicação de que não podemos explicar a existência nos termos de causa e efeito com que aprendemos a nos apropriar racionalmente de certas dimensões dessa existência [...] como não é possível sequer pensar a identidade de qualquer um deles sem a presença de seu outro. Também não é possível pensar o que antecede e o que sucede, já que a temporalidade só se manifesta como tal a partir da coexistência de todos.

Há em Torralba (2009), uma elucidação acerca das contribuições singulares para compreender o cuidado expressa na narração mitológica de Hyginus sobre a criação na cultura do Mediterrâneo. Sob a ótica do filósofo, a principal contribuição da alegoria reside no fato de que:

muito além da beleza estética do mito e do diálogo circunstancial entre Júpiter, Saturno e Terra, tal relato é particularmente interessante [...] pois nele a ação de cuidar cobra um protagonismo especial. O cuidar, a ação de cuidar, está na mesma gênese do ser humano, pois é cuidado quem cria o homem e lhe protege. Precisamente por isso, a ação de cuidar revela algo muito próprio da humanidade do homem, revela sua íntima constituição [...] mediante a ação de cuidar, o ser humano se humaniza, ou seja, assume plenamente sua humanidade (TORRALBA, 2009, p. 118).

O cuidado constitui o ser e sua expressão no mundo e para o mundo. O ser é um ente de cuidado em sua essência, tanto para se constituir em sua plenitude e em seu processo de crescimento e desenvolvimento, percorrendo a linha do tempo que lhe é dada e pela qual também é responsável, mergulhado em sua facticidade, necessitando do outro para o atendimento de suas necessidades primordiais, quanto para galgar sua evolução humana. É um projeto inacabado dele próprio, enquanto possibilidade contínua de vir a ser, na perspectiva possível de aprimoramento de seu projeto existencial (HEIDEGGER, 2012).

Assim, Heidegger (2012, p.511) esclarece:

o fenômeno da *angústia* está posto na base como um estado-de-ânimo do encontrar-se [...] possibilidade-de-ser-do *Dasein* e o *Dasein* ele mesmo que nela se abre, fornece o solo fenomênico para a explícita apreensão da originária totalidade-de-ser do *Dasein*, cujo ser se desvenda como a *preocupação* [...] Semelhantes fenômenos são a vontade, o desejo, a inclinação e o impulso. A preocupação não pode derivar desses fenômenos, porque eles nela se fundam.

Nessa ótica, o cuidado revela-se como formador de sentido para o homem, à medida que o que experiencia lhe possibilita continuamente interpretar seu cotidiano, ao mesmo tempo imbricado nesse mecanismo com a capacidade da dimensão compreensiva que lhe habilita evoluir nesse círculo da vida, enquanto finalidade e fundamento de suas ações.

Para a Enfermagem, ciência e arte do encontro e do cuidado, imbuir-se desse olhar fenomenológico permite, ao apropriar-se de modo genuíno dessas concepções, favorecer o caminhar junto ao outro em seu propósito existencial; preocupar-se com a leitura compreensiva das mudanças existenciais ao compreender a saúde e a doença enquanto dimensões existenciais que circundam o ser — possibilidades sempre presentes. A perspectiva compreensiva pode auxiliar a Enfermagem a analisar, entender e exercer o cuidado de forma sensível, vencendo as distâncias, para que, no emergir da autenticidade do ser que cuida e do ser que é cuidado, possa construir um novo itinerário, pleno de sentido para ambos. Esse projeto compartilhado, dialógico<sup>25</sup>e, portanto, intersubjetivo, é capaz de colorir com as cores da natureza humana, corpo e alma em um só movimento, completando sua presença no mundo.

Todos os que buscam sentido, questionando a existência, tornam-se abertos a inúmeras possibilidades que, além de aproximá-los à própria essência, os aproxima da essência humana de quem com eles partilha o estar-no-mundo. Cientes de a humanidade todos são capazes de usá-la em favor próprio, adotando estratégias de autocuidado ativo e reflexivo a favor dos que nos rodeiam, em um movimento de cuidado compassivo, adquirindo elementos de uma atitude fenomenológica diante das essências, livre de pré-julgamentos, potencializando no outro a descoberta de seu próprio sentido como ser no mundo. Essa relação é plena de um experimentar significativo e pode vir a ressignificar a gênese do cuidado de si e do outro.

A partir dos conceitos da epistemologia compreensiva, ao se adotar a fenomenologia hermenêutica como recurso metodológico em investigação científica é possível desvelar um fenômeno, alcançando os significados que o constituem em sua essência a fim de compreendê-los. Tem-se como finalidade buscar o vivido do outro, sem interpretação própria. Possibilitar que o ser do outro se revele, auxiliar para que a consciência de si, a do participante, venha a emergir em uma perspectiva de encontro e conversação em profundidade. Significa despertar a consciência que o Ser tem sobre sua maneira de estar no

---

<sup>25</sup>Termo utilizado aqui tomando por base Torralba (2009) significando uma postura interna de voltar-se para o outro utilizando corpo e alma, na tentativa de apreender a totalidade do outro. Esse movimento de voltar-se para o outro, com reciprocidade e franqueza, possibilita conceber e ser concebido como ser humano, e, a partir daí, dialogar com autenticidade.

mundo e de se posicionar face às situações vividas. É o encontro do ser em sua maneira singular de vivenciar o mundo.

Nessa perspectiva, a articulação entre cuidado e fenomenologia – em sua vertente hermenêutica – configura-se como construto constituidor de sentido para a leitura dos processos que, imbricados no acontecer da Enfermagem Pediátrica, enquanto área do conhecimento, teoria e prática, podem favorecer esse encontro revelador das essências desse mundo em contínuo desabrochar, ao se dar voz aos atores desse cenário existencial.

Os elementos desse acontecer merecem ser desvelados pelo que representam para a Enfermagem Pediátrica no âmbito institucional, na perspectiva hospital-escola, em âmbito regional, nacional e, quiçá, extrapolem os muros nacionais, na esfera da internacionalização.

### 3 COMPREENSÃO DA HERMENÊUTICA: um caminho para buscar o sentido

Inicialmente, em defesa da opção pelo método hermenêutico para interpretação dos materiais qualitativos, cabe considerar que a redescoberta fenomenológica do mundo da vida articulada à nova compreensão da linguagem leva a uma troca profícua de ideias entre a fenomenologia e a hermenêutica filosófica (REINERS, 2012). Reafirma-se, nessa aliança, um leque de possibilidades para a compreensão de significados emergentes do contexto do cuidado, em um cenário em que os atores estão mergulhados em um mundo de incessantes necessidades de escolha para tomada de decisões, e em que o compromisso com a vida é precursor das atitudes e deliberações.

As primeiras obras a tratarem das questões fundamentais da hermenêutica já a entendiam como a arte da interpretação. As hermenêuticas tradicionais, até o final do século XVIII, consistiam em uma técnica para interpretar corretamente textos sagrados, seculares e legais. Atualmente, transformaram-se em uma forma não apenas de leitura e entendimento de textos, mas de descrição da natureza do entendimento humano em si (LAWN, 2007).

Na atualidade, quando se trata da questão da hermenêutica esta não se resume ao problema da interpretação teológica da Sagrada Escritura, ou somente de questões mais abrangentes da compreensão e interpretação históricas das ciências do espírito, mas do problema fundamental de ordem filosófica acerca da compreensão em sua essência e em suas estruturas, em suas condições e seus limites (ZILLES, 2005).

Zilles (2005, p. 106) especifica que

a hermenêutica filosófica não se restringe a uma doutrina sobre o método das ciências do espírito, mas busca, outrossim, um fundamento comum para os diferentes métodos das ciências do espírito e das ciências da natureza enquanto ciência. O objeto próprio da hermenêutica não é o mundo objetivo das coisas, mas sua compreensão como é representada em textos, imagens e construções. Fazem parte, ainda, da hermenêutica filosófica o próprio ato de compreender e as pressuposições interiores do sentido que se articula em textos e outras expressões. Por isso o mundo só se torna acessível como compreensão de sentido.

O termo hermenêutica, como é conhecido até os dias de hoje, remonta aos tempos modernos, mais especificamente adotado por Schleiermacher com caráter estritamente filosófico. Esse filósofo o empregou para construir uma doutrina universal da compreensão, pois, em sua concepção, a hermenêutica já se tratava da “arte de compreender”. E, nesse sentido, Schleiermacher partia do princípio de ser uma arte que não visa ao saber teórico, mas ao uso prático, levando à técnica da boa interpretação de um texto falado ou escrito. A

hermenêutica tem como base compreender cada pensamento a partir de um “contexto vital” do qual é resultante. Por não alcançar uma formulação completamente satisfatória, a questão foi retomada e aperfeiçoada por Heidegger, Gadamer e Ricoeur, com matizes diversos, persistindo até hoje como um dos eixos fundamentais do debate epistemológico e da teoria das ciências, com particular enfoque no campo das ciências humanas (ZILLES, 2005).

Um dos principais filósofos, preocupado em alcançar e formular uma teoria da interpretação do Ser, Paul Ricoeur<sup>26</sup>, deixou como legado a compreensão da hermenêutica como a interpretação do sentido, entendendo a hermenêutica como a teoria das operações de compreensão em sua relação com a interpretação dos textos (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).

Para Japiassú e Marcondes (2008, p. 241), o pensamento antropológico de Ricoeur considera

[...] o símbolo que exprime nossa experiência fundamental e nossa situação no ser. É ele que nos reintroduz no estado nascente da linguagem. Porque o símbolo nos leva a pensar. E como a hermenêutica visa uma decifração dos comportamentos simbólicos do homem, a um ‘trabalho de pensamento que consiste em decifrar o sentido oculto no sentido aparente’ [...].

Segundo Ricoeur (1990), para a análise estrutural do discurso é fundamental o entendimento de que a explicação é o caminho obrigatório da compreensão, não significando que a explicação possa, em contrapartida, eliminar a compreensão. O traço primeiro e fundamental do discurso, objetivado na obra estruturada, é que ele é constituído por um conjunto de frases em que alguém diz algo a alguém a propósito de alguma coisa.

Nesse sentido, a hermenêutica pode ser entendida como

[...] a arte de discernir o discurso na obra. Mas este discurso não se dá alhures: ele se verifica nas estruturas da obra e por elas. Consequentemente, a interpretação é a réplica desse distanciamento fundamental constituído pela objetivação do homem em suas obras de discurso, comparáveis à sua objetivação nos produtos de seu trabalho e de sua arte (RICOEUR, 1990, p. 52).

---

<sup>26</sup> Paul Ricoeur (1913-2005): fenomenólogo francês, nascido em Valence, foi decano honorário da Universidade de Paris e presidente do Instituto Internacional de Filosofia, um dos mais importantes filósofos de nossa época. Adota a hermenêutica como a base de seu trabalho, e elabora uma filosofia da linguagem capaz de elucidar as múltiplas funções do significado humano, entendendo que todo o pensamento moderno tornou-se interpretação (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).



Ricoeur (1996), em sua obra intitulada Teoria da interpretação, esclarece que se o discurso é produzido como um evento compreende-se como significação:

assim como a dialética de evento e significação permanece implícita e é difícil de reconhecer no discurso oral, a da explicação e compreensão é totalmente impossível de identificar na situação dialógica, que chamamos conversação. Explicamos alguma coisa a alguém para que ele possa compreender e o que ele compreendeu pode, por sua vez, explicá-lo a um terceiro. Assim, a compreensão e a explicação tendem a sobrepor-se e a transitar uma para a outra. Suporei, no entanto, que na explicação explicamos ou desdobramos o âmbito das proposições e significados, ao passo que na compreensão compreendemos ou apreendemos como um todo a cadeia dos sentidos parciais num único ato de síntese (p. 85).

O filósofo complementa que “a interpretação é um caso particular de compreensão. É a compreensão aplicada às expressões escritas da vida” (RICOEUR, 1996, p.85). Considera, ainda, a interpretação como uma espécie de processo, afirmando que compreender o sentido do participante e compreender o sentido da enunciação constitui um movimento circular, em que a compreensão se dirige mais para a unidade intencional do discurso, e a explicação visa mais à estrutura analítica do texto.

Ricoeur (1996) propõe, para o entendimento do que ele denomina dinâmica da leitura interpretativa, a argumentação dialogada entre explicação e compreensão enquanto fases de um único processo que ocorre, inicialmente, como um movimento da compreensão para a explicação para, a seguir, dirigir-se da explicação para a compreensão. Nesse sentido, em um primeiro momento, a compreensão será uma captação ingênua do sentido do texto como um todo, e num segundo momento será um modo sofisticado de compreensão apoiada por procedimentos explicativos.

Lawn (2007), em sua compreensão da *hermenêutica filosófica gadameriana*, esclarece que a ideia do círculo se refere ao constante movimento de rotação entre uma parte do texto e seu significado total, afirmando que “quando fazemos sentido de um fragmento do texto estamos, simultaneamente, interpretando o todo” (p. 12). Essa compreensão é reveladora de que o círculo hermenêutico é a projeção interpretativa do *Dasein* sobre o mundo na forma de projetos individuais, das atividades e da pré-estrutura de base para a formação dos projetos e encontra-se em constante movimento com eles.

A leitura que Ricoeur (1990) faz da contribuição de Heidegger para a hermenêutica é elucidar as condições ontológicas que seriam anteriores ao empreendimento epistemológico, ou seja, o de questionar a hermenêutica considerada uma teoria do conhecimento para recolocar, antes de tudo, as questões do método sob o controle de uma ontologia prévia. Segundo Ricoeur (1990, p. 30), com Heidegger “surge uma questão nova: ao invés de nos

perguntarmos como sabemos, perguntaremos qual o modo de ser desse ser que só existe compreendendo”.

A interpretação de Ricoeur (1990, p. 30) quanto ao *sentido do ser* conduz à proposição de que “a teoria do conhecimento é, desde o início, transformada por uma interrogação que a precede e que versa sobre o modo como um ser encontra o ser.

Mesmo que a ênfase recaia sobre o *Dasein*, sobre o *ser-aí que somos nós* [...] *Dasein* designa o lugar onde a questão do ser surge, o lugar da manifestação. Compete à sua estrutura, como ser, ter uma *pré-compreensão* ontológica do ser [...] O desafio da filosofia hermenêutica consistirá, pois, na ‘explicitação desse ente relativamente à sua constituição de ser’ (RICOEUR, 1990, p. 30-31).

Uma análise do *Dasein*, por conseguinte, pressupõe a exigência primeira da pergunta pelo Ser. Somente a partir de então a questão da conquista e da segurança ao modo que direciona o acesso ao *Dasein* pode tornar-se reconhecido. Porém, a esse ente não se pode aplicar de modo imperativo nenhuma ideia de ser e de realidade efetiva, por mais que ela possa ser entendida por si mesma, e ao *Dasein* não devem ser atribuídas categorias previamente delineadas (HEIDEGGER, 2012).

O *Dasein* não é um caso de ente para a representação do ser por abstração, mas precisamente a sede do entendimento-do-ser. [...] a questão-do-ser, no relativo ao perguntável, exige a conquista e a prévia segurança do correto modo-de-acesso ao ente. Mas damos o nome de “ente” a uma multiplicidade deles e em diversos sentidos. Ente é tudo aquilo de que discorremos, que visamos, em relação a que nos comportamos desta ou daquela maneira; ente é também o que somos e como somos nós mesmos. Ser reside no ser-que e no ser-assim, na realidade, na subsistência, no consistente, na validade, no *Dasein*, no “dá-se” (HEIDEGGER, 2012, p. 45-49).

O autor destaca ainda que,

olhar para, entender e conceituar, escolher, aceder a são comportamentos constitutivos do perguntar e assim são eles mesmos *modi-de-ser* de um determinado ente, do ente que nós, os perguntantes, somos cada vez nós mesmos. [...] elaborar a questão-do-ser significa tornar transparente um ente – em seu ser. [...] como *modus-de-ser* [...] esse ente que somos cada vez nós mesmos e que tem, entre outras possibilidades-de-ser, a possibilidade de ser do perguntar, nós o apreendemos terminologicamente como *Dasein*. Fazer expressamente e de modo transparente a pergunta pelo sentido de ser exige uma adequada exposição prévia de um ente (*Dasein*) quanto ao seu ser (HEIDEGGER, 2012, p. 45-47).

O *Dasein* significa um ente que, entendendo-se em seu ser, comporta-se em relação a esse ser. Desta forma, se designa o conceito formal de existência. O *Dasein* existe. Além disso, *Dasein* significa o ente que eu sou cada vez eu mesmo. Ao *Dasein* existente pertence o

ser-cada-vez-meu como maneira de viver resultante da possibilidade de propriedade e impropriedade. O *Dasein* existe cada vez em um desses *modi* ou em sua indiferença no modo de existir (HEIDEGGER, 2012, p. 169).

Para alcançar a compreensão de *Dasein* como “ser no mundo”, Heidegger (2012) aponta a necessidade de uma análise do fenômeno em sua totalidade, a partir de um tríplice ponto de vista: o primeiro corresponde ao “*em-o-mundo*”, momento em que se interroga a estrutura ontológica do “mundo”, suscitando a ideia de *mundidade*; o segundo ao “ente” que é cada vez no modo do ser-em-o-mundo, significando o que é perguntado no “*quem?*”; e o terceiro ponto de vista reside no “ser-em” como tal, implicando a premissa que a constituição ontológica do *ser-em* ele mesmo deve ser colocada à mostra, numa visão do todo do fenômeno.

Acerca da interpretação do *Dasein*, Heidegger (2012, p. 73) pondera:

[...] o modo-de-acesso e o modo-de-interpretação devem ser escolhidos de forma que esse ente possa se mostrar em si mesmo a partir de si mesmo. Devem certamente mostrar esse ente como ele *é de pronto e no mais das vezes* em sua mediana *cotidianidade*. E nessa *cotidianidade* não devem ser mostradas estruturas quaisquer e fortuitas, mas estruturas essenciais, que sejam persistentes em cada modo-de-ser do *Dasein* factual, como determinantes-do-ser. É com referência à constituição-fundamental da *cotidianidade* do *Dasein* que o ser desse ente surge e é provisoriamente posto em relevo.

Para o entendimento dessa concepção, Ricoeur (1990, p.33) esclarece que se deve reconquistar, nessa pretensão do sujeito, “a condição de *habitante* desse mundo, a partir da qual há situação, compreensão e interpretação [...] É necessário, antes, *encontrar-se* (bem ou mal), *encontrar-se aí* e *sentir-se* (de certa maneira), antes mesmo de *orientar-se*”. Complementa o filósofo, que assim surge o compreender. A primeira função do compreender é a de orientar o ser em uma situação. O compreender não se dirige à apreensão de um fato, mas à de uma possibilidade de ser.

Relacionando essa perspectiva com as questões metodológicas envolvidas na hermenêutica,

[...] compreender um texto, diremos, não é descobrir um sentido inerte que nele estaria contido, mas revelar a possibilidade de ser indicada pelo texto. Desta forma seremos fiéis ao compreender heideggeriano que é, essencialmente, um *projetar* ou, de modo mais dialético e mais paradoxal, um *projetar* num *ser lançado* prévio [...] ‘Este projeto não possui nenhuma relação com um plano de conduta que o ser-*aí* teria inventado e segundo o qual edificaria seu ser: enquanto ele é ser-*aí*, este já se projetou sempre e permanece em projeto enquanto for’ [...] (RICOEUR, 1990, p. 33).

Não obstante, surge outro questionamento básico, que trata da dificuldade que reside em se obter a devida distância quando o objeto de investigação é o mesmo participante. Porém, como afirma Torralba (2005), o ser humano tem a capacidade de distanciar-se da realidade, convertendo-se em espectador de si mesmo, ao mesmo tempo em que é ator no mundo em que vive. Significa dizer que tem a capacidade de colocar-se a distância, em uma lógica de afastamento, e observar-se a si mesmo para descrever-se do modo mais objetivo possível.

Por outro lado, essa identidade produzida entre sujeito e objeto, tem uma forma de leitura, por meio da qual é precisamente essa identidade que possibilita ao homem penetrar muito mais profundamente no objeto, pois conhece sua interioridade, seu mundo pessoal que se encontra muito além do objeto externo. Segundo as bases da Antropologia, a tarefa que se impõe é a da interiorização, ainda que não se deva generalizar o olhar próprio sobre si mesmo, porém, somente a partir de uma análise introspectiva do eu é possível compreender a realidade íntima do outro (TORRALBA, 2005).

Ao discorrer sobre o significado de interpretar, Ricoeur (1990, p.56) argumenta:

Se não podemos definir a hermenêutica pela procura de um outro e de suas intenções psicológicas que se dissimulam por detrás do texto; e se não podemos reduzir a interpretação à desmontagem das estruturas, o que permanece para ser interpretado? Responderei: interpretar é explicitar o tipo de ser no mundo manifestado *diante* do texto.

Ainda em relação ao mundo do texto, o filósofo conclui que é esse tipo de *distanciamento* que a experiência hermenêutica deve incorporar:

[...] tomando o exemplo da linguagem metafórica<sup>27</sup> a ficção é o caminho privilegiado da descrição da realidade, e a linguagem poética é aquela que, por excelência, opera o que Aristóteles, refletindo sobre a tragédia chamava de a *mimesis* da realidade. A tragédia, com efeito, só imita a realidade, porque a recria através de um *mythos*, de uma fábula, que atinge sua mais profunda essência (RICOEUR, 1990, p. 57).

Para esse autor, “o que deve ser interpretado, num texto, é uma proposição de mundo, de um mundo tal como posso habitá-lo para nele projetar um de meus possíveis mais próprios. É o que chamo de o mundo do texto, o mundo próprio a este texto único” (RICOEUR, 1990,

---

<sup>27</sup> Aqui, o filósofo reporta-se a metáfora como figura de retórica, segundo Japiassú e Marcondes (2008, p. 186), “pela qual se faz uma comparação, utilizando-se uma palavra que denota uma coisa para representar uma qualidade definidora de outra”.

p. 56). Esse mundo do texto não é o da linguagem cotidiana, constituindo uma nova espécie de distanciamento entre o real e si mesmo. Significa o distanciamento que a ficção introduz na apreensão do real. Por meio da ficção, da poesia, instauram-se novas possibilidades de ser-no-mundo na realidade cotidiana. E Ricoeur (1990, p. 57) ressalta: “ficção e poesia visam ao ser, mas não mais sob o modo do ser-dado, mas sob a maneira do poder-ser. Sendo assim, a realidade cotidiana se metamorfoseia em favor daquilo que poderíamos chamar de variações imaginativas que a literatura opera sobre o real”.

“Compreender-se diante da obra” é, para Ricoeur (1990, p. 57, 58), uma dimensão última e fundamental da noção de texto que merece ser aprofundada, considerando-se a importância do texto como mediador para a compreensão de nós mesmos, em que entra em cena a subjetividade do leitor. Daquilo que o leitor, finalmente, se apropria é uma proposição de mundo:

[...] esta proposição não se encontra *atrás* do texto, como uma espécie de intenção oculta, mas *diante* dele, como aquilo que a obra desvenda, descobre, revela. Por conseguinte, compreender é *compreender-se diante do texto*. Não se trata de impor ao texto sua capacidade finita de compreender, mas de expor-se ao texto e receber dele um *si* mais amplo, que seria a proposição de existência respondendo, da maneira mais apropriada possível, à proposição de mundo. A compreensão torna-se, então, o contrário de uma constituição de que o sujeito teria a chave. A este respeito, seria mais justo dizer que o *si* é constituído pela “coisa” do texto (RICOEUR, 1990, p. 58).

Gadamer<sup>28</sup> (2014) faz uma associação da hermenêutica com o conjunto de experiências de mundo que se vive, ao tratar da compreensão como objeto de reflexão e explica que:

[...] compreender e interpretar textos não é um expediente reservado apenas à ciência, mas pertence claramente ao todo da experiência do homem no mundo [...] Ao se compreender a tradição não se compreendem apenas textos, mas também se adquirem discernimentos e se reconhecem verdades (p. 29).

O filósofo faz um apelo para que toda a reflexão sobre o que é a verdade nas ciências do espírito não desconsidere a tradição histórica, devendo haver um esforço para o entendimento do universo da compreensão mediante a conscientização de que a própria

---

<sup>28</sup> Hans-Georg Gadamer (1900-2002) é um dos mais famosos filósofos europeus dos últimos tempos. Conhecido como autor de *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Suas obras abrangem todo o âmbito da hermenêutica, em um constante diálogo com Platão, Aristóteles, Hegel, Heidegger e outros pensadores contemporâneos (LAWN, 2007).

compreensão e a interpretação “não são uma construção a partir de princípios, mas o aperfeiçoamento de um acontecimento que já vem de longe” (GADAMER, 2014, p.33).

Diante dessas premissas concebe-se a hermenêutica como um modo particularmente apropriado para, a partir de uma abertura da pesquisadora para o mundo da vida da Enfermagem Pediátrica do HCPA, ultrapassar as barreiras do encoberto e trazer à luz do conhecimento esse universo hermenêutico, sob a ótica daqueles que fazem acontecer o processo de cuidado em sua historicidade desde sua concepção.

## 4 REVISITANDO SABERES: fenômeno do cuidado

A ideia central deste estudo reside na perspectiva de compreender o fenômeno do cuidar constituído pela enfermagem pediátrica na temporalidade de sua existência, em um mundo dinâmico, que privilegia as relações que ocorrem ininterruptamente no cenário do cuidado. O cuidado é exercido no cotidiano e é mantido por um fluxo contínuo de ações que se mesclam e se sucedem continuamente e que acompanham a existência humana.

Essas concepções traduzem-se na experiência de quem desenvolve o cuidado em sua essência e quem o recebe em sua concretude, e fazem parte do referencial construído para ancorar este estudo, a partir do qual se pretende lançar um olhar sobre o cuidar e o cuidar a criança e a família no mundo do hospital, na intenção de revelar elementos que se constituam em subsídios teóricos para esta investigação.

### 4.1 Um olhar sobre o cuidar

Tendo como ponto de partida o prisma da cotidianidade, sob o olhar da Fenomenologia Heideggeriana, o ser humano é pensado em seu modo de ser no mundo. Esse modo de ser é a vida (como existência) em dupla apresentação: em seu modo de lidar com os entes no presente e, por outro lado, em sua perspectiva de existência no futuro e no passado. Esse olhar permite a articulação entre ser e tempo, entre *Dasein* (ser-aí) e ser, entre cuidado e temporalidade (STEIN, 2004a).

A *temporalidade* pode ser esclarecida como o sentido do ser desse ente que é denominado *Dasein*, nesse sentido “sendo, o *Dasein* entende algo assim como ser. Mantendo-se essa conexão é preciso mostrar que aquilo a partir de que o *Dasein* em geral entende e interpreta de modo inexpresso algo assim como ser é o *tempo*” (HEIDEGGER, 2012, p. 75).

Um dos aspectos da problemática da temporalidade é, ainda, conforme Heidegger (2012, p.95),

[...] a interpretação do ser do ente está orientada pelo ‘mundo’, isto é, pela ‘natureza’ no sentido mais amplo, e que ela conquista de fato o entendimento do ser a partir do ‘tempo’. O documento externo desse entendimento – por certo que *somente* isso – é a determinação do sentido de ser [...] o que ontológico-temporalmente significa ‘presença’. O ente é apreendido em seu ser como ‘presença’, a saber, é entendido em referência a um determinado *modus* do tempo – o ‘presente’.

Monteiro et al., (2006) esclarecem que, na concepção heideggeriana, as coisas somente acontecem na presença do *ser-aí* (*Dasein*), naquilo que separa o homem de outros entes, e que essa presença é uma condição de mundo, é sempre uma abertura de mundo. Para o filósofo o mundo não se configura um espaço topográfico, mas reflete e compreende as várias formas de se relacionar, viver e se comportar.

*Dasein* está aberto a possibilidades de criar seus próprios sentidos para a vida, a fim de alcançar sua existência autêntica<sup>29</sup>. A expressão *existência* para Heidegger não significa realidade ou aquilo que está no mundo, mas existência, como é tratada em *Ser e Tempo*<sup>30</sup>, se compreende como o que, em verdade, emerge, desvela e se constitui de três aspectos – a facticidade, como o *estar-aí*, lançado no mundo, sem alternativas de escolhas; a decadência como modo de ser do cotidiano, sujeito ao domínio do impessoal e caracterizado pela curiosidade e ambiguidade; e a transcendência, um modo de projetar-se para além de si e descobrir o próprio sentido (MONTEIRO et al., 2006).

Esse “ser-no-mundo” precisa de uma estrutura descritível e que possua a marca fundamental da condição humana, que significa o cuidado, a cura, a estrutura de “ser-aí”. A estrutura de cuidado, nessa relação, se estabelece na tríade: facticidade, decadência e transcendência (STEIN, 2004b). O homem, ao ser lançado no mundo, tem a possibilidade de ser livre para exercer a sua existência, sendo que “o cuidado dá significado à vida e à existência do homem. Ser-no-mundo é cuidar, cuidar-se. É uma maneira de buscar a autenticidade” (NUNES, 1995, p. 52).

Para Heidegger, o homem é um fato irreversível. O *Dasein* é um ente qualificado com a superioridade de ser um ente que compreende o ser e que assim se compreende a si mesmo e, portanto, acessa um modo de conhecimento peculiar e que se refere à autocompreensão. Aí entra a noção hermenêutica do *Dasein*, ou analítica existencial, que introduz uma nova maneira de falar das coisas e do ser humano, a partir da compreensão do ser. Com isso se

---

<sup>29</sup> Na filosofia de Heidegger, segundo Japiassú e Marcondes (2008, p. 21-22), “a autenticidade ou a existência autêntica é a modalidade do *ser-aí* (*Dasein*) que assume sua situação de ser-para-a-morte, em vez de refugiar-se na inautenticidade do *On* (*das Man*), isto é, na banalidade do cotidiano”.

<sup>30</sup> Obra mais marcante de Martin Heidegger (1927) que permanece inacabada. Caracterizada pelo objetivo principal de determinar o sentido do ser (ontologia), por meio da análise fenomenológica das diferentes modalidades de nossa presença no mundo (de nosso *Dasein*: “ser – aí”, “existência”, ou “presença”). Nela, o filósofo esclarece que o sentimento original da existência o homem o percebe na angústia, pela qual se compreende como ser para a morte. Ao refletir sobre sua condição de *Dasein*, esbarra com a contingência de seu nascimento (passado) e com a inelutabilidade da morte (futuro). O resultado é o sentimento autêntico da finitude, real condição humana (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008, p. 251).



supera a objetificação das coisas e do ser humano, e se estabelece um modo de dar-se, em um processo compreensivo (STEIN, 2004a).

Nesse sentido, o ser humano traz consigo dimensões extremamente originais, o que leva à necessidade de percebê-lo no contexto único de seu acontecer. Isso implica reconhecer a característica do ser humano de ser o lugar a partir do qual tudo o que se objetiva vem e acontece, e, portanto, ele próprio tem uma dimensão que ultrapassa o modo de dar-se das coisas e acontecimentos. O ser humano, por sua peculiaridade de se apresentar com um mundo e como ser-no-mundo, e por isso formador de mundo, é condição de possibilidade da manifestação de qualquer realidade. Nessa perspectiva, a fenomenologia abre caminho para que se descreva o modo de ser do ser humano, como condição de possibilidade de qualquer conhecimento objetivo (STEIN, 2004a).

Uma passagem heideggeriana ilustra o caráter da essência do Ser na subjetividade da existência:

Seguramente que o nível da essência do homem não consiste em ele ser a substância do ente como se fosse seu ‘sujeito’, para logo em seguida, sendo o detentor do ser, deixar que o caráter de ser-um-ente do ente se esvaia nessa por demais aplaudida ‘objetividade’. O homem é muito mais ‘jogado’ na verdade do ser pelo próprio ser e isto de tal modo que, assim *ek-sistindo*, guarda a verdade do ser para que o ente brilhe como o ente que é na luz do ser. Se e como ele brilha, se e como o deus e os deuses, a história e a natureza se achegam adentrando a clareira do ser, se fazem presentes e voltam a se ausentar, isto tudo não é o homem que decide. O advento do ente repousa no destino do ser. Para o homem, porém, fica aberta a possibilidade de saber se ele encontrará no elemento destinamental de sua essência o que corresponde a esse destino; pois em conformidade com isto, ele, enquanto aquele que *ek-siste*, deve guardar a verdade do ser. O homem é o pastor do ser (CASANOVA, 2009).

A vida, concebida como existência, apresenta significados e valores concedidos pelo ser no mundo. O estar no mundo dá ao ser humano possibilidades de crescer e desenvolver as suas potencialidades, conferindo-lhe condições de “vir a ser” (MOTTA, 1997). Ser, dessa forma, implica alguém em vias de tornar-se algo. Sob esse prisma, o homem é um projeto inacabado, um “sendo” que se questiona acerca do ser, entidade que está em condições de refletir sobre seu próprio ser, contemplar-se como um ser-no-mundo que tem condições de relacionar-se, fazer coisas, experienciar (WALDOW, 2008). Ao mesmo tempo, “o conhecimento do mundo é já um modo de ser no mundo, e não um distanciamento do mundo. A transcendência é, portanto, um plano de imanência<sup>31</sup>, desde o qual o humano se constrói

---

<sup>31</sup> Significa “a qualidade daquilo que pertence ao interior do ser [...] diz-se que é “imaneente” aquilo que é interior ao ser, ao ato, ao objeto que consideramos”, segundo Japiassú e Marcondes (2008, p. 143-144).

conhecendo (-se) [...] é na circularidade hermenêutica que mais fecundamente o Ser pode vir a conhecer-se” (AYRES, 2006, p. 62).

É na relação com o outro, e através do outro, que o ser passa a assumir a sua existência humana, iniciando o autoconhecimento e o reconhecimento de sua individualidade, através da manifestação de sua maneira própria de ser (MOTTA, 1997).

Ayres (2006, p. 63) explica o sentido de “tomar-se para si” do *Dasein*, na perspectiva heideggeriana da ontologia existencial, como o sentido mais exato da ideia de “responsabilizar-se” que propõe que “cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza”.

Resgatando a essência dessa identidade, o cuidado se constitui em um modo de ser. O “ser-no-mundo” caracteriza-se pelo cuidar, por estar em relação e, desse modo, se completando, se fazendo, indicando capacidades para o emergir do poder, da força e do vigor para realizar seus projetos existenciais (WALDOW, 2008). Nesse sentido, enfatizando o aspecto da alteridade na constituição da identidade do Ser, Ayres (2006, p. 60) reforça que “a identidade de cada um se faz sempre, portanto, na presença de seu outro. A alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade e vice-versa”. O caminho heideggeriano sugere que é na condição de um cuidar-se, um “tratar de ser”, e ao mesmo tempo em que é um acontecimento individual é, em contrapartida, uma relação necessária com o outro, “com um mundo compartilhado que forja a identidade de todos e de cada um – que se torna possível compreender a existência humana” (AYRES, 2006, p. 58).

O cuidado pressupõe a alteridade. Para Torralba (2009) a dimensão interpessoal constitui uma das dimensões mais importantes da condição humana, e está vinculada intimamente a uma questão de possibilidade que se manifesta na esfera transcendental do cuidar. O filósofo explica que o ser humano é um ser aberto ao seu entorno, aberto ao mundo e, de maneira peculiar, aberto ao seu semelhante, sendo a abertura elemento constitutivo do Ser. Assim, “o centro da vida humana não é o eu, mas o tu, o que significa que o centro de gravidade de minha ação e de meu pensamento está fora de mim mesmo” (TORRALBA, 2009, p. 135).

Nesse sentido, ao pensar sobre o cuidado à infância, na perspectiva do desenvolvimento humano, no papel desempenhado pela família e no cuidado desenvolvido pela enfermagem, depara-se com a necessidade de entender a pessoa como uma estrutura pluridimensional e plurirrelacional. Conforme Torralba (2005), é necessário distinguir dois processos primordiais: o processo de estruturação e o processo de desestruturação no ser humano. A pessoa não nasce por geração espontânea, mas, sim, sua formação ocorre por meio

de um processo de ontogênese. A gênese dessa estrutura reside no seio materno, e se constitui de forma lenta e gradual, biograficamente, o que significa dizer que esse processo está para além do sentido genético ou somático do termo, mas especialmente no sentido histórico e cultural. O processo de construção da estrutura humana, para Torralba (2005), abrange uma complexa trama de elementos, e nele interagem distintas dimensões e forças e acontece de forma contínua durante toda a vida humana.

No entender de Torralba (2005), o que diferencia qualitativamente o crescimento humano são as conotações de tipo estético, ético, emocional, religioso, político, social, intelectual, ou seja, também é possível crescer em múltiplas dimensões. Por outro lado, por não ser uma estrutura absoluta e inalterável, a pessoa pode sofrer processos de desestruturação não apenas no sentido material do termo, mas nas várias dimensões apontadas. Para esse filósofo, a pessoa humana não é uma estrutura fixa e estática, mas uma estrutura moldável, pois adquire formas e manifestações muito distintas ao longo de sua existência. Em sentido filosófico, a pessoa é uma estrutura e isso significa estar constituída, de forma dinâmica, por elementos integrantes de cada um desses sistemas: os de caráter orgânico e os de caráter psíquico. Nessa perspectiva, “estruturar é, em última instância, construir e aí reside o sentido do cuidar”<sup>32</sup> (TORRALBA, 2005).

Construções dialógicas podem possibilitar um cuidado autêntico, capaz de propiciar uma reconstrução do ser diante das vicissitudes da existência. Em linguagem sensível, Zarth (2013, p. 88), ao propor um enfoque transdisciplinar aos processos educativos, assim se expressa:

Ao se retomar assuntos e se ‘reconversar’ sobre eles novos saberes se farão presentes nesse processo dinâmico e mútuo. Além de novos saberes, novas ações emergem, pois sempre se sofre modificações frente ao pensar e o repensar, em especial sobre temáticas condizentes não apenas com situações relevantes e de abrangência social para o outro, mas situações que se refletem nas significações de cada um e, portanto, no seu viver.

Torna-se fecundo, então, refletir com Torralba (2005) sobre a articulação entre educação e cuidado quando estão em jogo os processos de estruturação e desestruturação, movimentos fundamentais da existência humana. Nessa perspectiva, educar é estruturar, ou melhor, dar elementos ou instrumentos para uma estruturação da pessoa em todos os níveis e em todos os sentidos. Por outro lado, cuidar, em uma perspectiva antropológica, visa à pessoa em sua totalidade, porque ao vivenciar um processo de desestruturação, esta é global em seu

---

<sup>32</sup> Tradução livre da obra na versão em espanhol pela pesquisadora.

ser, pois a desestruturação jamais afeta apenas uma parte do ser, mas todas as suas dimensões.

A concepção de uma hermenêutica do cuidado é ponderada por Ayres (2006, p. 57):

[...] a atitude, a condição e a ação de “estar cuidando” são as que melhor nos permitem compreender o sentido de nossa existência como seres humanos. [...] nesse sentido filosófico-existencial, o cuidado [...] é entendido como o elemento existencial que permite a autocompreensão e a (re) construção contínua e simultânea da condição humana.

O cuidar também significa solicitude, preocupação com e estar com. A Enfermagem tem se destacado, como uma das únicas áreas até mais recentemente, fora da filosofia, a se dedicar de forma mais ampla e profunda ao cuidado, discutindo-o e investigando-o (WALDOW, 2008). A partir da perspectiva heideggeriana, para entender o fenômeno do cuidar torna-se necessário refletir acerca das peculiaridades ontológicas da condição humana: só é possível cuidar de maneira autêntica, assumindo a existência de modo livre, mesmo diante das limitações que porventura ocorram (SILVA; et al., 2009).

Falar de cuidado e da totalidade do Ser, para Silva; et al., (2009), significa considerar que o *ser-aí* não é um somatório de partes que se resume a um feixe de existenciais. Acima de tudo, significa considerar que o cuidado do *ser-aí* reside na compreensão de lançar-se à sua realização a todo instante da existência. Significa ainda que a identidade própria do humano é construída na coexistência e na inter-relação. E na base dessa concepção encontra-se o cuidado na dimensão da solicitude, da dedicação e da inquietação pelo outro.

A solicitude pode ser compreendida vinculada à noção de afetividade (estar afeto, atingido), pelo fato de o homem encontrar-se aberto ao mundo, lançado no mundo:

o ser-com-os-outros cotidiano mantém-se entre os dois extremos de solicitude – aquele que salta sobre o outro e o domina, e aquele que salta diante do outro e o liberta [...] ‘o cuidar de’ pertence ao cuidar como um modo de descobrir aquilo que é o ‘ente-envolvente’; a ‘solicitude’, por sua vez, é orientada pela consideração e paciência (HEIDEGGER, 1981, p. 42).

Compreender o homem significa entendê-lo como ser-no-mundo, marcado por uma peculiaridade inalienável, a de ser formador deste mundo, constituidor de sentido (STEIN, 2004a). Sob essa ótica, esclarece Waldow (2008), reside o objeto de trabalho da Enfermagem: o cuidado que se expressa por meio de um encontro efetivo, mobilizador de crenças, valores, e concepções entre o profissional e o ser que recebe o cuidado.

O ser-aí-no-mundo se define pelas formas de experienciar o cuidado e pelas relações de cuidado que estabelece consigo mesmo, com os outros e com o meio que o cerca. Como elementos que caracterizam o cuidado destacam-se, principalmente, o respeito e a consideração, englobando a ética, o interesse que determina o grau de envolvimento, e o estar-com representados pela presença e pela disponibilidade (WALDOW, 2010). Como salienta Ayres (2006, p. 68), “para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo”.

Aplicando-se os ensinamentos da ontologia existencial heideggeriana à área do cuidado à criança, ao adolescente e à família no mundo do hospital, entende-se que a capacidade de reestruturação do modo de *Ser-no-mundo* da família origina-se na condição que confere ao Ser de hoje poder ser uma coisa e amanhã outra. Isto porque é o único ente capaz de questionar, dialogar e interpretar, o que o torna capaz de compreender, dando-lhe a possibilidade do *vir-a-ser* à medida que tomar uma decisão é agir *em-função-de* (HEIDEGGER, 2012). Para a criança e o adolescente, a facticidade existencial da doença pode desencadear um amadurecimento precoce, pois passam a compreender o significado da doença e da morte. Por vezes, manifestam suas dúvidas e preocupações em relação ao seu futuro e à descontinuidade de suas vidas (MOTTA, 2004).

A compreensão das necessidades da criança e do adolescente e do dar-se conta do poder que possuem como cidadãos, permite à família a opção de escolha, podendo, como *Ser-no-mundo*, ter condições de decidir o seu próprio *vir-a-ser*. Nessa perspectiva, a equipe de saúde pode auxiliar a criança e a família na recuperação de seu projeto existencial, permitindo um encontro terapêutico efetivo, no qual se valorizam a singularidade e a historicidade desses seres. Para a família sentir-se cuidada, no redimensionamento de seu *modo-de-ser-no-mundo*, significa a ampliação de suas capacidades de redefinir seu poder-ser, sua autonomia para cuidar e a redução de suas fragilidades (MOTTA; et al., 2011).

Para a Enfermagem Pediátrica, o olhar fenomenológico possibilita compreender que, diante da facticidade existencial da doença, questionamentos filosófico-existenciais afloram e permeiam esse processo singular de cuidado, suscitando algumas inquietações difíceis de enfrentar, mas, paradoxalmente, impulsionam a equipe a não esmorecer e a colocar-se como referência para a criança e a família. O cuidado está intimamente relacionado ao vínculo estabelecido entre profissional, família e criança, o que faz com que o profissional, movido pela compaixão, centre sua atenção na totalidade do Ser, explicitando uma genuína valorização da vida, da criança e de sua família (SILVA; ISSI; MOTTA, 2011).

## 4.2 O cuidar a criança e a família no mundo do hospital

O ser humano nasce com potencial de cuidado e isso significa que todas as pessoas são capazes de cuidar. Evidentemente, essa capacidade será mais, ou menos, desenvolvida conforme as circunstâncias em que for exercida durante as etapas da vida. O ser humano é um ser de cuidado que é a sua essência. É no cuidado que se encontra o *ethos* necessário para a sociabilidade humana e para identificar a essência do ser. É reconhecido que seres humanos necessitam de cuidado para se desenvolver; em maior grau na infância, quando evidenciam dependência na execução de suas atividades diárias, tanto de ordem fisicossocial quanto mental (WALDOW; BORGES, 2008). Nesse particular, o cuidado em pediatria exige um olhar atento, abrangente, envolvendo a ordem natural da vida e de uma existência que surge e precisa de acolhimento, desvelo, em uma leitura dos sinais em que o processo de amadurecimento é um “vir a ser” gradativo.

Cuidar de crianças suscita um compromisso peculiar de escuta à vida, em um movimento de acolhida à existência que se funda. Desse modo, “o processo de cuidar/cuidado corresponde ao agir, ao brincar, ao olhar, ao silêncio, e o cuidado se torna espaço para a criança se expressar e construir o seu próprio cuidado. Ao cuidar com o outro há um compartilhar mútuo, ocorrendo uma interação entre o ‘Ser cuidado e o Ser cuidador’, que expressam sua subjetividade” (KARL; 2004 p.67).

A experiência da hospitalização para a criança revela-se traumática pela representação que assumem os significados de dor, sofrimento e dificuldades, na maioria das vezes incompreensíveis ao seu viver. Percepções e sentimentos deflagrados pelos estressores presentes no ambiente hospitalar, inerentes ao fato de estar doente e necessitar de tratamentos prolongados e invasivos, geram, na criança, preocupações, medo e ansiedade, difíceis de enfrentar e resolver (ISSI; et al., 2007).

Nessa perspectiva, também as crianças que vivem com problemas crônicos ou necessidades especiais de saúde encontram-se diante de situações peculiares da existência, e nem sempre são consideradas em sua integralidade, o que faz com se julgue importante aprofundar a questão do Ser ao cuidar de crianças, qualquer que seja sua condição existencial. Milbrath (2013), estudando o modo de ser no mundo de crianças com paralisia cerebral, adverte que a área da saúde encontra-se demasiadamente impregnada da técnica que dissocia os artefatos técnico-científicos do ser criança/adolescente que vive com alguma condição incapacitante. Exemplifica que, por meio do uso de modernos aparelhos de ressonância

magnética, é calculada a extensão da área lesionada no cérebro, diferenciando a criança de acordo com a gravidade do problema ou do local afetado. Não desmerecendo o mérito de tais tecnologias para subsidiar a terapêutica e a estimulação precoce dessas crianças, a autora faz um apelo para que o cuidado transcenda essa perspectiva de extrema racionalidade por conta de um enquadramento da existência a um calcular desmedido de médias probabilísticas.

Diante das alterações físicas, psicológicas e sociais provocadas pela doença e hospitalização é necessário ter a preocupação de minimizar os possíveis estressores desse processo, estabelecendo um cuidado mais coerente com as características inerentes a cada faixa etária, com as peculiaridades individuais do paciente pediátrico e de sua família (DIAS; MOTTA, 2012). Nesse sentido, faz-se importante lembrar a problemática do adolescente hospitalizado. Firmes e Cabral (2012) salientam que, especialmente para o adolescente, o período de internação hospitalar consiste em momento de reflexão, pois ele vive cercado por três mundos: o da vida, o da família e o do hospital. Essa passagem pelo hospital suscita o repensar sobre a vida e a morte; o valor da vida, o significado do viver e do existir. A convivência do adolescente nesse novo cotidiano com os profissionais de saúde despertam-lhe uma gama variada de questionamentos, medos, sonhos e fantasias que caminham lado a lado com a capacidade de superação pela criatividade, pela luta e autodeterminação.

Diante desse panorama, um modo de tornar a hospitalização menos sofrida é incorporar a família no cuidado à criança e ao adolescente. A presença dos pais e familiares durante a internação no hospital auxilia a diminuir as dificuldades de adaptação e a manter o vínculo afetivo (ISSI; et al., 2007). Porém, apenas favorecer a presença da família junto ao filho hospitalizado não é suficiente para caracterizar um modelo com enfoque centrado no cuidado à família. As mais fortes fronteiras identificadas constituem uma distinção entre esse enfoque e o que é conceituado como modelo profissional-centrado ou modelos de cuidados biomédicos centrados, em que a ênfase é a doença da criança. Esses conceitos abrangem um modelo de cuidado em que os enfermeiros são considerados especialistas em determinar as necessidades da família e tomar decisões no melhor interesse dela. Esse conceito é considerado um contraste com o foco do cuidado à família porque aos pais é oferecido um papel passivo, em que se tornam dependentes da enfermeira quando esta assume o controle da natureza e extensão de participação da família (ELSEN; PATRÍCIO, 2005; MIKKELSEN; FREDERIKSEN, 2011).

Do mesmo modo que a experiência dos pacientes pediátricos revela a crise de vida deflagrada quando a doença e a hospitalização surgem em suas vidas, o mesmo ocorre com os cuidadores familiares diante dessas situações. A família precisa reunir forças para se

reorganizar diante das tarefas esperadas e assumidas de lutar pela melhor qualidade de vida possível de suas crianças e construir seu processo de enfrentamento e aprendizagem para continuar como provedora dos cuidados de saúde de seus membros (MEIERS; TOMLINSON, 2003; ROSSI; RODRIGUES, 2010). Nesse sentido, os familiares esperam que a enfermagem possa contribuir com estratégias para a promoção da saúde da família durante a hospitalização da criança e, acompanhando esse raciocínio, a metodologia do cuidado de enfermagem centrado na família pode constituir-se em condição fundamental para que isso aconteça (HOPIA; et al., 2005; CARMEN; TEAL; GUZZETTA, 2008; MIKKELSEN; FREDERIKSEN, 2011), com repercussões positivas, em extensão, para a saúde da criança.

Ao se garantir a participação da família no sistema de saúde lhe é permitido revelar-se como um ser de direitos (SOUSA; OLIVEIRA, 2010). No hospital, a família passou a ocupar espaço diferenciado no planejamento do trabalho da enfermagem à medida que conquistou direito à sua permanência ao lado da criança e participação nos cuidados, adquirindo maior autonomia. Ao mesmo tempo, o atendimento pediátrico passou a ser organizado para além das intervenções clínicas da criança, visando a integralidade do cuidado (LIMA; et al., 2010).

O conceito de Cuidado Centrado na Família tornou-se amplamente usado para descrever uma prática que reconhece a família como fonte fundamental de apoio, cujo envolvimento é essencial para promover a saúde de seus membros (FRANCK; CALLERY, 2004; SHIELDS; PRATT; HUNTER, 2006). No entanto, alguns estudos evidenciam desafios relacionados à sua implementação na prática. Vários autores relatam que os enfermeiros apoiam a filosofia, mas têm dificuldade em integrar os princípios em sua prática diária (PETERSEN; COHEN; PARSONS, 2004; PALLADELIS; et al., 2005). Essa dificuldade tem sido considerada por outros autores uma lacuna teórico-prática (FRANK; CALLERY, 2004; HALL, 2007). No Brasil, a Enfermagem Pediátrica vem contribuindo, expressivamente, com pesquisas que objetivam aprimorar a visão do cuidado centrado na família. No entanto, é necessário ampliar a inserção e atualização dos conteúdos relacionados à família nos cursos de graduação e pós-graduação, nos serviços de educação permanente, e formar enfermeiras especialistas em família atuando em conjunto com as generalistas (PINTO; et al., 2010).

Reconhecer em que medida ocorre a negociação do cuidado entre a enfermagem e os familiares da criança hospitalizada e como funcionam essas relações, verificar de que forma a família é incluída nos cuidados prestados às crianças e quem define a extensão dessa participação nos diferentes momentos do processo de cuidado, não é tarefa fácil e requer um olhar investigativo que possibilite apreender esse mundo vivido.



A unidade pediátrica hospitalar é um lugar que reúne uma diversidade de agentes, com diferentes formações, posições hierárquicas e localizações na divisão do trabalho [...] É sempre problemático perceber quais as regras que existem, a quem e como se aplicam. Acreditamos que, ao estabelecer relações, mães e enfermagem criam regras informais para regular as ações e situações nas quais as regras formais não dão conta, num permanente processo de reconstrução e cruzamento das regras formais com as informais. Trata-se da relação complexa estabelecida entre os processos negociativos diários, potencialmente geradores de conflitos e tensões, e as regras e políticas de atenção à saúde da criança, presentes no hospital (COLLET; ROCHA; 2004, p. 193).

As pesquisas de Pimenta e Collet (2009) e Souza e Oliveira (2010) têm a intenção de revelar a dimensão cuidadora da enfermagem e da família e discutir as interações que se estabelecem entre os familiares acompanhantes da criança e a equipe de enfermagem durante a convivência em unidades pediátricas. Esses estudos mostram que, apesar da participação da família nos cuidados não ser uma situação regulamentada, ela desempenha tarefas e ações de saúde enquanto acompanha a criança durante a internação hospitalar. A dificuldade em reconhecer esse fato gerou afastamento entre equipe de enfermagem e família e o desenvolvimento de uma relação silenciosa e implícita de poder, na qual a família foi assumindo as ações do cuidado à criança que eram de responsabilidade da enfermagem.

Há uma incorporação da cultura hospitalar, especialmente no caso de longa permanência dos familiares acompanhantes, e o incomum passa a ser comum no que concerne aos cuidados por eles prestados. Estudos evidenciaram que os familiares adotam estratégias com a finalidade de proteger a criança de novas punções ou de infecção hospitalar: preenchimento do microfix com soro ou simulação de contaminação desse equipo quando consideram necessária a sua substituição. Essas atitudes nem sempre são reconhecidas pela enfermagem como uma possibilidade de aliança de saberes, podendo haver uma reprodução da verticalização das interações (PIMENTA; COLLET, 2009; SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

Souza e Oliveira (2010) também identificaram que os familiares acompanhantes, ao mesmo tempo em que reconhecem quais os profissionais de enfermagem têm melhor relacionamento e competência, também estabelecem cumplicidade com outros familiares com os quais se identificam, criando redes sociais utilizadas como estratégias para superar as dificuldades inerentes à hospitalização de seus filhos. Por sua vez, a enfermagem pode não reconhecer essas reações como benéficas ao processo interacional, entendendo-as como fatores limitadores de uma boa convivência no âmbito hospitalar.

Em uma concepção mais evoluída e transformadora, os objetivos da enfermagem de família centram-se na capacitação dos familiares para o desenvolvimento de competências que vislumbrem uma vivência saudável frente aos seus constantes processos de mudança.

Seus pressupostos englobam uma filosofia de parceria com a família, buscando apoiá-la para encontrar as melhores soluções possíveis aos problemas reconhecidos, envolvendo-a no planejamento e execução das intervenções (SHIELDS; NIXON, 2004; FIGUEIREDO; MARTINS, 2009).

Em relação à equipe, Dias e Motta (2012) dizem que o convívio com famílias pode, por sua vez, fragilizar as pessoas envolvidas no cuidado. Tal repercussão pode estar associada aos elos afetivos que se estabelecem, emanados das relações, ou na transparência ao expor sentimentos, considerando-se que, com a convivência, a equipe passa a ser cúmplice de um cuidado singular, justificado para manter e/ou qualificar a vida.

Durante o período de internação da criança, o acompanhante pode vivenciar experiências negativas em virtude do ambiente hostil, das ameaças reais e imaginárias, da ruptura familiar, da perda ou diminuição de sua autonomia em relação ao cuidado da criança, o que colabora para intensificar o sentimento de fragilidade do familiar acompanhante (CÔA; PETTENGILL, 2011).

Trata-se, portanto, de um limite que pode ocorrer no cuidado centrado na família. Pode estar relacionado à presença de expectativas ocultas ou responsabilidades pouco claras. Alguns pais podem se comportar negativamente em relação às expectativas das enfermeiras e podem ser rotulados de difíceis, o que pode levar as enfermeiras a se absterem de se comunicar com eles para evitar conflitos. No entanto, a falta de comunicação pode, de acordo com Hall (2007), criar o isolamento, a insegurança e a desconfiança em relação aos profissionais.

Em pesquisa realizada acerca da temática da segurança do paciente pediátrico, Wegner (2011) afirma que as circunstâncias de cuidado predispõem a criança hospitalizada a eventos adversos nos cenários de atenção à saúde, e que a melhora na qualidade da comunicação entre trabalhador da saúde e cuidador acompanhante pode prevenir erros. Constata que as mães participantes do estudo que realizou, ao procurarem obter informações junto aos profissionais da saúde, o faziam exercendo a principal atribuição assumida por elas: fiscalizar e manter a vigilância permanente em todas as ações que envolviam o cuidado de seus filhos.

Sob essa ótica, a fiscalização do familiar acompanhante é favorável e positiva para a prevenção de eventos adversos. O acompanhante cuidador, ao perguntar ou questionar alguma conduta ao profissional da saúde, pode lhe favorecer um processo de reflexão sobre a sua prática. Por outro lado, “o aguçamento da capacidade observacional da mãe permite a ela identificar alterações e mudanças no estado de saúde do filho que podem passar despercebidas pelos profissionais da saúde” (WEGNER, 2011, p. 81).

Já, outros autores relatam que o ideal de controle e autonomia pode ter consequências negativas para os pais. Segundo MacKean, Thurston, Scott (2005), alguns pais sentem que se espera deles que assumam a maior parte da responsabilidade no cuidado da criança; para outros, seu senso de responsabilidade pode levar ao entendimento de que devem estar constantemente vigilantes. Em ambos os casos, concluem os autores, pode haver aumento de estresse. Por sua vez, Shields, Pratt, Hunter (2006) argumentam que a expectativa dos pais de estarem sempre presentes e participantes pode ser um fardo e afetar o equilíbrio emocional e social da família.

As emoções se intensificam, certamente, no período de hospitalização, e deve-se dar especial atenção ao fato de que as famílias podem estar ansiosas e agressivas por se sentirem culpadas pela enfermidade que acomete a criança. Nesses casos, podem vir a agredir os profissionais, reclamando por melhor cuidado. Os cuidadores profissionais, por sua vez, precisam interagir de modo efetivo com as famílias, movidos por genuíno interesse em conquistá-las (DIAS; MOTTA, 2012), e, segundo Santos et al (2013, p. 477), “a equipe de saúde deve valorizar a história de vida de cada pessoa, suas histórias, valores, cultura e experiências, ajudando-a a compreender o contexto em que surgiu a doença e as maneiras de enfrentamento assumidas por cada pessoa”.

Assim, ao se incluir a família no ambiente hospitalar é fundamental envolvê-la na assistência, respeitando seus limites emocionais e suas habilidades, indo além da participação dela na divisão de tarefas, mas compreendendo a dimensão social na qual está inserida. A inserção da família de forma compartilhada, no cuidado à criança, acontece no cotidiano, à beira do leito, mediante a identificação de seus recursos cognitivos, potencializando-os através de oportunidades de aprendizagem integradas ao fazer diário da prática de cuidado interdisciplinar (ISSI; SCHENKEL; LATUADA, 2007).

De acordo com Mikkelsen e Frederiksen (2011), acerca do tema autonomia e controle dos pais, um dos objetivos do cuidado centrado na família constitui-se na possibilidade de que os pais se tornem especialistas e assumam a responsabilidade pelos cuidados de seus filhos, especialmente no que tange a um preparo para o cuidado no domicílio, tendo os profissionais o papel de conselheiros. Também para Shields; et al., (2007), a definição de papéis e responsabilidades na colaboração, negociação sobre os cuidados da criança e sobre quem deve prestar-lhe o cuidado, é considerada essencial, tendo destaque a importância de permitir que os pais escolham seu grau de envolvimento.

Para Mendes e Martins (2012), o processo de cuidar em Pediatria, pela sua especificidade, requer que o enfermeiro desenvolva as suas potencialidades para responder

com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais. Nesse processo de cuidar em parceria é enfatizada a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança, mas, acima de tudo, para o desenvolvimento do próprio cuidado. É uma forma de valorizar a parentalidade no processo de cuidar.

Mikkelsen e Frederiksen (2011) descrevem as competências de enfermagem necessárias para a prática do cuidado à família, ter conhecimento teórico do modelo e da dinâmica familiar e possuir competências relacionais — comunicação, gestão de conflitos e atitude solidária. Seguindo essa ótica, Sabatés e Borba (2005) enfatizam que fornecer informações aos pais a respeito das condições do filho hospitalizado, englobando tempo de hospitalização, evolução da doença, medicações e tratamento é uma ação que requer habilidade da enfermeira e precisa ser incorporada à prática do cotidiano da enfermagem.

Em pesquisa realizada, Mendes e Martins (2012) constataram que os enfermeiros, ao refletirem sobre a parceria, o fazem com base no conhecimento que têm sobre a mesma e não tanto com base nas ações que desenvolvem para a sua implementação, ou seja, nem sempre suportam as suas práticas na teoria que as fundamenta. A parceria desenvolvida reside, essencialmente, na partilha de cuidados com os pais, a quem são delegados os designados cuidados familiares. Recomendam que, a par de um processo contínuo de capacitação e de sensibilização, os enfermeiros, ao analisarem as suas práticas e ao refletir sobre elas, sejam capazes de investir recursos e esforços em ações sistematizadas que otimizem o processo de parceria com a família.

O entendimento para o valor da reciprocidade ou mutualidade, como a esfera centralizadora no modelo de cuidado centrado na família, implica que as necessidades de ambas as partes, enfermeiros e cuidadores familiares, devam ser consideradas e ambas devem assumir a responsabilidade para um bom resultado. A parceria engloba a ideia de uma relação entre pais e profissionais e uma das características definidoras desse relacionamento foi identificada como a partilha da responsabilidade dos pais a qual inclui a informação, a tomada de decisão e os cuidados. Ter acesso a todas as informações por parte dos profissionais e ser reconhecida como importante fonte de informação sobre a criança permite que a família, ao assumir parte na tomada de decisões e cuidados, seja percebida e sinta-se membro ativo da equipe. A partilha de cuidados implica participação dos pais nas tarefas tradicionais de enfermagem e pode representar, para os enfermeiros, o assumir de atividades não técnicas no cuidado familiar (MIKKELSEN; FREDERIKSEN, 2011).

Trabalhar sob o prisma da tríade criança, família e equipe, nas unidades pediátricas, requer que se estabeleçam ações que visem possibilitar aos pais integração e troca de

experiências para a resolução de problemas; valorização da herança cultural dos familiares; atendimento das necessidades e manifestações dos sentimentos dos pais acompanhantes; capacitação da equipe por intermédio de um repensar contínuo sobre o cuidado às famílias e às crianças hospitalizadas. A instrumentalização para continuidade do cuidado após a alta hospitalar é favorecida por meio do engajamento da família no cuidado à criança durante a hospitalização, na perspectiva de educação em saúde (ISSI; et al., 2007). Assim, a família também é considerada cuidadora. Ao cuidar, o ser que cuida e o que é cuidado se expressam (GOMES; ERDMANN, 2005).

Pinto, Ribeiro e Silva (2005) relatam que, apesar das limitações e sofrimento enfrentados durante a hospitalização de uma criança, a família, geralmente, procura manter o equilíbrio para atender as suas demandas e cuidar da criança. Nesse sentido, mantém a iniciativa da resolução de seus problemas, ainda que as normas hospitalares não contemplem suas exigências. Aciona os profissionais, com o intuito de satisfazer suas necessidades, porque está mobilizada nessa direção. Esse mecanismo dispara a tomada de decisão quanto ao alinhamento de suas atitudes, passando a agir cooperativamente.

É importante, além de adaptar as informações às necessidades da família, que a Enfermagem Pediátrica reconheça que outra parte importante do aconselhamento, nas abordagens educativas, é antecipar situações que possam ser fonte de dúvidas ou inquietações. Hopia, et al., (2005) sugerem que é útil explicar para a família, com antecedência, por exemplo, como as drogas vão afetar a saúde da criança, porque irmãs e irmãos da criança podem estar ciumentos e apáticos com a permanência da criança no hospital por longo período. Nem todas as mudanças previstas necessariamente acontecerão, mas as famílias, ainda assim, querem saber tudo o que for possível sobre a doença da criança com antecedência. As famílias também querem manter suas esperanças, ou seja, de que maneira podem confiar em sua crença de que serão capazes de lidar, agora e no futuro, com seu filho doente. Uma maneira de auxiliar a família a não esmorecer é colocar fé no desenvolvimento de novos tratamentos ou na capacidade da criança para se adaptar à uma doença e a possibilidade de, tanto a família quanto a criança, aprenderem os cuidados necessários, a serem desenvolvidos, no hospital ou no domicílio.

O resultado dessas ações, muitas vezes é descrito através do conceito de *empowerment*. Weis (2006) define empoderamento tanto o reforço dos poderes individuais e os próprios recursos quanto neutralizar forças opressivas que podem levar à impotência. O empoderamento é considerado um objetivo do cuidado centrado na família, uma estratégia e um processo. Vários estudos descrevem esse objetivo como intimamente ligado ao

desenvolvimento das competências dos pais através da participação ativa nos cuidados (FRANCK; CALLERY, 2004; WEIS, 2006; HALL, 2007) e mediante capacitação e negociação (LAMBERT; GLACKEN; MCCARRON, 2008). Para os enfermeiros, as consequências positivas incluem aumento de oportunidades para prestar assistência individualizada e coerente, em que a comunicação é melhorada e há redução de conflitos, resultando em maior satisfação no trabalho (PETERSEN; COHEN; PARSONS, 2004).

Nessa perspectiva, Issi, Schenkel e Latuada (2007) reforçam que a Enfermagem Pediátrica pode apostar nas possibilidades que as abordagens de cuidado diferenciado deflagram na experiência existencial de cada família que vivencia o suporte cognitivo desencadeado pelas oportunidades de aprendizagem, trocas de informações, enfim, no compartilhar das experiências. Acolher a família em um processo de escuta e fornecimento de apoio às suas necessidades é uma estratégia que vem se aliar aos propósitos da humanização hospitalar, visando minimizar as repercussões negativas provocadas pela doença, tratamento e internação do ser criança que, por suas características, é tão vulnerável e dependente das ações dos cuidadores.

Para que isso seja possível, torna-se decisiva a atuação de uma Enfermagem que

[...] priorize o aspecto educativo da assistência, e que, tanto a família, como a equipe de enfermagem, interaja e se comunique de forma satisfatória. Esta participação deve ser discutida entre família e enfermagem, planejada conjuntamente, de acordo com o preparo, desejo e disponibilidade entre ambas. Planejamento estratégico do cuidado, de que a enfermagem e as famílias dispõem para auxiliar as crianças neste momento (XAVIER; et al., 2013, p. 867).

Nesse particular, torna-se indispensável que a equipe de enfermagem constate as situações que colaboram para intensificar o sofrimento da criança hospitalizada e de seus familiares e articule estratégias que ajudem a minimizar as dificuldades suscitadas pela crise de vida deflagrada. Considerando-se o papel da academia na formação dos profissionais, essa compreensão possibilita tornar o serviço e o ensino de enfermagem mais eficiente, no sentido de atender as reais necessidades dessas pessoas, entre as quais destacam-se as decorrentes do desejo de aprender a lidar com as dificuldades e os impasses presentes na trajetória de sofrimento, conhecendo-os e enfrentando-os (ISSI, 2012; SANTOS; et al., 2013).

## 5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA: fio condutor para o desvelar do fenômeno

Na busca do entendimento da Enfermagem Pediátrica do HCPA, enquanto ente na temporalidade de sua existência, na perspectiva de desvelar e compreender o fenômeno cuidado à criança, adolescente e família no mundo de um hospital-escola, tornou-se necessária uma trajetória metodológica que possibilitasse alcançar a essência da investigação. Partindo da interrogação do fenômeno, optou-se pela condução de um estudo de natureza fenomenológica interpretativa, a seguir descrita.

### 5.1 Tipo de estudo

Esta investigação caracterizou-se como estudo qualitativo de natureza fenomenológico-hermenêutica. A pesquisa qualitativa foi utilizada por enfatizar a compreensão da experiência humana como é vivida, por meio da coleta e interpretação de materiais eminentemente narrativos, isto é, subjetivos. Concentrou-se nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, buscando capturá-los em sua totalidade, dentro do contexto daqueles que os experimentaram. A escolha do método fenomenológico-hermenêutico reside na perspectiva de que existe uma essência que pode ser compreendida. A fenomenologia investiga “fenômenos subjetivos na crença de que verdades críticas sobre a realidade se fundamentam nas experiências de vida das pessoas” (POLIT; BECK, 2011, p. 298).

Polit e Beck (2011) esclarecem que ao se adotar a perspectiva fenomenológico-hermenêutica, com base em Heidegger, enfatiza-se a interpretação e a compreensão e não somente a descrição da experiência humana, visto que a experiência vivida é, inerentemente, um processo interpretativo. Complementam que “os objetivos da pesquisa fenomenológica interpretativa são entrar em outro mundo e descobrir a sabedoria, as possibilidades e as compreensões encontradas ali” (p. 299). Para Reiners (2012, p. 2) “a essência do entendimento humano é hermenêutica, ou seja, a nossa compreensão do mundo cotidiano é derivada de nossa interpretação dele”.

A expressão “fenomenologia” significa, primariamente, um conceito-de-método. Não caracteriza *o quê* de conteúdo-de-coisa dos objetos da pesquisa filosófica, mas o seu *como*. Quanto mais um conceito-de-método se desenvolve de forma autêntica e quanto mais abrangente é seu seguimento aos princípios condutores de uma ciência, mais ele se enraíza na

confrontação com as coisas elas mesmas e tanto mais ele se afasta do que denominamos manejo técnico (HEIDEGGER, 2012).

Segundo Heidegger (2012, p. 123), a fenomenologia é o modo-de-acesso ao que deve se tornar tema da ontologia por determinação demonstrativa. A ontologia só é possível como fenomenologia. O autor complementa acerca do conceito fenomenológico de fenômeno:

[...] o que se mostra, o ser do ente, seu sentido, suas modificações e derivados. E o mostrar-se não é um mostrar-se qualquer, nem também algo assim como o aparecer. O ser do ente é o que menos pode ser concebido como algo “atrás” do qual ainda haveria algo que “não aparece”. “Atrás” dos fenômenos da fenomenologia não há essencialmente nada mais, embora seja possível que esteja oculto o que deve tornar-se fenômeno. E precisamente por isso, porque os fenômenos *não* se dão de pronto e no mais das vezes, é que se exige fenomenologia. O ser – encoberto é o conceito oposto ao de “fenômeno” (HEIDEGGER, 2012, p. 123).

Heidegger (2012) aponta para uma explicação ao significado de ontologia e fenomenologia ressaltando que não são duas disciplinas distintas que, ao lado de outras, pertencem à filosofia, e sim que ambos os termos caracterizam a fenomenologia, ela própria, do ponto de vista do objeto e do modo-de-tratamento. Esclarece que “filosofia é ontologia fenomenológica universal cujo ponto de partida é a hermenêutica do *Dasein*, a qual, como analítica da *existência*, fixou a ponta do fio condutor de todo perguntar filosófico lá de onde ele *surge* e para onde ele *retorna*” (HEIDEGGER, 2012, p.129).

Torna-se apropriado esclarecer a diferença entre os termos “ontologia” e “ôntico”. O primeiro é o termo que designa o estudo da questão mais geral da “metafísica”, ou seja, a do “ser enquanto ser”, isto é, do ser considerado independentemente de suas determinações particulares e naquilo que constitui sua inteligibilidade própria. Ainda, trata-se da teoria do ser em geral, no sentido de que “os seres tanto espirituais quanto materiais têm propriedades gerais como a existência, a possibilidade, a duração; o exame dessas propriedades forma esse ramo da filosofia que chamamos de ontologia, ou ciência do ser” (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008, p. 206-7). Já, “ôntico” refere-se à palavra criada por Heidegger para designar o ser-aí (*Dasein*), em sua existência concreta, distinguindo-se do ontológico, que diz respeito ao ser em geral, “ôntico” se refere ao ser em particular (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008, p. 206).

Aprofundando o conhecimento das características do método fenomenológico, enquanto metodologia de investigação, Torralba (2005) argumenta que sua finalidade máxima não reside somente em descrever, sistemática e rigorosamente, as diversas manifestações externas da pessoa humana, tarefa por si só difícil. Acima de tudo, tenciona compreender as



profundezas das reações humanas. A finalidade máxima consiste na intenção de compreender o Ser em si mesmo, mediante o desvelar das múltiplas expressões e manifestações da condição humana.

Na tradição de pesquisa fenomenológico-hermenêutica, que usa experiências vividas como ferramenta para melhor compreender os contextos social, cultural, ou histórico em que ocorrem como é o caso do presente estudo, a ênfase recai sobre “o significado e a interpretação – como os indivíduos interpretam o mundo dentro de dado contexto” (POLIT; BECK, 2011, p. 294).

Uma abordagem hermenêutica, segundo Laverly (2003), requer do pesquisador que ele se envolva em um processo de auto-reflexão, de forma diversa ao que ocorre na fenomenologia descritiva. Especificamente, os preconceitos e pressupostos do pesquisador não são colocados entre parênteses ou postos de lado, mas são incorporados e isso é essencial para o processo interpretativo. O pesquisador é chamado, de forma contínua, para dar considerável atenção à sua própria experiência e afirmar, explicitamente, as formas em que a sua posição ou experiência se relaciona com as questões que estão sendo pesquisadas. O documento final pode incluir os pressupostos pessoais do pesquisador e as bases filosóficas que ancoram a interpretação.

Neste estudo foram adotadas, então, as orientações de Laverly (2003) e Reiners (2012) onde a posição do pesquisador como conhecedor é central, e pesquisador e participante são visualizados como interativamente ligados na criação de resultados. A perspectiva interpretativa evoluiu para um processo de interpretação e interação entre as participantes, o investigador e a investigação. As principais finalidades foram centradas na compreensão e na reconstrução da experiência e do conhecimento.

## **5.2 Contexto**

Para Polit e Beck (2011, p.291) “os pesquisadores qualitativos coletam dados no mundo real, em ambientes naturais”. O cenário deste estudo foi a Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde está inserido o Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED), vinculado ao Grupo de Enfermagem (GENF) dessa instituição, hospital de ensino onde são exercidas as atividades acadêmicas das disciplinas da área do cuidado à criança/família da EEUFRGS, formação em serviço de profissionais da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS-HCPA), e campo de exercício de atividades de Extensão Universitária da EEUFRGS.

As informações foram coletadas com as enfermeiras das Unidades que compõem o SEPED: Unidade de Internação Pediátrica Norte-10° N, Unidade de Internação Pediátrica Sul-10° S, Unidade Oncologia Pediátrica-3° Leste e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica-UTIP. Essas unidades atendem a crianças/adolescentes e famílias em situações de agravos crônicos ou agudos à saúde. Destaca-se que a singularidade comum a todas as Unidades Pediátricas consiste no Sistema de Permanência Conjunta, enquanto modelo de cuidado que existe em todas elas desde o início de seu funcionamento.

Quanto à gestão de pessoas, nas Unidades de Internação Pediátricas 10° N e 10° S a equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e na UTIP e no 3° Leste trabalham apenas enfermeiros e técnicos de enfermagem. O serviço conta com um quadro de pessoal constituído por 248 profissionais de enfermagem, sendo 59 enfermeiros, 138 técnicos de enfermagem e 51 auxiliares de enfermagem, distribuídos em seis turnos de trabalho: Manhã (M); Tarde (T); Noite I (NI); Noite II (NII); Noite III (NIII) e Sexto turno (6° Turno – que correspondem a plantões de fim de semana e feriados).

No 10° N, a equipe de enfermagem é composta por 13 enfermeiras; 23 técnicos de enfermagem e 28 auxiliares de enfermagem, totalizando 64 profissionais. No 10° S, a equipe de enfermagem é composta por 13 enfermeiras; 23 técnicos de enfermagem e 28 auxiliares de enfermagem, também totalizando 64 profissionais. Na unidade 3° Leste há 14 enfermeiras e 38 técnicos de enfermagem, somando 52 profissionais de enfermagem, e na UTIP são 19 enfermeiras e 49 técnicos de enfermagem, o que perfaz um total de 68 pessoas.

Descreve-se, a seguir, a caracterização das unidades que compõem o serviço em suas particularidades relativas a número de leitos, faixas etárias atendidas e características clínicas por especialidades de atenção à saúde da população infantil referenciada para a Pediatria do HCPA.

A Unidade de Internação Pediátrica 10° Norte consta de 32 leitos sendo distribuídos em seis enfermarias de cinco leitos e dois quartos de isolamento. Atende crianças na faixa etária de 30 dias a seis anos incompletos, neonatos com patologias pediátricas, crianças com idade de dois meses até 14 anos que necessitam de isolamento, ou crianças com estatura menor que 110 cm, desde que permaneçam seguras e confortáveis nos berços.

A Unidade de Internação Pediátrica 10° Sul possui 34 leitos, distribuídos em 11 quartos semiprivativos, uma enfermaria de sete leitos, três leitos de Isolamento e dois leitos destinados a Convênio e pacientes privativos. Nessa unidade internam crianças de dois meses a 14 anos de idade incompletos sendo, por vezes, necessária a internação de crianças com

menos de dois meses e mais de 14 anos, dependendo de particularidades inerentes à faixa etária infantil.

Cabe ressaltar que o HCPA é referência regional e nacional para o atendimento de diversificada gama de situações que envolvem o processo saúde-doença na população infantil, dentre as quais destacam-se:

- Desordens genéticas (Fibrose Cística, Osteogênese Imperfeita e outras doenças de investigação genética);
- Doenças Clínicas (Respiratórias e Nutricionais);
- Doenças Neurológicas (Paralisia Cerebral, Epilepsias e outras síndromes);
- Problemas Cirúrgicos;
- Tratamentos Específicos (Transplante Hepático Infantil; Reabilitação Intestinal);
- Outros problemas de saúde que acometem as crianças/adolescentes (Maus Tratos, Doenças Psiquiátricas);
- Crianças com Doenças Crônicas e/ou dependentes de tecnologias para manutenção da vida (sondas nasoenterais, gastrostomias, traqueostomias, oxigenoterapias, ventilação mecânica nãoinvasiva).

Pacientes terminais, como os portadores de Fibrose Cística entre outros, não são encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). São atendidos nas unidades de internação, cuidados paliativos e cuidados nos momentos de terminalidade.

A Unidade de Oncologia Pediátrica – 3º Leste possui 25 leitos, sendo 18 leitos para a Oncologia Pediátrica, cinco leitos para a Hematologia Pediátrica e três leitos destinados à realização de Transplante de Medula Óssea Autogênico (TMO). A faixa etária atendida é de dois meses a 18 anos. Caracteriza-se como unidade de cuidados semi-intensivos devido à instabilidade peculiar da criança hemato-oncológica. Internam pacientes em todas as fases do tratamento oncológico, desde o diagnóstico, durante o tratamento, reinternações por intercorrências (neutropenia febril), incluindo pré e pós TMO Autogênico, pacientes cirúrgicos e em cuidados paliativos. Nesse contexto, somam-se crianças em isolamento por germes multirresistentes. Essa Unidade é considerada Centro de Alta Complexidade Oncológica, caracterizando-se pela utilização de tecnologia de ponta como realização de TMO, instalação de dispositivos intravasculares de longa permanência e, como alternativa de acesso venoso central, a inserção de PICC (*Peripherally Inserted Central Catheter*) valvulado pelo enfermeiro.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), classificada em nível três pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria nº. 3432, de 12 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998), até o ano de 2012 abrangia duas áreas físicas. Após reforma ocorrida no ano de 2013 permaneceram os 13 leitos, porém houve a ampliação de uma nova área física, totalizando três áreas contíguas, assim constituídas: UTIP1, com quatro boxes individuais, sendo destinados à precaução com doenças infectocontagiosas ou proteção ao paciente, e um box com estrutura para receber paciente no pós-operatório imediato de Transplante Hepático Infantil (THI); UTIP2 congregando uma área com uma sala com quatro leitos e dois boxes individuais, totalizando seis leitos; e a UTIP3 abrange uma sala com dois leitos e um box individual. A faixa etária das crianças compreende de 28 dias a 14 anos, atendendo também crianças com menos de 28 dias a adolescentes de até 18 anos.

A UTIP recebe pacientes das diversas especialidades em condições de pós-operatórios de grande porte, em pós-operatórios de transplante hepático, pacientes em situação de maior complexidade — inclusive submetidos a TMO —, além de pacientes com intercorrências clínicas que necessitem de Ventilação Mecânica Invasiva, exsanguíneo-transfusão, drogas vasoativas, infusão de grandes volumes. Também recebe pacientes que apresentam quadro de choque, falência de órgãos, diversas vezes necessitando de técnica dialítica: como hemodiafiltração, hemodiálise intermitente no leito e diálise peritoneal manual.

A UTIP atende a todos os chamados de urgência pediátrica como quedas e Parada Cardiorrespiratória dentro das instalações do hospital, em que sempre participam uma enfermeira e um técnico de enfermagem na equipe de reanimação.

### **5.3 Participantes**

Na pesquisa fenomenológico-hermenêutica o objetivo na seleção de participantes é selecionar aqueles que viveram a experiência que é o foco do estudo, que estão dispostos a falar sobre a sua experiência, a qual é diversificada o suficiente uns dos outros para aumentar as possibilidades de riquezas e histórias únicas da experiência particular (LAVERTY, 2003; REINERS, 2012).

Em relação à definição do número de participantes, Polit e Beck (2011) esclarecem que os estudos fenomenológicos envolvem um pequeno número de participantes, o que possibilita, por não ser muito grande, aprofundar a compreensão do fenômeno em estudo e descrever as respostas de cada participante. Por outro lado, a quantidade de participantes deve permitir que as informações sejam suficientes para responder aos objetivos da pesquisa.

Identifica-se, segundo Polit e Beck (2011, p. 358), um princípio norteador na seleção da amostra para um estudo fenomenológico:

[...] todos os participantes precisam ter experimentado o fenômeno, sendo capazes de expressar o que significa ter vivido essa experiência. Mesmo buscando participantes que tenham passado pela experiência – alvo, os fenomenologistas também querem explorar a diversidade das experiências individuais.

Assim, as participantes do estudo foram as enfermeiras assistenciais das Unidades de Internação Pediátricas do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e a enfermeira docente que atuou na concepção e implantação da Pediatria do HCPA. Dentre as enfermeiras que participaram do estudo foram convidadas três enfermeiras que estavam na assistência na primeira década de implantação das unidades, ou seja, no período de 1979 a 1989; outras três enfermeiras que estavam na assistência no período de 1990 à 2000, e por fim três enfermeiras que desenvolveram suas atividades no período de 2001 até o momento. Desta forma, fizeram parte do estudo dez participantes. Considerou-se o princípio da saturação que ocorreu quando as informações tornam-se repetitivas e redundantes, em que uma compreensão mais clara da experiência não foi encontrada, através de uma discussão mais aprofundada com as participantes (LAVERTY, 2003; POLIT; BECK, 2011).

Para tanto, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para as enfermeiras assistenciais:

- estar exercendo suas funções de cuidado à criança e à família em uma das Unidades de Internação Pediátricas do HCPA;
- ter estado na assistência, para aquelas pertencentes às duas primeiras décadas, e, preferentemente, no turno do dia, no período investigado.

Critérios de exclusão:

- ser enfermeira pertencente ao 6º turno, que presta assistência nos finais de semana e feriados, devido ao fato de que nessa modalidade a dinâmica de trabalho é diferenciada da jornada semanal diária.

A captação das participantes, por unidade, ocorreu por meio de convite, após levantamento das datas do período de ingresso das enfermeiras no serviço.

#### 5.4 Caracterização das Participantes

A faixa etária das participantes deste estudo está compreendida entre 30 a 40 anos (2 participantes), 40 a 50 anos (2 participantes) e de 50 ou mais (6 participantes). Realizaram a graduação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e em outra Universidade do Estado. A formação em nível de Pós-Graduação corresponde à Especialização (Saúde da Criança, Administração Hospitalar, Humanização e Metodologia do Ensino Superior), Mestrado (Saúde da Criança e Adolescente) e Doutorado. O tempo de formada de cada uma das participantes variou de nove a 37 anos. O tempo de exercício profissional no Serviço corresponde aos períodos compreendidos até 10 anos (2 participantes), de 10 a 20 anos (3 participantes), de 20 a 30 anos (1 participante) e mais de 30 anos (4 participantes).

#### 5.5 Coleta de informações

A coleta de informações foi realizada pela própria pesquisadora e ocorreu por meio de entrevista fenomenológica.

Antes de explicitar os procedimentos de coleta propriamente ditos, pode-se refletir com Heidegger (2012) que a pergunta pelo sentido do ser é a mais universal e, ao mesmo tempo, representa a forma possível da mais completa individualização do *Dasein*. Para a aquisição do conceito – fundamental “ser” e do delineamento da conceituação ontológica requerida é necessário ter em mente que o caminho para a interpretação de um ente determinado – o *Dasein* – tem que levar em conta que esse ente é ele mesmo histórico em si. Em consequência, a elucidação ontológica mais específica desse ente se torna, necessariamente, uma interpretação de conhecimento histórico.

A coleta dos materiais narrativos considerou a afirmação de Torralba (2005) que, em estudos desta natureza, a tarefa não termina ao se descobrir o que faz o ser humano, o que ele pensa, ou o que sente, e sim trata de indagar porque faz o que faz, porque pensa o que pensa, porque, em essência, sente o que sente, constituindo-se esta abrangência no perguntar uma característica fundamental do método fenomenológico-hermenêutico.

Para captar o sentido existencial que o Ser enfermeira atribui à sua vivência na construção do processo de cuidado da forma como entende esse fenômeno, desvelando-o em sua essência e na temporalidade desse acontecer, optou-se por utilizar a entrevista fenomenológica como método de obtenção dessas revelações.

Na entrevista com abordagem fenomenológica não se pretende submeter o participante a uma análise conceitual, classificadora, orientada por um esquema de ideias e direcionada para determinados fins. Atendendo a essa concepção, uma entrevista de inspiração fenomenológica favorece a efetivação de uma consciência de si, a do participante, sendo a consciência que ele tem de sua maneira de estar no mundo e se posicionar face às situações vividas. Assim, buscou-se em uma entrevista de metodologia fenomenológica captar a maneira de o participante vivenciar o mundo. Nela, pesquisador e participante, na perspectiva de conversação em profundidade, são coparticipantes, e o pesquisador auxilia o participante a descrever as experiências vividas (POLIT; BECK, 2011).

A essas características a serem apreendidas Torralba (2002) atribui os significados de historicidade e identidade narrativa. Para o filósofo, a historicidade tem como base a temporalidade, em uma linha do tempo marcada pelo nascimento e pela morte, ou seja, é finita. O ser não é simples casualidade, e sim produto de uma trajetória, com suas experiências, acertos e erros. Portanto, a identidade pessoal é uma identidade narrativa que nada tem de estática, ao contrário, é dotada de movimento, sendo esculpida e definida ao longo do tempo e nas relações com os outros. Essas premissas reafirmam e justificam a escolha pela entrevista de cunho fenomenológico para a coleta das informações.

Para tanto, seguindo as recomendações de Laverly (2003) e Reiners (2012) na condução de entrevistas na pesquisa fenomenológico-hermenêutica, foi solicitado às participantes descrever em detalhes sua experiência sobre o tema investigado, de modo a ficar o mais próximo possível da experiência vivida. A questão específica inicialmente colocada foi consideravelmente aberta em sua natureza, com acompanhamento e aprofundamento na discussão conduzida, tanto pelo pesquisador, quanto pelo participante, numa atmosfera de abertura mediante interação numa abordagem compreensiva, com inclusão de poucas perguntas diretas.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas fora do horário de trabalho das enfermeiras, em ambiente privado no HCPA, gravadas pela pesquisadora e transcritas pela pesquisadora e auxiliares de pesquisa. A entrevista com a enfermeira docente que criou e implantou a Pediatria do HCPA foi, igualmente, agendada e realizada em local privado, na EEUFRGS. Utilizou-se um roteiro semiestruturado para nortear a entrevista com a enfermeira docente e outro para as entrevistas com as enfermeiras assistenciais (Apêndice A e B). Utilizou-se a orientação de Polit e Beck (2011) quanto à utilização de um guia de tópicos escritos para a condução das entrevistas semiestruturadas a fim de garantir que todas as questões norteadoras fossem enfocadas, acrescidas da atitude por parte do pesquisador de

encorajar que as participantes falassem livremente sobre todos os tópicos incluídos no roteiro. As informações foram lançadas e arquivadas no computador para organização e controle.

## 5.6 Interpretação das informações

A abordagem hermenêutica foi adotada para interpretação das informações. A hermenêutica, segundo Ricoeur (1996), é entendida como interpretação filosófica de conteúdos míticos, apreendidos no interior de uma tradição viva e retomados em uma reflexão e investigação atuais, ou seja, “fala em termos de tradição, de herança, de retomada (ou de ‘renascimento’) de um sentido vetusto em um novo sentido” (p. 261). Para Laverty (2003) a pesquisa hermenêutica é interpretativa e se concentra em significados da experiência e seus efeitos cumulativos sobre os níveis de desenvolvimento individuais e sociais. Este processo interpretativo inclui declarações explícitas dos movimentos ou filosofias históricas que estão guiando a interpretação por parte do pesquisador, bem como os pressupostos que motivam os participantes em suas interpretações. Para o embasamento da dinâmica da leitura interpretativa foram levados em consideração os pressupostos teórico-filosóficos explicitados no capítulo “Compreensão da Hermenêutica: um caminho para buscar o sentido”.

O enfoque da análise dessa investigação fenomenológica foi, então, o que o participante experimentou em relação ao fenômeno e como interpretou essa experiência (hermenêutica). A interpretação está centrada em descrever a experiência totalmente vivida e as percepções que ela faz surgir, tendo como aspectos de interesse: “*espaço vivido*, ou espacialidade; *corpo vivido*, ou corporalidade; *tempo vivido*, ou temporalidade; e *relação humana vivida*, ou relacionamento” (POLIT;BECK; 2011, p.298).

A leitura fenomenológico-hermenêutica requer a compreensão da experiência humana, por meio de um processo que Ricoeur (1990, p. 45) contextualiza como “preparar o deslocamento do problema do texto em direção ao do mundo que ele abre”. Para tanto, o autor propõe cinco aspectos chaves para essa compreensão:

A efetuação da linguagem como discurso; a efetuação do discurso como obra estruturada; a relação da fala com a escrita no discurso e nas obras de discurso; a obra de discurso como projeção de um mundo; o discurso e a obra do discurso como mediação da compreensão de si (RICOEUR, 1990, p.44).

Neste estudo buscou-se a compreensão do mundo vivido pela Enfermagem Pediátrica a partir do acontecer dos fatos e da experiência subjetiva, por meio do discurso verbal dos enfermeiros. Os fatos significativos - significados atribuídos ao fenômeno por aqueles que o



vivenciam - foram retirados dos depoimentos, interpretados e reorganizados. É importante considerar que não existe desvelamento do fenômeno sem discurso. Dessa forma, a tarefa da fenomenologia-hermenêutica é colocar em evidência o sentido do fenômeno-discurso. Este é compreendido como significação, visto que significar é o que a pessoa quer expor. Portanto, entende-se a hermenêutica como a teoria das operações da compreensão em sua relação com a interpretação dos textos produzidos, porque interpretar é tentar desvelar a própria descrição, ou seja, perceber sentido na existência humana (RICOEUR, 1990).

Para alcançar a interpretação dos materiais narrativos adotou-se, principalmente, a interpretação hermenêutica de Ricoeur (1978; 1990; 1996), e de Heidegger (2012). Além do processo hermenêutico com base nos filósofos, foram agregadas orientações sugeridas por Motta (1997), Laverty (2003); Terra; et al. (2009), Polit e Beck (2011), Reiners (2012) e Santin (2012), descritas sob forma de etapas, as quais não são estanques, descritas a seguir.

A primeira etapa, conforme Ricoeur (1978), trata-se da *Leitura inicial do texto* – compreensão ingênua do texto – que tem como objetivo compreendê-lo, inicialmente, de modo superficial mediante a percepção dos primeiros significados. Essa fase inclui, então, várias leituras e releituras dos materiais qualitativos obtidos, e relaciona-se à compreensão ingênua do texto, quando se toma contato inicial com as significações emergentes e organiza-se o material. Busca-se apreender o sentido, a essência do vivido pelos participantes. Por ser a interpretação de dados qualitativos um processo ativo e interativo, ao mesmo tempo em que as reflexões não surgem se o pesquisador não estiver completamente familiarizado com eles, esta etapa é de fundamental importância para a busca de significado e o entendimento mais profundo dos materiais narrativos (TERRA; et al., 2009; POLIT; BECK, 2011).

A próxima etapa consiste na *Leitura Crítica* que compete extrair declarações significativas, classificar e dar sentido aos significados essenciais do fenômeno. Tal etapa visa o aprofundamento da semântica<sup>33</sup> que, para Ricoeur (1978), acontece quando se realiza uma releitura profunda, com o objetivo de interpretar e compreender os prováveis significados imbuídos no texto. O significado é representado em unidades de sentença. A hermenêutica considera a frase como unidade de análise, passando a seguir para o parágrafo, a seção e,

---

<sup>33</sup> Trata-se de teoria do significado que diz respeito, na divisão tradicional das ciências da linguagem, à relação entre os signos e o real, ou seja, os objetos significados. Seus conceitos centrais dizem respeito ao próprio *significado* e à *referência*, no sentido da relação entre o signo e o objeto; e a *verdade*, no sentido da correspondência efetiva entre o signo e o objeto nessa relação. Na linguística e na filosofia da linguagem várias são as interpretações para a relação de significação, procurando explicar como ocorre a referência de um signo a um objeto e em que condições é possível definir essa relação como verdadeira (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).

finalmente, para o texto em sua totalidade, buscando-se reavivar, tematizar e compreender os significados que emergem (RICOEUR, 1978; MOTTA, 1997; TERRA; et al., 2009).

Nesse sentido, Heidegger (2012) pondera que o que primeiro entendemos num discurso não é outra pessoa, mas um projeto, ou seja, o esboço de um novo modo de estar-no-mundo. Somente a escrita, ao libertar-se da situação dialógica, revela este destino do discurso como projetando um mundo. E é este alargamento do nosso horizonte de existência, conforme Ricoeur (1990; 1996), que permite falar das referências descortinadas pelo texto ou do mundo por ele aberto.

A terceira etapa, segundo Ricoeur (1978), trata da *Identificação da Metáfora*, explicada como uma criação momentânea da linguagem, gerando novo significado, a partir da compreensão do texto. Transforma-se em discurso dialogado entre o texto em sua progressão e o significado e a referência contextual do estudo.

Para alcançar essa compreensão, foi utilizada a abordagem interpretativa chamada de hermenêutica heideggeriana na qual é ponto central a noção do círculo hermenêutico. O círculo, segundo Polit e Beck (2011, p. 518), “significa um processo metodológico em que, para se compreender algo, realiza-se um contínuo movimento entre as partes e o todo do texto analisado”.

Este processo interpretativo continua até que, em um momento no tempo, se atinge significados sensíveis da experiência, livre de contradições internas. No entanto, observa-se que chegando a um lugar de compreensão e significado, isso está sempre mudando no esforço hermenêutico. É necessário, portanto, para explicar uma posição e traçar um movimento interpretativo, que em todo o processo de pesquisa fenomenológico-hermenêutica seja usado o círculo hermenêutico (LAVERTY, 2003; REINERS, 2012).

O processo hermenêutico finaliza com a 4ª etapa – *Apropriação* – termo que significa para Ricoeur (1978) “tornar seu”. Ocorre mediante a condição de estar apto para o entendimento da metáfora do mundo do texto e do conjunto de imagens do mundo vivido que ele projeta, tornando claro o que antes era desconhecido, ou seja, decifrando o sentido oculto no sentido aparente. Segundo Ricoeur (1978, p. 18):

Toda interpretação se propõe a vencer um afastamento, uma distância, entre a época cultural revoluta, à qual pertence o texto, e o próprio intérprete. Ao superar essa distância, ao tornar-se contemporâneo do texto, o exegeta pode apropriar-se do sentido: de estranho pretende torná-lo próprio; quer dizer, fazê-lo seu. Portanto, o que ele persegue, através da compreensão do outro, é a ampliação da própria compreensão de si mesmo. Assim, toda hermenêutica é, explícita ou implicitamente, compreensão de si mesmo mediante a compreensão do outro.

Esta fase trata-se de etapa descritiva e reflexiva, a partir dos fatos revelados, da realidade apreendida do vivido dos participantes (MOTTA, 1997). Nesta etapa, a identificação de padrões constitutivos, ou seja, aqueles que expressam as relações entre temas relacionais, encontrando-se presentes em todas as entrevistas, possibilitou a compreensão do sentido do mundo vivido pela Enfermagem Pediátrica. A interpretação hermenêutica nesse momento alcança seu ápice, culminando com o discurso com a literatura, à luz do referencial existencial adotado (POLIT; BECK, 2011; REINERS, 2012).

Para a concretização desta etapa foram consideradas as orientações de Ricoeur (1990; 1996) de que construir o sentido verbal de um texto é construí-lo como um todo, o que pressupõe também a noção do círculo hermenêutico. Desta forma, uma obra de discurso é mais do que uma seqüência linear de frases, consiste em processo cumulativo, holístico. Nas palavras do filósofo:

Visto que esta estrutura específica da obra não se pode derivar da das frases singulares, o texto enquanto tal tem uma espécie de plurivocidade, que é diferente da polissemia das palavras individuais e diversa da ambigüidade das frases isoladas [...] Concretamente, o todo aparece como uma hierarquia de tópicos primários e subordinados que, por assim dizer, não se encontram a mesma altura, de modo que fornece ao texto uma estrutura estereoscópica. Por conseguinte, a reconstrução da arquitetura do texto toma a forma de um processo circular, no sentido de que no reconhecimento das partes está implicada a pressuposição de uma espécie de todo. E, reciprocamente, é construindo os pormenores que construímos o todo (RICOEUR, 1996, p. 88-9).

Santin (2012) esclarece que o processo da hermenêutica consiste na construção, desconstrução<sup>34</sup> e reconstrução ou ressignificação. A construção refere-se à elaboração da mensagem a partir da fala dos participantes que será posteriormente transcrita. Desconstrução consiste na dissolução das falas para, conforme Japiassú e Marcondes (2008, p.69), “explorar os vários significados ocultos e implícitos que constituem o modo de operação do texto, sua “disseminação”, revelando suas contradições internas e estabelecendo um sentido que pode ir além do pretendido pelo autor”. Na reconstrução ou ressignificação propõe-se a revelar os significados possíveis de modo a torná-los científicos.

---

<sup>34</sup> Considera-se, aqui, como método de análise e interpretação de textos que consiste, igualmente, em postura filosófica, originária do pensamento de Jacques Derrida, filósofo francês influenciado pela fenomenologia de Husserl e de Heidegger. Identifica o discurso não em sua forma racional e sim com a consciência que fala a si mesma e é o lugar da verdade e da unidade do ser. Trata-se de “dissolver” a linguagem para que esta dê lugar à escritura, deixando aparecer o horizonte histórico em que a “escritura” tem lugar. Não consiste em passar de um conceito a outro, mas sim em inverter e deslocar uma ordem conceitual assim como a ordem não conceitual a qual esta se articula (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008).

A partir desses pressupostos foi alcançada a compreensão dos possíveis significados e do sentido da realidade vivida pelas enfermeiras assistenciais na trajetória de cuidado e pela enfermeira docente responsável pelo processo de criação da Pediatria do HCPA, à luz do referencial existencial de Heidegger (2012), e de outros filósofos existencialistas.

### **5.7 Considerações éticas**

Na perspectiva deste estudo, o ponto de partida da ética é a experiência da alteridade, a vivência do outro. A experiência ética nasce com a experiência do outro, quando nos sentimos responsáveis diante do outro. Entende-se aqui a responsabilidade como elemento primordial no despertar da ética, entendida como a capacidade de aceitar, na intimidade do Ser, o pedido do outro e mover-se de forma imperativa ao pedido do outro, com o compromisso de demonstrar confiança à sua solicitação. Ainda, demonstra uma vontade explícita de melhorar, de aperfeiçoar o contexto, por meio da prática. A preocupação pelo outro, a vontade do bem, a responsabilidade frente ao entorno são elementos primordiais na busca de um consenso ético (TORRALBA, 2002).

A preocupação com as questões éticas fez parte deste estudo, desde o ponto de vista de seu desenho teórico e metodológico até os cuidados envolvidos na aplicação dos métodos de coleta, análise dos materiais qualitativos e relatório de pesquisa. Assim, anteriormente à coleta de informações, foi apresentado às participantes do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) para ser assinado, em duas vias, permanecendo uma via com o participante e outra com o pesquisador. Nele constou a garantia do caráter voluntário de participação das participantes, a manutenção de seu anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer etapa do estudo, sem nenhuma penalização ou prejuízo, e a não interferência em seu vínculo empregatício ou relação com avaliação de desempenho profissional. Dessa forma, foram observadas as exigências éticas e científicas sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

As enfermeiras que, atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa, aceitaram o convite e demonstraram interesse em participar lhes foi explicado, em linguagem clara e acessível: os objetivos propostos; a forma de participação mediante entrevista, com duração média de duas horas, que foi gravada em aparelho eletrônico e realizada em ambiente reservado; os benefícios que a pesquisa poderia gerar, entendendo-se que são indiretos à

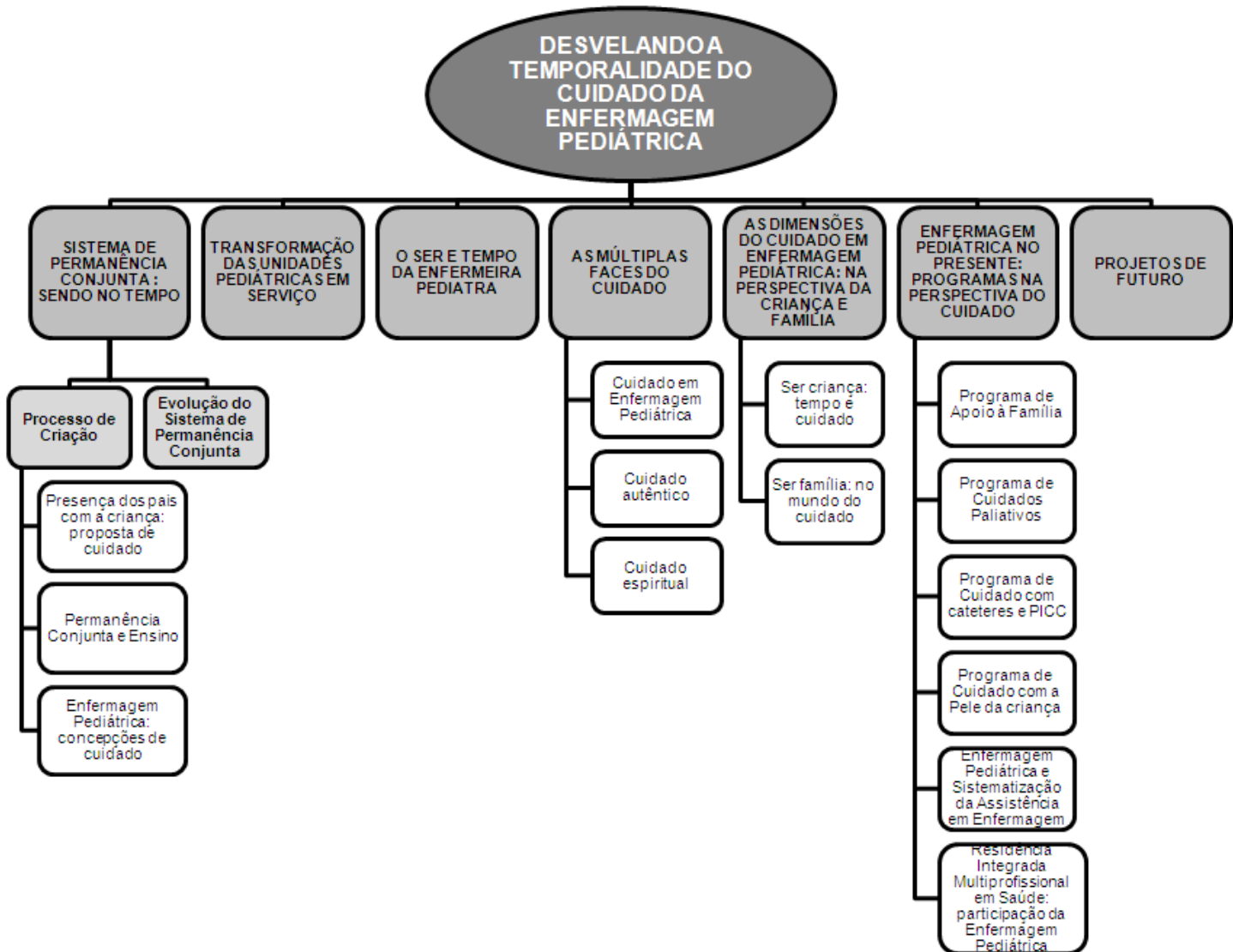
medida que pretendem favorecer os referenciais para o cuidado à criança, ao adolescente e a família; os riscos foram considerados mínimos às participantes, relacionados a um possível desconforto ao responder as perguntas, e que caso isso ocorresse teriam total liberdade de interromper a entrevista e, se necessário, seria feito encaminhamento à psicologia organizacional, a partir de contato prévio.

As participantes foram também esclarecidas quanto a não obrigatoriedade de sua participação e de que em qualquer momento poderiam solicitar sua exclusão ou esclarecimentos acerca da pesquisa, não implicando em qualquer dano para si. Igualmente, lhes foi assegurado: o direito de sua privacidade e o acesso aos resultados obtidos, não incidindo em exposição pública de sua pessoa ou de sua identidade em nenhum momento da pesquisa, e que para garantia do total anonimato seu nome seria substituído pela letra “P” de participante, seguido de número seqüencial da ordem em que fossem realizadas as entrevistas. As informações do estudo serão de uso exclusivamente científico para a área de enfermagem, especialmente como contribuição para a construção do conhecimento na área da Enfermagem Pediátrica.

O projeto obteve aprovação no Exame de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – COMPESQ e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, CAAE 38379014.0.0000.5327, conforme prevê a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). As informações serão armazenadas por cinco anos e posteriormente destruídas, conforme legislação nacional específica regulamentadora de direitos autorais (BRASIL, 1998).

## 6 DESVELANDO A TEMPORALIDADE DO CUIDADO DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

O mundo vivido da Enfermagem Pediátrica no olhar das enfermeiras desvelou sete dimensões, conforme esquema abaixo:



Fonte: Autora, 2015.

## 6.1 Sistema de Permanência Conjunta: sendo no tempo

Um resgate histórico do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada e sua família no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) revela um fio condutor que acompanha a criação da Pediatria, desde o período preliminar de sua inauguração, em 1979, e remete ao processo de planejamento propriamente dito, tanto estrutural quanto filosófico. Esse fio condutor se constitui no Sistema de Permanência Conjunta, então concebido, a partir da proposta de cuidado à criança hospitalizada acompanhada dos pais. Um texto de Nunes (1986, p. 2) remete à história da criação:

Considerando a importância da relação mãe/filho, da manutenção da criança junto a sua família quando hospitalizada, a equipe multidisciplinar, durante o planejamento da Unidade de Internação Pediátrica – Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS (UIP – HCPA – RS), decidiu que a assistência a ser implantada naquela Unidade teria, como filosofia de atendimento, a promoção e a manutenção das inter-relações afetivas entre pais e filhos durante a hospitalização. Para tanto, determinou que a criança lá hospitalizada ficasse acompanhada de seus pais durante 12 horas do dia, num sistema que denominou Sistema de Permanência Conjunta / Pais – Filhos (SPC).

De acordo com a filosofia que rege o Sistema na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS, a mãe/família é considerada parte integrante do cuidado à criança. A referência especial para a mãe justifica-se pelo fato de que

em nossa cultura, é ela quem mais se ocupa da criança e à constatação assistemática, através da prática hospitalar, era de que a mãe é a pessoa ligada à criança que espontaneamente ocorre ao hospital com maior frequência e que mais tempo lá permanece (NUNES, 1986, p. 6).

Sob a perspectiva de valorização da tradição histórica que marca esse modelo de cuidado e de ensino colocam-se em evidência os aspectos que fornecem o substrato para interpretação dos fatos, percepções e vivências que, paulatinamente, descortinam a essência do cuidado construído pela Enfermagem Pediátrica no mundo das interações. Nesse sentido, o Sistema de Permanência Conjunta, de acordo com a filosofia e a dinâmica de funcionamento que o caracteriza, também passa a ser alvo do processo criativo da equipe de saúde no cenário da prática hospitalar.

Tal sistema pode ser entendido como um universo, pois nele abrigam-se os Seres de cuidado, na circularidade que caracteriza o cuidar no sentido da espiral que os envolve, quando, ao mesmo tempo, são cuidadores e seres de cuidado entre si. Guarda uma tradição histórica construída na trajetória que se temporaliza desde o processo de sua criação.

A importância das tradições históricas e do modo como os Seres as experienciam, fica claro no entendimento de Gadamer (2014) ao dizer que

[...] o modo como experimentamos uns aos outros, como experimentamos as tradições históricas, as ocorrências naturais de nossa existência e de nosso mundo, é isso que forma um universo verdadeiramente hermenêutico. Nele não estamos encerrados como entre barreiras intransponíveis; ao contrário, estamos sempre abertos para o mundo (p. 32).

Numa atitude de abertura para a compreensão do mundo do Sistema de Permanência Conjunta, desvelar a criação e seus desdobramentos é o alvo deste capítulo, dando voz aos atores do cuidado, da Enfermagem Pediátrica.

### 6.1.1 Processo de Criação

A história da Pediatria insere-se no contexto de integração docente-assistencial que vigora no Grupo de Enfermagem do HCPA em interface com a Escola de Enfermagem da UFRGS. O Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) é uma estratégia, utilizada pelo Governo Federal, que visa a aproximação da Educação com as Instituições de Saúde, a fim de atender as necessidades de saúde da população, a produção de conhecimento e a formação de recursos humanos. Desse modo, articula o ensino e os serviços, possibilitando a modernização e a melhoria do sistema educacional, a assistência à saúde e à pesquisa (OLSCHOWSKY,1996).

Os projetos da área da saúde, principalmente, da medicina e enfermagem, vinculados ao Hospital Universitário e à Rede Básica têm ofertado assessorias na organização e coordenação dos serviços, ampliando a relação entre ensino e assistência para além da utilização dos campos de estágio (OLSCHOWSKY,1996).

A Escola de Enfermagem da UFRGS, na Integração Docente-Assistencial com o HCPA, desenvolve atividades assistenciais, de ensino e pesquisa, além da assessoria e coordenação dos serviços de enfermagem. A parceria da Escola de Enfermagem construída com HCPA a partir da IDA, declara Olschowsky (1996), possibilitou à enfermagem a conquista de seu papel profissional, prestígio e autonomia no exercício de sua atividade.

Nesse sentido, dentre os docentes do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem, uma das professoras foi designada para integrar o grupo multidisciplinar, envolvido na criação da Pediatria, por sua experiência na área do cuidado à criança, em hospital com atendimento pediátrico. Essa configuração deixa marcas na história da construção do modelo de cuidado exercido pela Enfermeira em equipe de saúde, e



configura-se como uma relação de integração do conhecimento acadêmico com o mundo da prática. E esse processo é um dos elementos que diferencia o cuidado desenvolvido na Pediatria do HCPA.

O HCPA é um hospital que foi programado para atender todas as necessidades de Ensino e de Assistência. Como professora da Escola de Enfermagem [...] fui designada, numa reunião de Departamento, para participar desta equipe do Hospital de Clínicas para elaboração do planejamento e instalação da Pediatria, era mais ou menos 1975 (P1).

As decisões que envolviam a enfermagem no planejamento e implementação da Pediatria eram partilhadas tanto com o Grupo de Enfermagem do hospital quanto com a Escola de Enfermagem, dialogando com a disciplina de Enfermagem Pediátrica.

[...] O que se decidia da enfermagem no grupo, tinha que levar para a reunião do Grupo de Enfermagem, e também para a Escola. E nas reuniões da disciplina de Pediatria a gente conversava sobre todas as coisas também e este era um ponto importante! [...] o pessoal do departamento me ajudava muito (P1).

A distribuição dos espaços e sua infraestrutura necessária para o atendimento na Pediatria foi o elemento decisivo para direcionar o planejamento da obra propriamente dita.

Então, nessa época [...] tinha que trabalhar junto com os engenheiros, eletricista, engenheiro de Obra e Civil, com as arquitetas, com o grupo que estava trabalhando na obra propriamente dita. Tinha que revisar as plantas do espaço da Pediatria Norte e Sul [...] teria que ser decidido como seria a forma de atendimento para poder levantar novamente a obra com os espaços, com os acessos, com a iluminação, com as encanações de gases, como Oxigênio, Ar comprimido, para cada espaço, sendo que ia ter uma UTI e duas unidades grandes de clínica pediátrica, no caso, Cirúrgica e Médica (P1).

As decisões para o planejamento da obra exigiam estudo constante, articulando os propósitos que emanavam do tipo de atendimento estipulado com as normas que legislavam a estrutura física de Unidades Pediátricas, ou seja, os parâmetros oficiais que regiam os planos arquitetônicos específicos. O processo dialógico com as pessoas envolvidas no planejamento era a forma de mediar o saber técnico com o saber prático requerido.

Comecei estudando as 'plantas' para ver como circularia a equipe, os pacientes, familiares - como eles circulariam dentro daquele espaço - como que iria funcionar primeiro, a Unidade Norte, que teria a UTI [...]. A UTI deveria ter 10% de leitos do total de crianças que fosse internar na Pediatria e respeitando as questões das infecções, das doenças transmissíveis, tudo isso tinha que ser pensado [...] lendo, conversando com os arquitetos, com a Coordenadora do GENF, com os engenheiros, e ia todos os dias visitar a obra. Tínhamos reuniões da equipe [...] engenharia, arquitetura, depois com o pessoal da Medicina (P1).

O processo de criação envolveu inúmeras reuniões, congregando as diferentes áreas inseridas e encarregadas do planejamento, ora para as resoluções de ordem estrutural da planta física, sem perder de vista o caráter acadêmico-assistencial do projeto, ora para aquelas de ordem assistencial e clínica. Essa correlação, na visão de Torralba (2009, p. 35), é necessária porque

nela se fundamenta o trabalho interdisciplinar, porquanto a autonomia não deve identificar-se com independência, já que no âmbito da saúde, como no âmbito da educação, todas as disciplinas e todos os agentes estão inter-relacionados entre si e cada qual traz ao conjunto uma determinada especificidade.

Pelo porte do empreendimento, recaía sobre a participante considerável responsabilidade, advinda do fato de representar o ensino e os professores da Escola de Enfermagem, e sua inserção em um grupo multiprofissional, condutor do planejamento. O *Dasein*, “ser-aí” e “ser-com” se revela no cuidado para com a sua obra.

[...] E tu estavas ali e não podia errar! [...] o trabalho tinha como finalidade a assistência, ensino e pesquisa [...] queríamos que na Pediatria tivesse [...] uma “equipe modelo” para os futuros profissionais que fossem cuidar das crianças (P1).

O aprendizado aparece como uma tônica constante, aprender com o outro em seu saber, e assim fortalecer-se para poder exercer a profissão, essencialmente para poder cuidar. A criança doente era o centro desse círculo: aprender para poder cuidar; e aprender cuidando; e cuidando adquirir competência para servir de modelo, pois o hospital, onde a participante adquiriu a base do conhecimento de Pediatria, era de ensino. Tal experiência veio constituir-se em ancoradouro para a criação do projeto assistencial na área da hospitalização infantil, para o qual foi requisitada.

Nesse sentido, a atuação prévia na Pediatria, em hospital pediátrico, conferiu a base para o futuro atendimento na Pediatria do Hospital de Clínicas. À semelhança do que acontecia naquela instituição, em termos de situações de saúde/ doença das crianças, poderia, por analogia, ocorrer com as crianças que buscariam atendimento na Pediatria do HCPA, em implantação.

[...] formação técnica específica não existia! [...] Fui aprendendo “com a vida”, trabalhando [...] alguns pediatras me ensinavam [...]. Comecei estudar as patologias [...] tinha que conhecer sinais e sintomas, clínicos e cirúrgicos, pois as crianças iam todas para o 7º Andar [...] no Ernesto Dorneles [...] foi minha Escola

de Enfermagem Pediátrica! O pessoal da Escola de Enfermagem da UFRGS fazia estágio lá, e aí comecei a estudar mais (P1).

Em relação ao conteúdo da palavra “formação” que aparece no fragmento da depoente deste estudo, aprende-se, em Gadamer (2014, p. 45-6), que

hoje, a formação está estreitamente ligada ao conceito de cultura e designa, antes de tudo, a maneira especificamente humana de aperfeiçoar suas aptidões e faculdades [...] designa mais o resultado desse processo de devir do que o próprio processo corresponde a uma frequente transferência do devir para o ser. Aqui a transferência é bastante evidente, pois o resultado da formação não se produz na forma de uma finalidade técnica, mas nasce do processo interior de formulação e formação, permanecendo assim em constante evolução e aperfeiçoamento.

Nesse processo de constante devir, a necessidade de superação se revela um impulso para a concretização de um projeto peculiar por sua especificidade e importância genuínas. Também levou ao aprimoramento constante, via conhecimento — mola propulsora para vencer os desafios de um processo de criação. Tornava-se imprescindível, portanto, transpor a falta de conhecimento específico em estruturação, planejamento de unidade de internação pediátrica em instituição de saúde, sendo necessário ir em busca de modelos avançados ou condizentes com a proposta de um hospital-escola, tendo por referência os parâmetros internacionais.

Eu não estava na Escola, mas era considerada uma enfermeira que trabalhava com Pediatria! [...] só trabalhava com Pediatria! Ao montar a Pediatria do Hospital de Clínicas, já tinha um direcionamento para que tipo de crianças que iria receber [...] mas tinha pouco conhecimento de estruturação, mas estudei, estudei muito! [...] na época, tinha uma Delegacia da Organização Pan-Americana de Saúde [...] uma enfermeira, muito ligada a Escola [...] comecei a estudar muito inglês [...] a maioria das bibliografias era em espanhol e inglês [...] tinha que ver as normas mais atualizadas dos Estados Unidos (P1).

Na área da Enfermagem, afirma Torralba (2009), é necessário superar o dilema entre ciência e sabedoria, pois ela integra elementos de caráter científico relativos ao conhecimento do ser humano, tanto no aspecto fisiológico e anatômico quanto no atitudinal. Contudo, a Enfermagem não pode ser reduzida única e exclusivamente à categoria de saber científico, antes disso, na sua prática, a noção de sabedoria é fundamental.

Nas lentes do filósofo, a sabedoria se refere

a um conhecimento global e integral da realidade. O sábio não conhece uma parcela da realidade, um microcosmos, mas tem uma visão global e transversal do mundo. Por outro lado, a sabedoria não se relaciona unicamente com a dimensão intelectual do ser humano, mas também com a dimensão prática. O ser sábio não

está baseado exclusivamente no conhecimento, mas também no estilo de vida caracterizado pelo cultivo de virtudes morais [...] a finalidade da sabedoria é, em última análise, a felicidade do homem e da comunidade (TORRALBA, 2009, p.36).

Ser sábio, segundo Torralba, é conhecer global e integralmente a realidade, de modo que planejar uma obra voltada ao atendimento de saúde de uma população específica — crianças em agravos de saúde —, requereu não apenas conhecimento científico, mas, acima de tudo, responsabilidade com o “projeto” a ser implementado e preocupação em realizá-lo de acordo com a realidade e necessidades prementes.

O projeto incluía a organização da área física de acordo com a previsão das características do atendimento a ser prestado e por faixas etárias:

[...] a Pediatria foi organizada para atender todo o tipo de criança doente [...] crianças que estavam em alto risco [...] quando abriu a UTI passaram a ir para o 10º andar na UTIP. Primeiro abriu a UTI e o 10º Norte. Estávamos recebendo só crianças lactentes [...] para crianças maiores, tinha só dois quartos no Norte, pois as crianças maiores iam ficar no 10º Sul (P1).

No planejamento espacial houve a preocupação de antever as possibilidades para realizar o atendimento exigido pelo grau de gravidade da criança, possibilitando mobilidade, rapidez e prontidão para atender prováveis intercorrências.

[...] fazia parte do planejamento: a medida das camas, os espaços entre uma cama e outra, os espaços de circulação, para assistir uma criança de alto risco [...] ficar um espaço para uma pessoa poder trabalhar com a criança [...] Tudo isso foi pensado (P1).

A entrevistada P1 diz que tudo foi pensado em prol das crianças. Percebe-se, então, que as novidades de um fazer específico remetem ao próprio fazer, e as peculiaridades são demandadas do Ser a quem se dirige o cuidado. As ações diárias, específicas, por exemplo, o banho das crianças, envolvem muito mais do que o “material” do banho, pois, enquanto momento do cuidado, inclui tudo o que é necessário prover para que ocorra dentro dos princípios emanados de um pensamento, de um processo que organiza o fazer. Essa organização também teve que ser estudada para que a obra, em si, pudesse contemplar as especificidades de cada momento do cuidado. Dessa forma, todo o processo de criação da Pediatria envolveu um pensar sobre “o cuidado à criança em sua especificidade”.

[...] quando surgia alguma coisa nova [...] estudava para saber [...] tinha que ser tudo diferente, medicações [...] material para as crianças tomarem banho, ou

melhor, o contexto do banho das crianças [...] para as várias idades [...] os leites, a sopa [...] a limpeza [...] tudo isso tinha na estrutura da Pediatria. Então, tudo isso é específico da criança (P1)!

O acompanhamento constante, não apenas da obra, mas dos materiais exigidos para o atendimento pediátrico, era imprescindível. As inovações nessa área, especialmente tecnológica, incidiam na necessidade de maior preparo para avaliar a pertinência, ou seja, estar em conformidade com as exigências assistenciais. No ato de reconhecer a ordem natural do tempo e das mudanças que o acompanham revela-se a sabedoria do Ser que compreende a evolução implacável do tempo, requerendo presença e solicitude no devir do projeto em curso.

[...] chamar as empresas que forneciam os materiais e conversar com eles. Todo o material da UTI exigiu muito [...] mudava de 3 em 3 meses tinha uma coisa nova, deve mudar agora ainda [...] sempre ficar atualizado [...] tinha que estar junto (P1).

O planejamento de um modelo de cuidado e de ensino leva em conta, especialmente, a expertise dos profissionais. No processo criativo, várias forças precisam ser percebidas e muitas vezes intuídas. Trabalhar em prol de um projeto aciona mecanismos de sintonia, empatia, reconhecimento pelo trabalho do outro, em um movimento de estar aberto às necessidades que emergem no processo de estruturação e às competências percebidas necessárias para dar conta do projeto em curso.

[...] para estruturar tinha que conhecer as pessoas e à medida que ia aparecendo nova necessidade na equipe, se chamava um profissional [...] quando começou o trabalho de estruturação da UTI [...] chamei os professores da medicina da equipe de pediatras da Santa Casa [...] e os Auxiliares de Enfermagem, tinham experiência porque vinham de outros serviços [...] naquela época, foi tudo intuição (P1)!

O conhecimento técnico é considerado requisito importante no processo criativo. No entanto, a arte transcende à técnica e exige outras categorias, especialmente a intuição e a sensibilidade, como afirma Torralba (2009), e em relação ao conhecimento intuitivo complementa:

É muito difícil definir o conteúdo semântico do termo *intuição*. A intuição é uma visão clara e distinta de algo que não aparece de modo claro e distinto na realidade cotidiana. O artista vê algo, de um modo intelectual, que logo trata de representar em sua obra, em sua criação artística. A intuição é um tipo de conhecimento que não se desenvolve no plano lógico-argumentativo, pois a intuição não é fruto de uma longa cadeia de argumentos, mas trata-se de uma visão que aparece na mente

humana como uma espécie de relâmpago. A intuição necessita da técnica para poder se expressar adequadamente (p. 144-5).

Para a condução de todos os aspectos que permeiam o atendimento da criança hospitalizada, imprescindíveis à implementação de uma assistência integral, outras áreas de saber específico no campo da saúde infantil foram requisitadas a fazer parte desse novo mundo. Outros serviços passaram a integrar a Pediatria e constituir a equipe multiprofissional que foi se formando e criando elos, por meio da troca de experiências, interapoio e respeito. Eram as representantes do Serviço Social, Psicologia e Serviço de Nutrição, com quem o compartilhar das experiências fomentava *o saber e o preparar-se* para os desafios inerentes à nova dinâmica em implantação:

[...] assistente social e a Psicóloga, conversávamos muito [...] sobre os encaminhamentos para elas [...] no relacionamento com as mães, assistente social ajudou muito [...] fazia a história social das mães das crianças e dos pais e tinham coisas que ela vinha e avisava [...] Psicóloga era muito legal [...] não tinha experiência, aprendeu muito lá também [...] era uma pessoa firme [...] e do Serviço de Nutrição (P1).

A realidade do que se constituiria tal modelo assistencial e de ensino partia do pressuposto de que “todas as disciplinas da esfera da saúde estão intimamente relacionadas entre si e dependem fundamentalmente umas das outras, mas isso não significa que não exista uma certa autonomia disciplinar entre elas” (TORRALBA, 2009, p. 34). As várias áreas do saber iniciaram suas atividades interligadas em torno do mesmo eixo: criança e família.

Para o acontecer do processo de cuidado tornava-se vital o planejamento de recursos humanos da enfermagem. O quantitativo de pessoal de enfermagem foi calculado, tomando como base o número de leitos, mas também a especificidade técnica e a proposta de educação dos pais, embora houvesse, à época, uma lacuna quanto a normas mais específicas para a atenção peculiar requerida.

[...] quando se definiu quantos leitos ia começar, então, além da planta, e da área física, comecei a trabalhar o número de pessoas da Enfermagem que iria precisar tecnicamente, dentro do conhecimento que se tinha das normas [...] não tinha (parâmetros específicos) do que se precisava para trabalhar com a educação dos pais (P1).

A premissa de considerar as características do crescimento e desenvolvimento da criança apontava para a necessidade de inserir o lúdico na internação pediátrica. Nascia, então, já à época do planejamento, um espaço nobre para abrigar a ideia de que a Pediatria do HCPA também tivesse uma Recreação para atender as demandas próprias da infância.

[...] para instalar a Recreação foi escolhido o espaço em frente ao elevador [...] criamos o espaço, criamos a ideia da Recreação! [...] então, iniciou aquela equipe da Recreação (P1).

Mesmo antes de entrar em vigor o ECA (BRASIL, 1990) e a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995), o modelo de atenção à criança que vigoraria na Pediatria continha, em sua essência, a defesa das prerrogativas fundamentais de zelar pela proteção à vida e à saúde da população infantil.

No Brasil, o movimento de proteção à criança adquiriu visibilidade com a notoriedade alcançada no Ano Internacional da Criança, em 1978. A partir de então, instituições não governamentais criaram acordos em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, culminando com a política pública traduzida no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. O ECA é considerado um marco em favor dos direitos da criança e do adolescente brasileiro, e entre os direitos assegurados trata do direito à vida e à saúde. Pela especificidade do direito da criança e do adolescente hospitalizados, outras resoluções foram aprovadas, obedecendo às diretrizes internacionais, como a dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, em 1995.

A criação da Recreação Pediátrica na Pediatria do HCPA foi um marco importante para garantir que a criança fosse contemplada em suas necessidades lúdicas, referendada, anos mais tarde, pela Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995), que, em seu artigo 9, afirma: “Direito de desfrutarem de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do *curriculum* escolar durante a hospitalização”.

Concomitantemente ao planejamento da estrutura física da Pediatria acontecia o gestar do modelo filosófico que viria a ser implantado, pois, além da atenção aos espaços, aos recursos físicos e humanos para o atendimento das crianças, era imprescindível estudar de que modo as crianças teriam suas necessidades primordiais e direitos reconhecidos e respeitados quando estivessem ali internadas.

Assim, a criação do modelo do Sistema de Permanência Conjunta, na Pediatria do HCPA remonta ao período em que o meio acadêmico estudava as concepções oriundas de países, mais especialmente da França, onde se propagava a teoria da Pediatria Social, inspirada nas correntes psicológicas que contribuía para explicar as manifestações decorrentes da privação afetiva sofrida pelas crianças quando afastadas de seus pais. Tal modelo, referendado pela Organização Pan-Americana de Saúde (1973), recomendava o

cuidado de não separar as crianças dos pais, como medida protetora para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis.

Este modelo começou a se organizar a partir do conjunto de situações que aconteciam com as crianças [...] A (nome da professora) constatava que em hospitais pediátricos as mães eram separadas das crianças. Relacionava-se com a (nome da professora) egressa da França com os ideais [...] da Pediatria Social, de Debré. A (nome da professora) [...] falava que as mães deveriam ficar o maior tempo possível junto das crianças! [...] em decorrência do contato com a Escola Paulista e com a do Rio de Janeiro, e com a bibliografia, que chegava à Escola, proveniente da Organização Pan Americana de Saúde. Já naquela época a Pediatria Social era um modelo para nós (P1)!

Reiteradas concepções filosóficas sobre a importância do vínculo afetivo para o processo de individuação da criança configuram-se uma questão inalienável da existência humana. Persiste até hoje esse elemento estruturante no processo de cuidado impresso no modelo do Sistema de Permanência Conjunta, de modo a garantir esse direito da criança.

Que não houvesse um rompimento entre a mãe e o filho, porque a criança tinha risco de ficar em inanição [...] essa era a teoria do Spitz e do Bowlby. Era manter a interação mãe e filho, era uma questão afetiva, de ligação, de junção da criança e a mãe. A criança tinha que ter um espaço de tempo para se dar a individuação. A criança só se torna um indivíduo a partir de um determinado momento de crescimento e desenvolvimento, tem também certa idade para que isto aconteça, então a mãe pode se separar do filho e o filho se separar da mãe, porque eles já estão aptos a isso. A questão afetiva da criança já está organizada. E isso é muito importante (P1).

A participante P1, com o apoio da professora chefe de departamento, assumiu esse princípio como algo que considerava indiscutível, constituindo-se porta-voz e protagonista de um lema que haveria de perdurar: a permanência conjunta mãe/filho. Para a confirmação dessa proposta era preciso que a planta do prédio em construção permitisse tal organização. Tornou-se defensora desse modelo, difundindo-o nas reuniões de equipe.

[...] comecei a falar nas reuniões, entre as coisas mais importantes estava a Permanência Conjunta [...] estava ligada nessa questão e falando sempre! A (nome da professora) começou a ir nas reuniões também e, então, começou a se instalar a (ideia) da Permanência Conjunta. E para se instalar tinha que ser vista a planta [...] se tinha como se organizar esta questão! Tinha locais [...] que não se podia mexer [...] A administração do hospital não permitia (P1).

Considerável persistência foi necessária para manter o firme propósito da presença dos pais junto aos filhos, respaldado na proposta da Pediatria Social. Era um modelo pioneiro, inexistente nas instituições hospitalares de atenção à população infantil. Tinha que haver forte



justificativa, a qual foi trabalhada ao longo do tempo em que transcorreu o planejamento da planta física, impondo que fosse observada a questão da manutenção dos espaços para a promoção da permanência do familiar ao lado do filho. Tal recomendação preconizava, igualmente, a necessidade de investir esforços no processo educativo das famílias, com enfoque na prevenção, aliado ao fato de ser hospital de ensino.

[...] nesse tempo todo foi trabalhada a questão da linha da Pediatria Social [...] Tinha que ter uma justificativa para a Administração! Eles não tinham visto em hospital nenhum uma proposta igual a essa! Da mãe junto da criança! [...] Conversou-se, e se preservou o espaço, porque se tinha ideia de fazer avançar [...] a ideia das mães junto das crianças [...] tinha que se trabalhar a educação dos pais: a limpeza, as vacinas, a prevenção [...] porque era ensino (P1)!

As patologias a serem erradicadas, à época, pressupunham determinadas condições para o atendimento e que deveriam fazer parte do planejamento, inclusive da área física.

[...] Na época [...] era um grande número ainda de crianças desnutridas, e doenças sazonais como, no verão, as diarreias. Assim que abriu a Pediatria, não se iria receber crianças com doenças infectocontagiosas, caso acontecesse, se iria isolar (P1).

Um dos aspectos primordiais para a erradicação de doenças consideradas preveníveis eram as atividades educativas assumidas com maior empenho pelas enfermeiras e educadoras sanitárias. Destacavam-se, nesse campo, as imunizações, em consonância ao preconizado pela Secretaria da Saúde, aliado ao fato de que o hospital, por ser referência, precisava fazer jus a essa distinção.

Tinha que erradicar aquelas patologias que eram preveníveis [...] a Escola de Enfermagem, e o hospital ia ser de ponta e de ensino [...] tinha que estar em consonância com a Saúde Pública do município, do Estado, do País. Quem dava conta disso eram mais as enfermeiras, e as educadoras sanitárias (P1).

#### *6.1.1.1 Presença dos pais com a criança: proposta de cuidado*

A sensibilização às metas concebidas como primordiais - a permanência dos pais junto aos filhos internados - não foi tarefa fácil. Exigiu persistência, domínio de argumentação para atingir o propósito estipulado. Alcançar a aprovação da proposta trouxe o entusiasmo para a continuidade dos esforços e estudos que se sucederam. Estava lançada a pedra fundamental do Sistema de Permanência Conjunta, o começo de uma história.

[...] reuniões com a Administração foram seguindo e se decidiu sempre preservar este espaço para as mães, as famílias das crianças, mãe e pai ou o responsável, aquele familiar que estava mais próximo. E eu sei que a gente conseguiu (P1)!

O processo de criação de tal proposta imprimiu sua essência porque se fundamentava em concepções filosóficas e, assim sendo, organizou uma estrutura identitária que tomou forma, materializando-se para persistir no devir da história, contribuindo para com a missão com que foi planejada. Considera-se oportuno, aqui, fazer referência às reflexões possibilitadas pela interpretação da Fábula de Hyginus (HEIDEGGER, 2012).

A analogia que se pretende alcançar com a fábula está na compreensão de que o Sistema de Permanência Conjunta pode ser entendido como um *Dasein* constituído pela preocupação porque foi por ela gerado e a manterá enquanto existir, pois é a preocupação (sua origem e constituição), que dá forma ao Cuidado, projetando-se na temporalidade da existência na Pediatria, cenário do cuidado do hospital-escola.

A compreensão da complexa construção heideggeriana, feita por Ayres (2006), pode, em analogia, explicar o que se pretende demonstrar com o nascimento do “Ser-aí” – o Sistema de Permanência Conjunta da Pediatria, e que em extensão continua sendo a base do Serviço de Enfermagem Pediátrica, como se desvelará na interpretação dos depoimentos.

Na aproximação hermenêutica feita por Ayres (2006),

toda a plasticidade da argila não poderia ter posto a trama da alegoria em movimento, ter realizado seu papel de efetivar interações e identidades, se não fosse o potencial criador, a capacidade de conceber e construir projetos própria ao cuidado. É porque antevê na plasticidade experimentada na argila a possibilidade de lhe dar a forma humana, e porque interage com a argila na medida capaz de conferir à sua plasticidade a forma antevista, que o cuidado gera o ser vivente [...] O Ser do humano é cuidado. É projetar e, ao mesmo tempo, ser o ‘curador’ do projeto (p. 60).

A interpretação, que conduz à analogia proposta, revela que o Cuidado, por meio do potencial criador da proposta interdisciplinar que o gerou, concebeu o projeto do Sistema de Permanência Conjunta e nela anteviu uma forma de humanidade – seres cuidadores do mundo da Pediatria – que na plasticidade antevista daria continuidade ao Cuidado. Nessa concepção, o Cuidado, na condição de Ser vivente, seria o ‘curador’ do projeto enquanto ele vivesse. É nesse ponto da compreensão que se encontra o fio condutor, tal qual o círculo hermenêutico do cuidado, incessantemente realimentado pela própria essência de cuidar a criança e a família, sob o olhar da equipe que, mantendo seu potencial ‘curador’, reafirma-se guardião do projeto em seu devir.

A história vem revelar o novo, o Sistema de Permanência Conjunta da Pediatria, que se mostrou engajado em um modelo inovador que perpassava o ensino e a assistência, na cidade de Porto Alegre, e que acionou a articulação entre os vários serviços envolvidos na prestação da assistência a ser implementada.

Foi um “movimento” novo que houve na assistência à saúde aqui em Porto Alegre, que perpassava o ensino e a assistência. Uma renovação da assistência em si, nas diversas áreas que integravam a equipe de saúde (P1)!

Pela grandiosidade do que veio representar para a saúde da população infantil, articulando concepções acadêmico-assistenciais, esse Sistema pode ser, em princípio, defendido em seu aspecto de projeto. Entende-se aqui projeto, na perspectiva heideggeriana, interpretado como

[...] uma característica que parece um traço constitutivo do modo de ser (do) humano e que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde [...] recorre à expressão “Cuidado”, tão amplamente usada na saúde para se referir às relações dessa centralidade dos projetos no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir (AYRES, 2004, p. 21).

Em sua constituição primordial, o Sistema de Permanência Conjunta como “ser-aí”, revela seu modo-de-ser e será enquanto *Dasein* detentor de todas as características existenciárias do ser-no-mundo, segundo as concepções heideggerianas. Nesse sentido,

o elemento organizador, estruturante, processual, transcendental ou historial é introduzido a partir do modo-de-ser-no-mundo do ser-aí, no qual ele se explicita e compreende em seu ser e assim compreende o ser como tal. Temos aqui a circularidade da compreensão que sustenta o círculo hermenêutico, mas este surge no acontecer da diferença ontológica. [...] A fenomenologia hermenêutica inaugura um modo de pensar que começa com a analítica existencial como instância privilegiada do pensar filosófico, porque ela é capaz de expor a relação que se estabelece entre ser e ser-aí (STEIN, 2004a, p. 80).

Em seu modo-de-ser-no-mundo – da Pediatria - o Sistema de Permanência Conjunta previa, no início, a dinâmica da presença das mães ao longo do dia,

[...] não seria para eles dormirem lá [...] iria ser outro Sistema! [...] um sistema de forma que as mães passassem o dia com a criança e fossem embora à tardinha, ou que ela viesse de manhã, depois podia vir à tarde. Bem, o Sistema de Permanência Conjunta (P1).

Por residir no âmago do projeto, a preocupação que reconhece a presença da família como imprescindível no acompanhamento da criança na internação hospitalar, e por se entender que preocupação é o centro do cuidado, reitera-se que se compreende o Sistema de Permanência Conjunta como um projeto de cuidado. Nessa perspectiva, Ayres (2004, p. 22) enfatiza que

o ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidada pela ideia de Cuidado, será justo assumir que as práticas de saúde, como parte desse estar lançado, tanto quanto dos movimentos que o reconstroem, também se elucidam como Cuidado.

A proposta estava pautada no processo interacional com os pais, em que um dos aspectos primordiais era o processo de comunicação. E essa foi a razão para o número de enfermeiras solicitado para as unidades pediátricas, envolvendo a necessidade de selecioná-las mediante avaliação do preparo para lidar com tais incumbências.

[...] o Sistema de Permanência Conjunta [...] durante este tempo em que os pais estivessem lá, as enfermeiras tinham que falar [...] com as mães. E essa foi a razão do porquê de ter [...] duas enfermeiras em cada turno [...] tinha que selecionar para que tivesse todo este preparo (P1).

O início da Pediatria ocorreu de forma gradativa, da mesma forma a admissão das enfermeiras e equipe de enfermagem. Havia, à época, uma questão política que implicava premência para a inauguração, porém, tecnicamente, a exigência era de recursos físicos completamente organizados para dar conta da dinâmica assistencial em sua totalidade. O Sistema de Permanência Conjunta implicava organização que exigia a constante presença da Enfermagem ao lado dos pais, mesmo não havendo esta expertise por parte dos profissionais contratados, pelo caráter inovador da proposta. Por essa razão, esse projeto concretizou-se, paulatinamente, tendo como base as experiências vividas no acontecer cotidiano.

[...] inaugurada em 1979, a Pediatria propriamente dita começou mesmo a partir de 80 [...] não tinha toda a equipe de enfermagem, as enfermeiras não estavam todas, recursos físicos que não estavam funcionando [...] uma urgência política, mas não uma urgência técnica! E foi se instalando o Sistema de Permanência Conjunta, e quem ia ficar mais tempo com os pais eram as enfermeiras e a equipe – auxiliares de enfermagem e atendentes [...] tinha tudo isso para funcionar junto [...] tinha que vivenciar para continuar (P1).

Esse novo modelo passou, então, a ser divulgado em encontros científicos, tanto na cidade de Porto Alegre quanto em contatos com a Enfermagem do país, ancorado na Organização Mundial de Saúde que o recomendava para o ensino dos profissionais da saúde.

Tinha-se um contato muito grande com a Enfermagem do país [...] nos encontros de Pediatria no Rio, São Paulo, Florianópolis [...] se ouvia o que estava acontecendo nos seios das Pediatrias do país [...] o pessoal pedia para contar como é que estava sendo a experiência da Permanência Conjunta! [...] começou a enraizar essa experiência [...] difundir nos outros hospitais de Clínicas, das outras escolas [...] tinha saído aquele documento da Organização Mundial da Saúde que recomendava isto para o ensino dos profissionais da saúde para a erradicação das patologias preveníveis (P1).

A criação da filosofia de cuidado à criança hospitalizada coincidiu com os cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* que começaram a ser introduzidos no país.

[...] foi quando começaram a planejar também a Pós-Graduação *Lato Sensu* da Escola. Aí começou uma ligação da nossa Escola com a Escola Ana Nery do Rio de Janeiro, como no Rio de Janeiro não tinha especialização em Enfermagem Pediátrica. Tinha em São Paulo na Escola Paulista. Aqui nós tivemos dois cursos de Especialização, isso quando começou a Pós-Graduação (P1).

A Integração Docente-Assistencial (OLSCHOWSKY,1996) que permeava o modelo favorecia a tomada de decisões em prol de uma conformação sempre atualizada para a integração do mundo acadêmico com a prática que começava a vigorar, aliado ao suporte favorecido pelas trocas de experiências com outras Pediatrias do país. O meio acadêmico formava enfermeiras especialistas, e isso se tornou fator importante para a consolidação e difusão da proposta. Nesse sentido, o Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem reforçou a iniciativa de selecionar enfermeiras com especialização em Pediatria para a implementação do projeto. No entanto, isso não assegurava o conhecimento e a experiência para trabalhar com a questão da família. Tratava-se de um novo desafio a ser vivenciado ao experimentar o modelo.

[...] formaram enfermeiras para o Santo Antônio, Conceição, para a Pediatria do HCPA [...] se conversou na reunião de Departamento que se iria arrecadar as enfermeiras que tinham especialização em Pediatria para vir para a Pediatria do HCPA. Mas esta proposta da mãe e do pai junto, as enfermeiras [...] não tinham experiência [...] foram ficar sabendo quando foram para lá e iam montando as coisas (P1).

Nascia um modelo de cuidado em que a presença da enfermeira era fundamental no ambiente onde acontecia a permanência conjunta, acompanhando os movimentos dos seres de cuidado: criança e família.

E as enfermeiras tinham que escrever naqueles prontuários todos [...] A gente queria que elas ficassem nas enfermarias com as crianças, vivessem mais não a burocracia, mas o movimento dentro da enfermaria (P1).

Era indicado que as enfermeiras assumissem a maior parte dos cuidados, e o seu fazer da enfermeira tinha que estar respaldado em justificativas técnicas e/ou teóricas, condizentes com a realidade vivenciada no ambiente de cuidado.

As enfermeiras tinham que fazer tudo [...] as atividades principais [...] saber por que estavam fazendo, saber o que estava acontecendo, acompanhar as auxiliares de enfermagem. Então assim, a ideia não era distanciar (P1).

O cotidiano vivido mostrava-se permeado de dificuldades, de certa forma esperadas por tratar-se de uma teoria que deveria transformar-se em prática do cuidado, uma novidade nos meios assistenciais e acadêmicos.

[...] tinha uma série de coisas que certamente iam acontecer em função de que se estava colocando uma teoria. Uma teoria já em movimento, mas muito difícil de fazer (P1).

O novo se mostrou desafiador pelas situações inusitadas que permeavam o cenário do cuidado: a convivência com os pais revela um mundo em constante transformação. Cada família é um universo singular que não está parado no tempo, e na facticidade do seu existir imprime as marcas de sua passagem pelo mundo do hospital. Na estreita convivência que se forma, as interações despontam como pontos peculiares, e, em contrapartida, novos aspectos surgem, exigindo uma nova visão, um novo olhar.

Ninguém sabia como funcionava [...] primeiras situações que aconteciam [...] a relação dos médicos, das enfermeiras e das auxiliares com as mães [...] tinham mães [...] era para estar lá e fugiam da Pediatria [...] Era uma confusão [...] Até que as coisas entrassem nos eixos! [...] cada vez tem mais coisas [...] vão se tornando mais novas, outros modelos, continua sempre em ebulição (P1)!

A compreensão dos profissionais, à época, era que a criança pertencia à equipe. Reforça-se aqui a importância de a equipe reconhecer que a família é o ancoradouro da criança; a criança pertence à família e não à equipe. As negociações para autorização da realização de atividades técnicas com as crianças devem permear as relações com as famílias; o consentimento precisa vir da família.

[...] outra pessoa (familiar) que era o dono da criança [...] Ele concordava ou não [...] para (a equipe) fazer as coisas na criança! Era outro particular que a equipe não era preparada [...] se internou é porque aceita! Mas a família não conhecia, só queria que a criança não morresse! Isso eles não aceitavam, e se achava que aceitavam tudo e não era assim (P1).

Pelo fato de ser algo novo e ainda não vivenciado, o Sistema de Permanência Conjunta trouxe o desafio para a totalidade da equipe e para a academia, havendo necessidade de que na integralidade todos se envolvessem nesse planejamento. Mostrou-se necessário um trabalho construído na convivência do dia-a-dia no mundo do cuidado, em um movimento integrador a partir da experiência de cada um, engajando-se no todo para o fortalecimento do fio condutor de todo o processo.

[...] não havia a vivência prévia! Todo mundo teve que entrar na mesma roda. O que aconteceu, os alunos da nossa Escola passaram a trabalhar com isso, os da Escola de Medicina, todo mundo tinha que entrar no barco. Não era uma coisa só para Enfermagem, mas para toda equipe (P1).

O Sistema de Permanência Conjunta foi se tornando uma nova filosofia de cuidado, um novo conceito a ser assumido por todos da equipe, e o fio condutor mantinha-se fiel à *preocupação* em zelar pelos marcos norteadores envolvidos na relação com as crianças e com os pais.

[...] cada período é um período novo [...] modificaram coisas, entraram novas, erradicaram as velhas [...] como é que entra essa nova ideia? [...] tem que entrar no conceito. Esse conceito tem que entrar na cabeça de todo mundo, no modo das pessoas fazerem [...] a preocupação era o modo como as pessoas agiam [...] na relação com as crianças, na relação com os pais (P1).

A preocupação é a essência do cuidado, e o cuidado é a essência do Ser. De acordo com Heidegger (2012), somente o esclarecimento das possibilidades, das exigências e dos limites da análise da existência garante a transparência necessária a essa etapa de fundamentação que é a descoberta do sentido-de-ser da preocupação. Dessa forma, a consistência do *Dasein* não reside na substancialidade de uma substância, mas no “*estar-em-si-mesmo*’ do si-mesmo que-existe, cujo ser foi concebido como preocupação. O fenômeno do *si-mesmo* contido na preocupação exige uma delimitação existenciária originária e própria [...] supondo-se que ele não seja nem substância, nem sujeito” (p. 829).

A preocupação com a família é o modo-de-ser do Sistema de Permanência Conjunta. Considerando-se que preocupação é cuidado, concorda-se com Ayres (2004, p. 21) quando diz que o Cuidado é “essa ‘curadoria’ que este está sempre exercendo sobre a sua própria

existência e a do seu mundo [...] sempre como resultado de uma autocompreensão e ação transformadoras”. Inicialmente, a perspectiva era de que a família apenas estivesse presente, mas com a experiência da permanência viu-se a possibilidade de qualificar a presença dela junto às crianças, participando das atividades.

No início, se queria é que as mães estivessem junto, sem fazer nada. Depois que estivessem junto contribuindo na higiene das crianças [...] a preocupação que as mães amamentassem, que dessem alimentação, ajudassem a trocar, cuidar para que não fizessem escaras (P1).

A abordagem educativa permeava o processo de convivência. Tal abordagem se mostrava, em sua essência, um dos pilares para a manutenção da filosofia da Pediatria Social, cerne da proposta.

[...] a didática, o modo de fazer, ensinava no modo de agir com as mães e os pais, ainda mais com patologias crônicas que teriam um final previsível. Isso não acontecia de um minuto para o outro, levava muito tempo, cada coisinha dessas para ser introduzida (P1)!

Cada ser de cuidado entregou o seu melhor e contribuiu para a configuração que foi se delineando, agregando, por meio de peculiaridades próprias, novos saberes. Constata-se que os criadores da proposta apostavam na diversidade, na riqueza das experiências, identificando, com sensibilidade, as essências de cada enfermeira enquanto Ser cuidador. Era o cuidado com sua obra que se mostrava com todo vigor.

[...] entrou uma enfermeira mineira [...] preocupada com as questões de educação, para as crianças, para os pais [...] tinha a questão da comunicação, área que me interessava [...] Tinha que haver diversidade! Então, todas essas coisas me preocupavam (P1).

A preocupação acompanha o processo criativo e possibilita ir além. Ao ponderar sobre a estrutura fundamental da preocupação, Heidegger (2012) afirma que a constituição originária do *Dasein* é a preocupação. Sendo por ela constituído, o *Dasein* já é cada vez adiantado em relação a si mesmo. “Sendo, ele já se projetou cada vez em determinadas possibilidades de sua existência e, em tais projetos existenciais, coprojetou pré-ontologicamente algo como existência e ser” (p. 859).

O modelo de cuidado que passou a vigorar no Sistema de Permanência Conjunta pode, por analogia, ser comparado ao círculo hermenêutico do cuidado, em que cada novo



conhecimento vai se agregando ao anterior e formando um novo, em um movimento integrador sucessivamente, na temporalidade.

Esse modelo de cuidado não é um modelo de cima a baixo! Escrito de cima a baixo, era o que estava acontecendo no dia-a-dia [...] havia modificações, isso acontecia na realidade e tinham que ser inseridas, fazer parte de um novo conhecimento. Assim foi se dando a permanência dos pais com as crianças [...] a evolução de uma realidade que foi sendo captada (P1).

Em relação ao preparo das enfermeiras para o seu fazer no contexto do cuidado foi utilizada uma metodologia de trabalho pautada na descrição do cotidiano vivido.

[...] logo no início da Pediatria [...] na preparação das (enfermeiras) [...] cada uma escrevia o que acontecia durante o seu trabalho [...] dizia: ‘escrevam o que aconteceu para poder trabalhar este material!’. Tinha que vir do que estava acontecendo e a partir daí se estudava, em cima do que estava acontecendo (P1).

O modelo de cuidado emergiu de um trabalho construído na convivência das enfermeiras entre si, com a orientação da enfermeira docente, buscando alinhar processos entre as unidades que compunham a Pediatria, suscitando uma configuração de unicidade, preservando as peculiaridades necessárias pelo tipo de atendimento prestado conforme a finalidade da área, mas mantendo o fio condutor da permanência conjunta.

[...] situações tinham que ser trabalhadas no conjunto, cada (enfermeira) contava o que estava se passando e a partir daí se tirava um denominador comum [...] semelhantes na Internação Pediátrica como um todo! Se não na UTI [...] acontecia de uma forma e na outra unidade, de outra [...] Claro que aconteciam coisas diferentes porque eram unidades que tinham objetivos diferentes, mas tinham objetivos comuns [...] tinha que ser muito conversado (P1).

O Sistema de Permanência Conjunta foi retratado em artigo<sup>35</sup> redigido por enfermeiras no início do experienciar da proposta, orientado pela participante (ISSI; et al., 1982). Resultou de uma metodologia observacional acerca do que acontecia nas enfermarias - qual era o envolvimento da família? O que os pais faziam? - visto que a essência da atuação das enfermeiras estava centrada na abordagem educativa que orientava a participação ativa da família. O enfoque era que os pais não apenas fossem vistos como acompanhantes das crianças, mas como participantes do cuidado prestado, sentindo-se integrados.

---

<sup>35</sup> Primeiro artigo que retrata o Sistema de Permanência Conjunta intitulado “Enfermagem a nível de Internação Pediátrica” foi publicado na Revista do HCPA.

[...] o artigo que orientei [...] observar nas enfermarias o que os pais faziam com as crianças [...] orientações para que se sentissem participantes [...] aquilo era o que estava acontecendo, por isso não queria que as enfermeiras ficassem no posto [...] e sim dentro das enfermarias [...] processo de observação já se mostrava para mim uma coisa muito importante (P1).

Depreende-se, do desvelar desse processo de convivência das enfermeiras com a professora criadora do modelo, a inserção do pensar acadêmico na prática, mesclando-se, concomitantemente, o que produz o caráter científico que se agrega ao fazer das enfermeiras pela atitude de vanguarda e o estímulo constante conferido por essas experiências de aprendizagem no próprio ambiente de cuidado.

Os marcos norteadores para a abordagem de cuidado implementada no Sistema de Permanência Conjunta foram inspirados em fundamentos sociológicos, comunicacionais, psicológicos e, principalmente, antropológicos para sua estruturação. Muitos foram os estudos necessários para propiciar tal embasamento e a compreensão das inter-relações entre todos os seres desse universo de cuidado, relacionando-as com a cultura de cada família.

Os fundamentos eram sociológicos, comunicacionais, psicológicos, antropológicos principalmente, porque se passou a ver, a perceber que as relações dos pais com as crianças, dos pais entre eles, dos pais conosco, dos pais com os médicos, com as enfermeiras, eram relações oriundas de uma cultura cada qual de onde os pais provinham (P1).

Entender a cultura das famílias, segundo a participante, é considerado ponto-chave da Pediatria Social. Essa compreensão pode favorecer a adoção de estratégias mais eficazes para interagir, orientar, traduzir as informações, transformando a linguagem técnica em linguagem compreensível aos seres de cuidado. O primeiro passo corresponde à aceitação do outro como ele se mostra, como ele é.

[...] lembro de um indiozinho que veio da reserva [...] veio ele, o pai e um técnico da FUNAI, para traduzir o que ele falava: ‘ele não vai deixar fazer isso, ele não fica de costas nunca, ninguém faz nada pelas costas de um índio’. ‘Ele não vai comer com esses talheres, com garfo e faca’. E isso ele tinha que dizer para toda a equipe. Isso era bem da Pediatria Social (P1).

Aprendizagens significativas aconteciam com a prática do cuidado cotidianamente pensado e elaborado para cada situação em particular. As vivências obtidas serviam de ponto de partida para as reflexões que aconteciam nas reuniões com a criadora do modelo.

As enfermeiras tinham reuniões comigo todos os dias assim que saíam da unidade. Discutiam-se essas coisas todas. A primeira experiência que tivemos foi de um

cigano que internou no 10º Norte [...] a mãe cigana ficava dentro da enfermaria e a avó ficava do lado de fora, para controlar todo mundo. Impressionante! [...] Depois da alta vieram trazendo presentes e dizer que nunca tinham sido tão bem tratados na vida deles! [...] tem que vivenciar, e aceitar isso! Essa questão de aceitação, de respeito pelo outro, de deixar a tecnologia de lado (P1).

O processo de aceitação do outro como ele é está pautado no respeito que enaltece a subjetividade e a coloca em primeiro plano no movimento de criação do cuidado. Essa diretriz imprimia um olhar de aproximação aos seres de cuidado, buscando zelar pela filosofia da permanência dos pais junto às crianças para manutenção do vínculo afetivo.

O modelo investe na compreensão da essência que é evitar a separação entre pais e filhos. Esta é a base, o princípio norteador, do qual emanam todos os outros. No entanto, na facticidade do existir, questões inalienáveis suscitadas pelas situações de vulnerabilidade existencial, vinculadas ao adoecimento, fazem-se presentes, permeando a experiência da hospitalização.

Buscando compreender-se enquanto compreende o mundo do Sistema de Permanência Conjunta, o Ser cuidador percorre os caminhos da descoberta que se abre ao olhar ‘curador’, de forma a zelar pelo compromisso assumido em prol de manter a família presente e participante ao lado da criança hospitalizada, preocupando-se, igualmente com seu “modo-de-ser-no-mundo”. Conforme Heidegger (2012), a preocupação favorece ao Ser finito perceber sua própria singularidade, seu poder ser “mais-próprio”, e daqueles que o cercam. O cuidador percebe-se lançado a esse mundo na facticidade que o acompanha, do mesmo modo que as crianças e famílias com quem partilha o viver cotidiano.

E associado a essa dimensão de seu ser mais-próprio, entende-se pertencer à determinidade-do-ser o conceito de facticidade, assim expresso por Heidegger (2012, p. 177):

O *Dasein* entende o seu ser mais-próprio, no sentido de uma certa ‘subsistência fatural’. A faturalidade do Factum Dasein, como o modo em que todo Dasein é cada vez, nós a denominamos facticidade. A complicada estrutura dessa determinidade-do-ser só pode ser apreendida ela mesma como problema, à luz das já elaboradas constituições fundamentais existenciárias do Dasein. O conceito da facticidade contém em si: o ser-no-mundo de um ente ‘do-interior-do-mundo’, de tal modo que esse ente pode se entender como preso em seu “destino” ao ser do ente que-lhe-vem-de-encontro no interior de seu próprio mundo.

Stein (2004a), discorrendo sobre a concepção heideggeriana da facticidade, elucida que o Ser, enquanto se compreende, está jogado em uma facticidade que é indepassável, isto é, para trás dela não pode recuar. Desse modo, o ser humano nunca se estabelece como natureza ou essência acabada, como os outros entes, sendo incapaz de suprimir sua facticidade

para se colocar em um novo começo. Tal compreensão permite alcançar o significado de que a facticidade é inalienável ao Ser, e intransferível, no entanto, por não poder dela recuar está sempre a evoluir, no processo de transcendência de Ser.

A equipe passou a reconhecer e acompanhar as mudanças existenciais suscitadas pela hospitalização da criança. As repercussões geradoras de sofrimento decorrentes do fato da mãe permanecer por tempo demasiado prolongado ao lado da criança, durante a internação, podem ser minimizadas, mas não suprimidas.

O modelo desvela uma experiência em movimento, retrata as mudanças existenciais que se configuram no viver das crianças e das famílias no mundo do hospital. Entretanto, a equipe de saúde ainda não tinha suficiente preparo para lidar com essas situações emergentes.

[...] a Permanência Conjunta foi criada para evitar a (des) interação entre pai e filho. Mas, essas crianças que ficavam muito tempo hospitalizadas e a mãe também junto com a criança, criou-se outro problema [...] As crianças com patologia crônica, a mãe se desintegrava da família, dos filhos e do marido, junto com a criança que estava doente. Quando ela voltava era outra realidade na casa dela. As crianças que ficavam em casa, ficavam mortas de ciúmes do irmão! Porque ela tinha dedicado mais tempo para o irmão do que para elas. Então, isso era uma coisa que não se tinha nem ideia que ia acontecer (P1).

O modelo foi acontecendo com a própria experiência, revelando as potencialidades que a compreensão dos fatos permitia captar, na dialogicidade da convivência entre cuidadores profissionais e cuidadores familiares.

O modelo foi se criando, sendo corrigido pelas beiradas [...] preservando o núcleo [...] que os pais continuassem junto com as crianças, principalmente a mãe [...] a filosofia foi sendo criada no decorrer da prática [...] tinha que flexibilizar [...] nada poderia ser rígido, não se tinha esta prática ainda. Tinha que experimentar (P1).

As experiências das enfermeiras obtidas no mundo das unidades pediátricas registravam o acontecer da história, ao mesmo tempo tornava-se um disparador para a construção do conhecimento da Permanência Conjunta. Os acontecimentos cotidianos eram geradores de novos conhecimentos. O registro do vivido retratava a prática e a prática ao ser revisitada favorecia o sedimentar do conhecimento e oferecia elementos para criação de novas estratégias de cuidado. Marcos filosóficos foram sendo pensados e construídos com o vivenciar da experiência. Não nasceram como algo pronto e acabado. Havia subsídios teóricos, mas a essência foi se concretizando com o fazer da história, no decorrer do tempo. O compartilhar das vivências adquiridas e a busca incessante por conhecimento confirmava o valor das iniciativas propostas. Explicitava-se o movimento de construção de um modelo,

berço da Enfermagem Pediátrica, no “Ser-sendo” do devir da existência, na temporalidade desse processo.

Naquela vivência de enfermeiras na Permanência Conjunta, no dia a dia [...] tinha que ser respaldado pela prática do que acontecia. Isso foi ajudando [...] comecei a visitar alguns lugares [...] fui para o mestrado [...] conheci outras realidades que não eram iguais a nossa. O modo das pessoas pensarem, cruzamento de ideias [...] tinha que vir do que estava acontecendo, mas vocês tinham que mostrar! Se acontecia no dia a dia e as (enfermeiras) botavam lá (no papel), era aquilo que estava acontecendo no momento (P1).

O viver da experiência junto aos cuidadores familiares, no mundo do Sistema de Permanência Conjunta, possibilitava o encontro das particularidades existenciais próprias de cada Ser, servindo de inspiração e subsídio para *o pensar* do cuidado à família:

As enfermeiras relatavam como tinha sido o turno [...] quando os pais chegavam, como era o relacionamento dos pais com as crianças [...] tinham mães que iam lá só por ir, outras iam só para tomar um café [...] pegavam o cigarro e iam para o corredor, tinha todas essas nuances, não pediam nada a respeito do filho. Outras sabiam muito detalhadamente (P1).

Não havia uma receita pronta do que se constituiria o modelo de cuidado à família pela Enfermagem Pediátrica. Esse modelo foi emergindo da convivência da Enfermagem com as famílias e das experiências de aprendizagem que afloravam na prática cotidiana do cuidado. E o aprendizado da enfermagem teve como ponto de partida as famílias!

[...] modo de pensar dos pais [...] sem noção da importância da criança, dos irmãos. E nós também não tínhamos muito. Mas, a gente notava essa dificuldade que eles tinham [...] crianças adoeciam com muita facilidade! Broncopneumonia, diarreia, criança com fome, as mães faziam coisas que não dava para as crianças comer [...] o cuidado à família [...] nós não pensamos nada no início. Foram as famílias no modo de agir que ensinaram para gente como é que eles se relacionavam e como viviam (P1).

#### 6.1.1.2 Sistema de Permanência Conjunta e Ensino

A noção para ensinar sobre essa nova concepção de cuidar a criança acompanhada pelos pais na Internação Pediátrica ainda era bastante incipiente, tanto no ensino de Enfermagem quanto da Medicina. A capacitação dos docentes da UFRGS foi um disparador para fomentar novas habilidades e a formação acadêmica.

[...] mostrava aos alunos e perguntava o que as enfermeiras estavam fazendo [...] não tinha muita noção do que era ensinar permanência conjunta na academia propriamente dita, nem os outros professores da Enfermagem ou da Medicina [...] aos poucos começou a se assumir a forma de ensinar, a importância de formar e construir, depois que a gente fez o curso de Metodologia do Ensino Superior [...] deu muita base para a maioria dos professores da UFRGS, não só da nossa área (P1).

Ensinar sobre a filosofia do Sistema de Permanência Conjunta e ao mesmo tempo vivenciá-la no acontecer de sua existência não foi tarefa fácil. Foi um projeto que se confirmou pela persistência de uma equipe fortemente adepta a essa filosofia de cuidado: manter os pais ao lado dos filhos.

Difícil também no ensino, os pais lá dentro [...] falavam muito mal dos pais, principalmente das mães: ‘Olha lá como ela faz as coisas!’. Os alunos também faziam isso [...] uma catequese diária para se manter os pais ali. Entre isso, houve muita discussão de tirar os pais, ou manter os pais. Muita discussão! [...] implantada em 1979, a Permanência Conjunta [...] levou uns quatro a cinco anos para as pessoas começarem a se dar conta que os pais eram importantes (P1).

Por ter sido criado com a forte premissa de que se constituiria em modelo de ensino, o Sistema de Permanência Conjunta mostrava-se cenário de uma viva aprendizagem, repleta de situações inusitadas de cuidado. Nessa perspectiva, Torralba (2009) acrescenta que essa forma de cuidar que tem lugar no mundo da assistência pode se iluminar a partir do ensino ou da prática educativa, e o ensino também pode revigorar-se no acontecer da prática de cuidado. Na mutualidade dessas interações de ensinar e aprender o cuidado e o cuidar emergem singulares aprendizagens.

O compromisso de ensinar revigorava as convicções quanto à importância da presença dos pais ao lado dos filhos, e ao mesmo tempo confirmava os marcos filosóficos estudados. Ampliavam-se também as possibilidades e o tempo da permanência dos familiares. Quando o ECA surgiu, em 1990, suas recomendações não eram novidade para os profissionais da Pediatria do HCPA e para os docentes da UFRGS, especialmente para a Enfermagem.

[...] depois as mães começaram a dormir ali, porque logo em seguida nos demos conta que as crianças não ficavam bem longe dos pais, e a família não ficava bem, longe da criança [...] quando começou o ECA, foi adotado na Escola. Mas o ECA já era velho para nós, porque tinham muitas coisas que nós já fazíamos (P1).

O compromisso de ter os pais ao lado dos filhos e aproveitar esse fato para educação em saúde foi um dos marcos norteadores do projeto de cuidado, na modalidade ensino-aprendizagem.

[...] a questão da educação, ter os pais juntos para poder orientar e educar. Os pais não davam medicações, mas tinham medicações que eles ajudavam, com a gente junto [...] tinha aluno lá também e a minha preocupação era que não errassem nada nunca (P1).

Nas atividades de ensino junto aos discentes afloram sentimentos, percepções e experiências de aprendizagem enriquecedoras para quem convive no Sistema de Permanência Conjunta. A professora se reporta às vivências experienciadas na Unidade de Internação Pediátrica - 3º Leste, para exemplificar o aprendizado que se pode obter na convivência com a criança com câncer e o familiar cuidador.

[...] estágio no 3º Leste [...] uma guriazinha que era o capeta [...] fez transplante de medula [...] ‘esculhambou’ com o rim, ficou em hemodiálise, foi para outra unidade pediátrica. Disse ao médico: ‘quem vai trocar meu curativo é a tia (enfermeira), ela sabe, o senhor não sabe!’. Aí ele ficou possesso! Foi trocar e arrancou o cateter de novo! A guria disse: ‘eu não disse!’ [...] descobriram dentro do colchão, porções pequenas de sal, a avó trazia sal para ela, ela não comia se não tivesse sal [...] Essa guria ensinou tanto no 3º Leste como lá em cima [...] uma criança querida, cativava e trapaceava todo mundo [...] Criança muito tempo doente, com doença crônica vira isso, dona de si mesma (P1).

Esse relato sensível possibilita captar as sutilezas imersas nos desafios cotidianos da partilha do mundo da doença, hospitalização e tratamento, com a criança e com a família. Trata-se de uma compreensão que vai além do que as aparências revelam e que assim como aquele “sal dentro do colchão”, outras questões do viver podem estar ocultas. Para *o desvelar* da experiência vivida é necessário a abertura do Ser, do ser cuidador ou aquele que está sendo cuidado, e será ainda mais efetivo se na integralidade ambos estiverem em reciprocidade.

Resgatando a história da construção do modelo de cuidado na linha do tempo constata-se que, mesmo que o enfoque do cuidado não recaia exclusivamente sobre a patologia, a convivência com a doença da criança foi o disparador para esse pensar. Construído por vários cuidadores profissionais da equipe de enfermagem, o cuidado tem origem nas necessidades demandadas pela criança e na facticidade existencial de conviver com a enfermidade.

[...] a patologia em si, a enfermeira que cuidava da criança diretamente devia ter o conhecimento da patologia [...] aí as enfermeiras começaram a estudar aquela doença Fibrose Cística [...] começou o grupinho da Fibrose Cística [...] patologias mais recorrentes: Intolerância a Lactose, Síndrome de West; muita criança com convulsão, 2 meses de idade e não parava mais [...] broncopneumonia por refluxo; Bronquiolites, muito comuns; crianças com paralisia cerebral, às vezes, tinham que estar com SNG, gastrostomias, para se alimentar, crianças que ficavam lá meses (P1).

Conviver com as necessidades específicas de crianças com doenças crônicas, longos períodos de internação ou reinternações frequentes e repetidas, produzia um novo panorama para a hospitalização infantil. A equipe de enfermagem passou a ter que lidar com as questões emergentes do uso de tecnologias para a manutenção da vida dessas crianças com necessidades especiais.

[...] então, a partir daí, da experiência com essas crianças, veio a questão da prevenção de escaras: ‘pois eu não vou desistir dele’, disse a enfermeira, virava a criança para o lado todos os dias! [...] colocar a medicação, e a alimentação em microgotas [...] enfermeiras conseguiram [...] contar quantas microgotas tinha uma gota; questões de oxigenação, do uso do O<sub>2</sub>, do ar comprimido [...] Então, essas questões técnicas que tinham que ser criadas, as enfermeiras começaram a criar (P1).

Aquilo que acontecia com a criança acionava o contínuo repensar dos profissionais para minimizar as repercussões negativas da doença sobre o Ser criança, e “segundo essa noção, cuidar de alguém é convertê-lo no verdadeiro centro da ação, no centro de gravidade em torno do qual tudo adquire sentido e valor (TORRALBA, 2009, p.122). “Não vou desistir”, expressão utilizada pela participante, evidencia que o cuidado vai além da questão técnica, mas a envolve, pois não pode ser negligenciada. Questões técnicas passam por um processo de criação, tal qual a questão sensível do cuidado, que se revela na preocupação originária que aciona o fazer técnico e vice-versa. O fragmento da fala “Tinham que ser criadas” mostra o devir dos projetos de cuidado, pois são respaldados por uma essência: a preocupação com a criança.

No repensar da prática são necessárias concomitantes habilidades, articulando-se, recriando-se e transformando-se no tempo. Nesse sentido, diz Stein (2004a, p. 226),

Heidegger diz que somente quem fala tem mãos e que pensar é obra das mãos [...]. O filósofo insiste em que nós não somos inteligentes porque sabemos usar as mãos, mas usamos as mãos porque somos inteligentes. Ou ainda, que nós não fazemos coisas na cultura e por isso *pensamos*, mas porque pensamos fazemos obras na cultura.

No movimento de pensar – como propõe a filosofia heideggeriana - e criar projetos de cuidado foi acontecendo a construção do conhecimento. Na trajetória percorrida, desde a criação da Pediatria, percebe-se o Sistema de Permanência Conjunta como um modelo que passou a dar visibilidade à Enfermagem Pediátrica, inclusive em âmbito nacional. Alcançar essa projeção possibilita empoderamento e autoconfiança enquanto área de cuidado diferenciado, motivo de orgulho como mostra a expressão: “todo mundo queria dizer que aqui



tinham as mães junto”. Esse início tem sua marca articulada à Pós-Graduação da Escola, reafirmando o caráter acadêmico-assistencial de tal proposta.

A história bate com a linha do tempo do poder que as enfermeiras da Pediatria ganharam com o tempo. A partir [...] do trabalho de toda a equipe deu visibilidade nacional! Todo mundo queria dizer que aqui tinham as mães junto! Esse poder das enfermeiras começou da Enfermagem Pediátrica, a partir desse ponto [...] junto com a Pós-Graduação da Escola (P1).

Pelas características inovadoras da proposta de cuidado que vigorava no Sistema de Permanência Conjunta, a participante relembra e destaca o fato de a Pediatria também ter sido modelo para as demais unidades que foram sendo implantadas no hospital, revelando a eficiência das ações de cuidado criadas e implementadas.

[...] a Pediatria também foi modelo para as demais unidades que foram se abrindo no HCPA! E as pessoas, quando treinadas para cuidar das crianças [...] foram para outros andares. Inclusive a psicóloga e as recreacionistas que tinha começado lá. Tudo que acontecia na Pediatria faziam e copiavam para os outros (P1)!

No exercício de suas funções na integração docente-assistencial, a Pediatria era porta-voz das necessidades que emanavam do pensar e repensar contínuo do projeto em curso, junto ao departamento; apontava a necessidade de defender os investimentos na questão do quantitativo de recursos humanos na Enfermagem Pediátrica, em função das especificidades da clientela assistida.

[...] Não queriam que na Pediatria tivesse aquele número de enfermeiras porque na UTI de adulto não tinha aquele número. Falava nas reuniões de Departamento: ‘nós não temos nada a ver com as enfermeiras da UTI adulto!’ [...] Começando pela criança: paciente intubado, em coma, vocês vão batalhar por eles!’. As crianças não têm consciência do que acontece, as mães não sabem o que estão fazendo (P1)!

À época, os parâmetros usados para o dimensionamento de recursos humanos para unidades de atenção ao adulto já eram questionadas pela participante. Pela fragilidade e características próprias do crescimento e desenvolvimento, a criança requer um cuidado diferenciado do dirigido ao adulto, isto está implícito no caráter específico desse acontecer – o nascimento da consciência é um processo gradativo – revelado no trecho do depoimento a seguir: “as crianças não têm consciência do que acontece, as mães não sabem o que estão fazendo”. Revela, aqui, igualmente, que no Sistema de Permanência Conjunta o cuidado transcende o dirigir-se, exclusivamente, ao ser criança, pois está igualmente implicado ao

cuidador familiar que o acompanha. Por sua vez o familiar responsável, nesse momento de sua trajetória existencial, está diante de uma “nova” criança, dependente de outros cuidados que não fazem parte de seu viver habitual. Então, em Pediatria o cuidado é voltado para a criança e para a família. Este enfoque relacional do contexto – pais e filhos – marca um novo paradigma do cuidado.

A citação abaixo elucida essa preocupação com as características dos infantes:

[...] o fato de as crianças serem cidadãos em condições peculiares de desenvolvimento, leva à exigência de maior rigor ético em sua atenção integral, porque não contam com meios próprios para arcar com a satisfação de suas necessidades humanas básicas, pois ainda não têm plena consciência de seus direitos, e condições para se defenderem ou se fazerem ouvir (LIMA; ISSI; CARVALHO, 2004, p. 145).

A questão educativa com as famílias tornou-se mais efetiva quando os resultados de pesquisa realizada pela participante P1 foram divulgados na Pediatria e no meio acadêmico, tanto na Graduação quanto na Pós-Graduação. Paralelamente, os cursos de Especialização em Enfermagem Pediátrica também descortinaram um novo momento, conferindo, via conhecimento, maior autonomia aos enfermeiros para mostrarem sua posição e seu poder de argumentação.

[...] a questão educativa começou a fluir melhor [...] quando veio o resultado da minha dissertação [...] fiz um estudo para pontuar, dava peso para as respostas [...] a comunicação foi praticamente zero! Tanto nossa quanto dos médicos, da nutrição, toda a equipe [...] quando os enfermeiros fizeram a Especialização (Enfermagem Pediátrica), mudaram o ponto de vista acerca do que faziam na Pediatria [...] o poder que as enfermeiras assumiram foi depois da Especialização (P1).

Os Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* e *Stricto Sensu* contribuíram significativamente, na visão da participante P1, para alargar os horizontes profissionais das enfermeiras, uniformizando linhas filosóficas do Cuidado, na área de conhecimento e na retroalimentação para a prática da profissão, tanto em áreas específicas — Enfermagem Pediátrica — quanto na Enfermagem Geral.

[...] então, os contextos começaram a ficar iguais, as enfermeiras começaram a atuar como especialistas. Aí veio os mestrados, aí começou essa visão mais forte. Na área da Enfermagem Pediátrica, do mesmo jeito! Exatamente isto que aconteceu, foi uma história que aconteceu! Os Cursos de Especialização começaram a mobilizar a consciência das enfermeiras para a questão de Ser Enfermeira [...] E o ponto básico da Enfermagem o que era? Era o Cuidado (P1).

A Enfermagem Pediátrica articula-se ao saber que se constitui na academia, retroalimentando-se com a prática nas unidades pediátricas, revigorando-se na socialização do conhecimento produzido que retorna fortalecido para novas e peculiares configurações no devir da trajetória da área do cuidado à criança e à família. O cuidado é a linha norteadora e o saber promove o percurso a ser trilhado, caminham juntos nessa configuração.

Na constante busca pelo compreender – *procedimento para ir além* - para resultar em saber, movimento que tem por base a preocupação, está em jogo a circularidade hermenêutica:

[...] o ‘círculo’ provém de um modo-de-ser do *Dasein*. Ao entendimento que em sua ocupação se deixa absorver em a-gente, algo assim como um projetar e mais ainda um projetar ontológico lhe permanece necessariamente estranho [...] O entendimento, quer o ‘teórico’ como o ‘prático’, só se ocupa do ente que pode ser abrangido pelo ver-ao-redor. O característico do entendimento consiste em ele só experimentar o ente ‘fatural’ para poder assim se afastar de um entendimento-de-ser [...] o ente só pode ser experimentado “de fato” se o ser já foi entendido [...] E, *por isso*, tem de considerar o que vai além do alcance de seu entendimento e o procedimento para ir além (HEIDEGGER, 2012, p. 859).

Falar de “círculo” exprime uma dúplice questão: primeiro, o entender por si mesmo constitui um modo-de-ser fundamental do *Dasein*; e segundo, esse ser é constituído como preocupação. A intenção de negar, ocultar ou superar o círculo constitui-se em declarado desconhecimento. Portanto, antes disso, é necessário assegurar-se da visão circular do ser do *Dasein* (HEIDEGGER, 2012).

Na tecitura do tempo, a participante P1 reporta-se ao seu crescimento acadêmico e à transferência do conhecimento alcançado para o ensino, e, comparativamente, associa esse processo de amadurecimento profissional ao vivido das enfermeiras:

[...] a minha tese era sobre o Cuidado [...] na Escola começou a mudar as coisas. Esta questão da temporalidade, e do poder, está muito junto! [...] começou a dar certo no momento que as enfermeiras se posicionaram! Esse poder, esse posicionamento está ligado ao saber, ali juntinho (P1).

Na linha da construção do saber em Enfermagem, outra forte associação do empoderamento da Enfermagem reside no poder da comunicação, via processo de argumentação como diretriz. Por meio de uma atitude de argumentação se alcança uma comunicação mais eficiente e o resultado estipulado. O ensino é a fonte desse saber que se concretiza na teoria e na prática do cuidado, de forma a não esmorecer com o tempo.

[...] tem que haver o ensino do empoderamento do fazer da Enfermagem dentro da Escola! [...] esse poder tem que vir do ensino [...] ensinar os alunos a fazer “argumentação” - processo de argumentação – a Enfermagem precisa muito disso. Tu te comunicas quando tem uma postura de argumentação, quando se argumenta o porquê, o quando, de que jeito! Tem que ter esta postura (P1).

### *6.1.1.3 Enfermagem Pediátrica: concepções de cuidado*

No Sistema de Permanência Conjunta, segundo a participante P1, o ponto central do cuidado em Enfermagem Pediátrica é a criança. Por encontrar-se em plena fase de crescimento e desenvolvimento, necessita do vínculo expressivo e duradouro que obtém da família, especialmente, quando está doente e hospitalizada. Vivenciando uma situação de extrema vulnerabilidade, a criança aciona a vinda da família para dentro do hospital. O olhar para o cuidado que integra a família na Internação Pediátrica precisa constituir-se em um olhar que se dirige à criança como centro do escopo.

[...] a criança é que mobiliza a família! A criança doente em casa é que mobiliza a família [...] É a ‘família da criança!’. É a criança! A família vai fazer exatamente o que está proposto para ela! Não muda nada, só que no verbo, tomou conta! É a criança que ficou doente! A família vai sofrer danos se não continuar junto (P1).

Mudanças existenciais são suscitadas no processo do adoecimento, repercutindo no viver da criança e da família. A mãe que acompanha o filho no hospital sofre prejuízos em relação ao lugar dela na família; o próprio filho, por estar no hospital, perde o lugar dele na família, e a família pode sofrer rupturas várias geradas pela criança que adoeceu. Diante dessas vicissitudes, a família precisa ser trazida para o contexto da hospitalização da criança.

A essência da especialidade – Enfermagem Pediátrica – para a participante P1 é a criança, e a partir dela o cuidado toma forma e se concretiza. Entende que, por uma questão conceitual e semiótica, quando se articula um conceito a outros, aquele conceito original se dilui e perde a sua excelência.

[...] estou falando na essência da especialidade. A essência da especialidade é a criança! É o cuidado da criança, não é o cuidado da família! O cuidado da criança, essa é a essência! Quando junta uma coisa, passa a fazer parte de várias coisas [...] tem a sua excelência: a criança! [...] Primeiro ela, depois os outros (P1).

Os elos que mantêm essa trama do cuidado em Enfermagem Pediátrica encontram sentido na comunicação no ambiente onde ele é construído, na interação da enfermeira com o

paciente. É neste momento genuíno e expressivo que ocorre a legítima comunicação, plena de significado.

[...] nesses ambientes, está a enfermeira que cuida do doente [...] está a comunicação que tem um sentido, que tem um significado! [...] basta que alguém vá buscar esse sentido, usando metodologias que se concebem. Então, isso tem que ver [...] não pode tirar o estrato, a gema, se tira aquela gema [...] aquilo que é o valor (P1).

A compreensão da participante P1, sobre a importância do verbo na comunicação, está alicerçada nos estudos de Semiótica.

[...] comecei a estudar Semiótica [...] o que uma palavra diz! [...] importante o verbo que tu coloca, ele se manifesta [...] Por causa da criança, veio a família! Elas estavam dentro da Pediatria, todinhas! E não foi porque não tinha família o tempo todo lá dentro que deu o resultado (de dificuldades) na comunicação [...] o resultado foi porque não sabemos (equipe de saúde) falar [...] não sabemos dizer as coisas (P1).

Várias são as configurações das famílias que acompanham os (as) filhos (as) na hospitalização infantil, sendo necessário lançar um olhar mais preciso sobre essa realidade. Como referem Souza; Nistchke; Souza (2011), conviver com as diferentes formas de famílias — nuclear, extensa, casal homossexual, entre outras — exige consideráveis esforços da Enfermagem, nem sempre estando ou sentindo-se suficientemente preparada para o cuidado cotidiano nas instituições de saúde.

O processo comunicacional com famílias requer conhecimento da circunstância por elas vivida, mas, especialmente, requer habilidades dialógicas do cuidador profissional. Sob o olhar da participante P1, o disparador para o processo interacional com famílias, e que aciona a inserção da família no Sistema de Permanência Conjunta, está relacionado à criança. Para a participante, o ponto central do processo de cuidado é a criança, com base na leitura das narrativas dessa criança, por isso chama a atenção para a importância de conceituar palavras ou expressões. Também defende a concepção de que o aprendizado da narrativa, no sentido de alcançar a relação de significação, favorece a compreensão do que acontece com as crianças.

[...] as famílias se mostram hoje [...] de vários jeitos, várias formações [...] Porque se numa família de homossexuais, dois pais, se a criança não estiver doente, eles não estão lá junto da criança! [...] tem que conceituar as coisas [...] agora se tu vai falar na narrativa, no que acontece com as crianças, aí é outra coisa! As crianças narram, todo mundo narra! O importante é poder aprender as narrativas! Aprender quem narra! Quem dá as ordens: a criança (P1).

Torralba (2009) fala sobre a construção da narratividade, conhecimento fundamental no processo de cuidar. A capacidade de narrar propicia uma leitura a partir do prisma da identidade pessoal; significa reconhecer que o Ser se constrói historicamente e sua vida é uma narração não escrita. Dessa forma, entende-se que “a narratividade se refere a essa capacidade que tem o ser humano, e apenas o ser humano, de contar sua história, de explicar verbalmente o que viveu e de contá-lo de um modo linear e progressivo” (TORRALBA; 2009, p. 155).

Emerge, na essência da fala de P1, a ponderação sempre presente da necessidade de um olhar permanentemente aguçado para o ser-criança em sua totalidade, não perdendo de vista suas peculiaridades primordiais relativas ao crescimento e ao desenvolvimento. E deixa claro que quem aciona o Cuidado na Enfermagem Pediátrica é a criança, mediante acompanhamento criterioso de suas mudanças existenciais, as quais, em cadeia, acionam as mudanças existenciais de quem com ela compartilha sua presença no mundo.

[...] a criança mesmo! A criança e o seu ciclo de crescimento e desenvolvimento, com as suas mudanças, ela faz os outros mudarem! Ela faz a família mudar [...] Tudo parte da criança [...] Estar apto a aprender o que a criança diz. O que ela disser. Porque se ela não chorasse, por falta da mãe e do pai, não vinha ninguém! Ela chora! Ela chora porque ela tem falta de amor, de aconchego. Ela chora, mas essa falta que ela está sentindo, os outros não estão sentindo [...] Agora se começa a sentir porque [...] se deu por conta (P1).

A competência para cuidar de crianças está vinculada à compreensão do viver da criança em sua essência, e do significado de seu Ser singular do qual emerge e ao qual se vincula - o cuidado. A construção do cuidado será igualmente singular quando provém da interpretação de suas necessidades, as quais precisam ser atendidas na totalidade. Compreender que os sentimentos e vivências de uma criança são exclusivos dela, emanados daquele Ser peculiar, é o que verdadeiramente habilita o Ser cuidador ao cuidado personalizado. O cuidado é uma entrega dirigida pelas necessidades percebidas pelo cuidador ao interpretar a narrativa do Ser criança.

[...] Quem vai estudar, vai estudar aquele ser que está ali. Ele vai te dizer o que ele precisa. E o que tu trouxeres e que ele precisa, é o Cuidado! [...] nunca deixei de valorizar a família [...] ao ler as narrativas dos meus alunos, a família está lá, incluem todo mundo, e a criança está no seu lugar, no seu nicho (P1).

O ato de narrar é vital no processo de cuidar. Conhecer a história daquele Ser — e não se trata, simplesmente, de conhecer a história fisiológica ou corporal, mas sua biografia. Ao

favorecer a narratividade, o cuidador poderá detectar as reais necessidades da criança (TORRALBA, 2009).

Na visão da participante P1, para cuidar de criança é preciso reconhecer que

[...] a criança é a matriz de todas as coisas. As crianças precisam ser descobertas nas coisas que elas mostram, quando estão doentes. Então, no momento que tu está estudando a criança [...] no momento que tu vê a criança [...] as causas, por exemplo, sujeira, a falta de limpeza, esse é um cuidado. E quem tem que dar esse cuidado, começa em casa [...] A ação para com aquele ser, essa ação é eles que nos provocam (P1).

O Ser criança necessita ser compreendido mediante o encontro do significado naquilo que se mostra, ou seja, na descoberta daquilo que se manifesta, e isso exige estudo. Ao se estudar as causas do adoecimento é possível perceber que a origem do cuidado a ser prestado encontra-se na família, e é esse reconhecimento que remete à atitude de buscar a família para junto da criança. E a ação é acionada porque aquele Ser foi compreendido, e o compreender acionado pela preocupação se expressa no cuidado.

Para se alcançar a essência do *Cuidado* é inevitável percorrer os caminhos propostos por Heidegger (2012, p.825-827), os quais levam ao entendimento dos aspectos essenciais do “poder-ser-um-todo” próprio do *Dasein* e a temporalidade como o sentido ontológico da preocupação. Para esse entendimento, todos os passos devem se deixar conduzir pela ideia da *existência*:

Isto significa para a questão da possível conexão entre o adiantar-se e o ser-resoluto nada menos do que a exigência de projetar esses fenômenos existenciários nas possibilidades existenciais neles previamente delineadas e de ‘pensar até o final’ tais possibilidades existencialmente. Dessa maneira, a elaboração do ser-resoluto precursor como um possível modo próprio existencial do poder-ser-um-todo perde o caráter de uma construção arbitrária e torna-se uma interpretação que deixa o *Dasein* em liberdade *para* sua extrema possibilidade-de-existência.

Diante de uma situação a ser resolvida, mecanismos são acionados pela preocupação enquanto essência do Ser ocupado junto a outro Ser com quem diretamente esteja envolvido. A possibilidade do “adiantar-se” gera a condição do “Ser-resoluto” enquanto capacidade de projetar dentro de possibilidades existenciais que afloram diante de cada situação em particular, e não desistir. No sentido de abertura do Ser possibilita a tomada de uma decisão e isso inclui o agir “em-função-de”, ao mesmo tempo em que habilita o Ser a atualizar constantemente seus projetos de cuidado (HEIDEGGER, 2012, p.825).

No entendimento de P1 a convivência com os seres de cuidado resulta em singular aprendizagem - as vivências para as quais se atribui sentido são aquelas que verdadeiramente atravessam os tempos, na interpretação de liberdade de sua existência:

A teoria cria a prática e a prática cria a teoria [...] meu professor chegou lá e viu uma mãe de um RN prematuro pelo visor [...] a mãe fazia o dedo dela encostar no do nenê, e assim ficou [...] perguntou: o que ela está fazendo ali? Eu disse: “aquilo ali é o caminho por onde passa o afeto!”. E é uma comida importantíssima, alimento maravilhoso [...] quando aprendi Pediatria, o importante era a doença, não era a criança! Aprendi com meu fazer, com a minha vida! A vida me ensinou que cada pessoa tem a sua particularidade (P1).

O vínculo mãe-bebê possui um caráter sensível que precisa ser interpretado em toda a sua profundidade. Caminhos que ligam os seres em sua existência, movimento contínuo, estreitando elos entre dois seres, que se explicita no afeto, se concretiza no cuidado e, assim, sucessivamente.

Uma evolução fundamental no ensino do Cuidado à criança pode ser verificada. Trata-se do olhar lançado para a criança, em contraste ao olhar lançado sobre a doença da criança. Essa compreensão transforma-se em fazer e esse fazer exercita-se na experiência, firmando-se na linha do tempo.

O enfoque da Permanência Conjunta foi basilar para o modo de ser da Pediatria. Vem, na temporalização de sua construção, marcando de forma decisiva essa trajetória diferenciada no mundo do hospital. O que se quer, aqui, é destacar a contribuição para uma mudança paradigmática no modo de ver e compreender o ser-no-mundo frente ao adoecimento, hospitalização e tratamento, incluindo-se em igual medida a família, suporte da criança e do adolescente. Mas essa mudança incide, especialmente, no modo de construir recursos facilitadores para o enfrentamento de tais adversidades. Nessa perspectiva, serve de subsídios para a sedimentação do cuidado à criança/adolescente e à família no devir do tempo, no círculo hermenêutico do cuidado, num diálogo entre passado, presente e futuro.

### 6.1.2 Evolução do Sistema de Permanência Conjunta

A construção do cuidado em Enfermagem Pediátrica, no contexto do Sistema de Permanência Conjunta, revela-se, na temporalidade, como um movimento análogo ao círculo hermenêutico do cuidado regido pela premissa norteadora da permanência dos pais junto às crianças para proteger o seu modo de existir, preservar os vínculos afetivos, além de favorecer a educação em saúde. E prossegue, evidenciando investimento nas premissas norteadoras do



cuidado como fio condutor, seguindo a linha do tempo, dia após dia, na articulação de etapas do intuir, compreender e produzir - exigida pelo repensar contínuo no devir do cuidado, construção almejada, mas nunca acabada.

As narrativas a seguir permitem entender o eixo norteador dessa compreensão:

[...] desde o início o foco da Pediatria [...] foi o atendimento da criança e da família [...] não começou com o Estatuto da Criança, muito antes! [...] depois foi aprimorando. Começou de um desejo muito forte, de que isso fosse a nossa base do cuidado, do cuidado à criança: vai ser assim! Vamos trazer a família para junto! Tudo foi sendo construído, de uma forma mais formal [...] no começo da Pediatria já se acreditava que era a nossa filosofia de trabalho [...] essa evolução, o trabalho com a família, é uma coisa que não se deve perder nunca (P2)!

[...] entender que a presença do familiar é muito importante. É essencial. O trabalho junto e contínuo com a família é fundamental [...] imagina uma criança sem a mãe, o tempo todo dentro de uma instituição? [...] tive experiência inicial noutra instituição sem os familiares; as crianças, mesmo nas enfermarias, não só na UTI, sempre sem os familiares, com o mínimo de visitas. E aqui não! Sempre se trabalhou junto, com os pais presentes todo tempo ao lado da criança [...] experiência produtiva, que só beneficia o paciente (P3).

Os discursos sintetizam um caminho percorrido pela Enfermagem Pediátrica no devir do cuidado enquanto construção legitimamente conduzida, seguindo as diretrizes e os anseios de uma enfermagem especialmente preocupada com a essência de seu fazer, mas acima de tudo preocupada com os seres que moviam e movem as ações com tal finalidade. Como diz Heidegger (2012, p. 555), “o vir-a-ser o que ele pode ser em seu ser-livre para suas possibilidades mais - próprias (no projeto), é uma ‘realização’ da ‘preocupação’”. Está explícito o caráter ‘curador’ do projeto e da filosofia do Sistema da Permanência Conjunta, reiteradamente salientado durante a progressão dos discursos das participantes.

O modelo do Sistema de Permanência Conjunta passa por modificações desde a sua criação e implementação, porém, mantém-se fiel ao seu fio condutor. Essa evolução percebida tem a ver com os ciclos de entendimento que o pensar e o cuidar a criança e a família requerem como devir daqueles que são responsáveis por essa articulação no mundo do hospital — a equipe de saúde, especialmente a Enfermagem.

Nessa evolução, faz sentido refletir sobre os caminhos percorridos, considerando-se o da questão da compreensão, sobre o qual Stein (2004a, p. 66-67) assim se expressa:

[...] esse caminho não é estranho. Ele segue o antigo princípio da hermenêutica de que, na interpretação, se deve ir do claro para o obscuro [...] e de como devemos falar em geral sobre a questão da compreensão: os que vêm depois compreendem melhor os que os antecederam e melhor do que eles se compreenderam a si mesmos. Justamente nisso reside a dimensão elementar da pesquisa criadora: que ela não se compreenda a si mesmo no essencial.

Percorrendo os caminhos do devir dos projetos de cuidado, na dimensão criadora que os caracteriza, surge uma *ressignificação* na forma de expressar o olhar para a inserção da família na internação pediátrica, pautada no modelo do Sistema de Permanência Conjunta: olhar a família como cuidadora da criança, mas com necessidades de também ser cuidada. O repensar sensível sobre as características do acompanhamento do (a) filho (a) durante o período de hospitalização gera uma proposta de flexibilização, em que a presença da família ganha mais espaço — tempo e condições — para a permanência ao lado da criança. Efetivada tal proposta, esse espaço ganha diferenciação, com uma tônica de cuidado à família, por ser imprescindível para a criança e para que o seu viver — “ser família” — inclua saber lidar melhor com as mudanças existenciais da criança.

As participantes do estudo mostram, de modo contundente, a importância da presença da família junto à criança hospitalizada, e são unânimes em reconhecer que a permanência da família na Pediatria do HCPA é um marco filosófico que perdura através dos tempos.

[...] o Sistema de Permanência Conjunta! [...] se decidiu sempre preservar este espaço para as mães, as famílias das crianças, mãe e pai ou o responsável, aquele familiar que estava mais próximo (P1).

[...] é primordial a família junto. Porque os primeiros dois hospitais que eu trabalhei [...] a família não era presente, era proibido. Eles tinham uma horinha para ficar junto com o filho. Imagina a dor da separação, quando chega e quando sai, é um horror! Então aqui se tem essa oportunidade de vê-los juntos, e de aprender junto (P3).

[...] a criança não vem sozinha, a criança interna, mas quando interna a criança [...] quem adocece é uma família inteira! Não é só a criança [...] Os pais são cuidadores, são participantes do cuidado do dia-a-dia e da criança. São as bases. A princípio teria que ser o alicerce da criança! [...] não consigo vê-los sem a família aqui. Quando eu comecei, eu lembro que já era essa a filosofia da Pediatria (P4).

A ampliação da perspectiva da concepção da família como unidade de cuidado voltada aos seus membros, acrescentando a de uma unidade igualmente a ser cuidada pela Enfermagem, tem sido preocupação de vários estudos realizados por enfermeiras. Trata-se da adoção de um referencial que tem a família como foco do cuidado profissional e não necessariamente exclui a dimensão da família como unidade de cuidado. Pelo contrário, vem a se constituir em articulação de ambas as perspectivas, a qual promove a soma de esforços prevendo ações direcionadas ao fortalecimento da família para o cuidado de seus membros, o que incide no cuidado que lhe é dirigido, pois as ações de um membro repercutem no todo (SOUZA; NITSCHKE; SOUZA, 2011).

[...] cheguei aqui no Clinicas, me identifiquei com a forma do cuidado, da família poder estar junto todo o tempo, ter uma preocupação com a família [...] vejo que a Pediatria desde que foi criada já tinha isto, foi com base, pelo que se vê da história, com a permanência conjunta, a questão do Estatuto da Criança, que veio depois, fortaleceu alguns princípios. Nessa trajetória [...] o quanto isso foi resgatado, sistematizado algumas questões, e que facilitou mais ainda esse trabalho, da criança como um ser em desenvolvimento que tem suas particularidades todas e na família como foco também do cuidado (P10).

[...] isso é uma construção [...] sempre foi assim desde que foi criada, com a permanência dos pais [...] mas as coisas foram evoluindo! [...] preocupação com o atendimento global, o atendimento humanizado, mas vejo que se evoluiu bastante [...] talvez lá no início, pela época que foi criada, não se tinha essa percepção [...] se conseguiu esse espaço para crescer mais [...] a dar mais condições. Antes os pais ficavam numa cadeira, hoje em dia ficam numa poltrona, podem dormir, se passou a permitir mais coisas: a olhar eles com cuidado também (P5)!

[...] tu não prestas assistência só para a criança, é a família, é a cuidadora, é o pai, é a mãe, ou uma avó! Ter esse olhar também: tu cuidas da criança, mas tu também cuida da família! Isso é um diferencial da nossa Pediatria, quando tu prestas assistência (P9).

Visualizar a criança como um ser único, e a família como unidade de cuidado à saúde de seus membros, que também precisa ser cuidada, e o caráter de uma presença qualificada junto à criança hospitalizada, sem esquecer que a família é um universo existencial que precisa ser visto em sua totalidade, instigou iniciativas sensíveis para propiciar que a criança não perdesse a visão do todo da família da qual faz parte.

[...] depois que consegues situar melhor [...] ter segurança da parte tecnológica, te abres para o todo da criança! [...] houve um crescimento nessa área, ao longo dos anos, foi se conseguindo ampliar o olhar para o todo da criança e da família! Quando entrei, era o pai ou a mãe e eles nunca se cruzavam lá dentro. Então, se a criança ficava mais tempo internada, não via mais o pai e a mãe juntos ou a mãe e avó, enfim os cuidadores [...] se passou a inserir mais pessoas e mais tempo (P5).

As unidades pediátricas, especialmente as de Terapia Intensiva, têm dado maior ênfase ao tratamento técnico para a manutenção da vida durante doenças graves. Mas, afirmam Ribeiro e Bernardes (2012), o cuidado não pode ficar restrito às situações de urgência e, sim, buscar atender as demais necessidades da criança e sua família, em sua totalidade.

Assim, para que isso aconteça entende-se necessária uma abertura do “ser-aí”, situando-se no mundo do qual faz parte, e buscando o entendimento de seu ser. Para Heidegger (2012, p. 49) “o *Dasein* não é um caso de ente para a representação do ser por abstração, mas precisamente a sede do entendimento-do-ser”. No depoimento de P5, a participante esclarece esse movimento do “ser-aí” que ao se situar no mundo do hospital, no qual habita, abre-se para esse mesmo mundo, em uma “referência retroativa e projetiva” do Ser.

Para a construção de um projeto de cuidado autêntico há que se compreender que

para [...] esse ente está em jogo em seu ser esse ser ele mesmo. Mas é também inerente a essa constituição - de - ser do *Dasein* que, em seu ser, o *Dasein* tenha uma relação-de- ser com esse ser. [...] E isso por sua vez significa: o *Dasein*, de algum modo e mais ou menos expressamente, entende-se em seu ser. É próprio desse ente, com seu ser e por seu ser, o estar aberto para ele mesmo. O entendimento-do-ser é ele mesmo uma determinidade-do-ser do *Dasein* [...] O ser-no-mundo contém em si a relação da existência com o ser em seu todo: entendimento-do-ser (HEIDEGGER, 2012, p. 59).

Ao se permitirem ampliar o foco do cuidado para além da tecnologia e da doença, as enfermeiras amadurecem outro posicionamento. Despertam o olhar para visualizar aqueles seres na essência de seu existir, percebendo o que é essencial para a criança e para a família, compreendendo que os elos que os unem constituem-se na base para o sucesso do projeto terapêutico instituído pela equipe de saúde. Esse olhar mais abrangente repercute na garantia de outros recursos facilitadores para o viver da criança e sua família no mundo do hospital, engendrando maior adaptação e enfrentamento dessa experiência desagradável e aterradora.

No entanto, cabe ressaltar que todo processo criativo é semelhante a uma construção, elaborada no devir do tempo. Na hermenêutica dos depoimentos desvela-se a necessidade de persistência para a afirmação e a reafirmação contínua das premissas que norteavam a Permanência Conjunta:

[...] na nossa Pediatria, desde o início foi uma coisa muito batalhada! Muito batalhada porque alguns profissionais achavam que, às vezes, a mãe atrapalhava ou o pai atrapalhava, que aquela presença constante, às vezes, incomodava, e isso foi mudando! E eu acho que foi mudando graças à enfermagem, à nossa persistência, à nossa insistência de que isso é importante (P2).

No intuito de se manterem subsistentes na caminhada escolhida, as enfermeiras, movidas pelo conhecer como modo-de-ser junto àqueles com quem convivem – a criança e a família –, adotam atitudes que assumem o significado de lutar sem esmorecer visando àquilo de que se ocupam.

Para Heidegger (2012, p. 191-93), o *ser-no-mundo* é ocupação e a questão do conhecer pode ser esclarecida por – o *conhecer é um modo-de-ser do ser-no-mundo*, mais precisamente:

O conhecer é ele mesmo previamente fundado em um já-ser-junto-ao-mundo que constitui essencialmente o ser do *Dasein*. Esse já-ser-junto não é de imediato um ficar unicamente boquiaberto olhando inerte um puro subsistente. O ser-no-mundo como ocupação é *tomado* pelo mundo de que se ocupa. [...] *Sobre o fundamento* desse modo-de-ser em relação ao mundo, os entes do-interior-do-mundo que vêm-de-encontro agora se fazem encontrar somente em seu puro aspecto e, *como modus*

desse modo-de-ser, um *olhar* para o que assim vem-de-encontro é expressamente possível. Esse *olhar para* é cada vez uma determinada tomada-de-direção para... um visar o subsistente.

Nessa dimensão, desvela-se essa *tomada-de-direção* explicitada no olhar mais sensível às necessidades da família, por sua presença marcante ao lado da criança doente. As participantes explicitam suas convicções acerca das mudanças percebidas na visão da equipe para o cuidado à família, no percurso do tempo:

Está muito mais introjetado, para toda equipe tratar a criança e a família como um ser único, faz parte do cuidado, não é assim “estou atendendo também a família”, não! Isso é muito natural que faça parte [...] as pessoas quando entram se inserem em seguida nessa ideia, é muito tranquilo hoje em dia. Nem sempre foi tão tranquilo, apesar de sempre se manter esse cuidado à família, ao longo do tempo, se teve mais resistência [...] Hoje é óbvio para todos nós inserir a família no cuidado (P5).

[...] não acho que a família seja só um acompanhante. A família cuida em casa e o momento em que ela pode cuidar na internação hospitalar, ela também tem que ser inserida [...] Para os pacientes numa internação isso faz toda diferença justamente porque não vejo os pais passivos em nada. Vejo a família muito ativa no cuidado e na melhora de um paciente (P8)!

Então assim, o que se tem que fazer, a partir do momento que eles (familiares) chegam, sempre foi assim, se tenta introduzir o cuidado, eles estão participando, estão fazendo. No início eles estão assustados, a gente faz depois eles vão vendo, vão aprendendo. Tem situações que a gente vai ter que delegar, acompanhando, porque eles vão continuar esse cuidado, infelizmente eles vão ter que sair com muitos cuidados no domicílio. Então, isso tudo se tem que ter cuidado (P3).

O cuidado desponta como uma ação individual e coletiva, organizadora de um modelo que prima pela inserção da família, e, movido pela reciprocidade entre enfermeiras e premissas que norteiam a Permanência Conjunta, resulta em valores eticamente introjetados que transcendem o caráter científico e adquirem para as enfermeiras o caráter de acompanhar, em duplo sentido: zelar pela manutenção do modelo e assumir estar ao lado dos seres de cuidado.

Para Torralba (2009), o termo acompanhar pode ser entendido sob dupla perspectiva: exigência ética e forma de resistência à ilusão puramente científica, sendo a ação de cuidar fundamentalmente pessoal, ainda que possa envolver técnica e determinados conhecimentos.

Por adquirir essa tônica de universo do cuidado, mantendo-se a singularidade da criança e da família acompanhadas pela enfermeira, forma-se um novo conjunto, uma perspectiva peculiar: o *nós*, assim definido por Torralba (2009, p. 128-9):

Mediante a ação de cuidar, o eu e o tu transcendem a barreira que os separa e se constrói um *nós*. Esse *nós* resultante não implica a dissolução do eu no tu, mas a integração de ambos no sentido de construção [...] fruto da interação singular e individual, denomina-se, para distingui-lo da coletividade caótica, a *nostridade* [...] É algo novo, mas, ao mesmo tempo, é uma realidade sustentada nas pessoas. Não pode existir um nós se não existe um tu e um eu. Dá-se unicamente quando as pessoas se relacionam, forma-se com a reciprocidade das pessoas [...] Não é uma comunidade inativa de pessoas, mas ao mesmo tempo vital e operativa.

No íntimo dessa associação pode-se compreender o Sistema de Permanência Conjunta como uma comunidade, realidade sustentada pelas pessoas que ali fazem acontecer o cuidado. Esse sistema sempre primou pelo olhar humano que incidia na flexibilização, com a tônica de que as experiências é que ditavam as condutas e as modificações emergentes da teoria que se transformava em prática e vice-versa. Proporcionar melhores condições para a permanência por tempo integral dos familiares responsáveis é, igualmente, percebido como cuidado. A força motriz para tanto advém da *preocupação* com a família. Os trechos dos depoimentos, a seguir, explicitam esse movimento:

[...] nunca se pensou na criança como um ser único aqui dentro! Sempre se pensa na família [...] desde a simples elaboração de um folder para orientação dos pais, a preocupação para que tenham uma sala de descanso dos pais - desde uma poltrona para os pais sentarem ao lado do paciente porque, ficam à noite, uma poltrona que seja minimamente confortável para que possam ficar e acompanhar o filho (P2)!

Permitia-se que os pais ficassem, mas tinham que ficar numa cadeirinha e acordados [...] para ficar com a criança, mas não se pensava que, em algum momento têm que descansar, ir ao banheiro, tomar um banho, pensar neles também! [...] hoje se consegue ter esse olhar [...] há anos atrás era impensável imaginar que pudessem estar em uma poltrona, enquanto se está atendendo [...] em alguns momentos dificulta o atendimento, mas faz parte (P5).

No entendimento de Farias et al (2014), as ações a serem planejadas para um cuidado diferenciado e voltado às reais necessidades reveladas por famílias de crianças internadas envolvem: melhorar a ambiência dos espaços onde os familiares cuidadores permanecem ao lado dos filhos (as) nas unidades de internação de forma a lhes propiciar maior conforto e bem-estar; contribuir com estratégias para favorecer o sono e o repouso reparador para minimizar o desconforto físico que experienciam, além de flexibilizar normas e rotinas, favorecendo a visita e a participação de outros familiares no processo de hospitalização da criança.

A adoção desse olhar de respeito às necessidades de repouso do familiar, durante o processo de acompanhamento da criança no Sistema de Permanência Conjunta, exigiu por parte das enfermeiras um firme posicionamento para sensibilização da totalidade da equipe.

[...] foram se mesclando, um pouco de resistência [...] foi todo um exercício para essas coisas acontecerem! [...] Hoje se vê, às vezes, um resquício dessa dificuldade, de algumas pessoas mais antigas, quando dizem: “a mãe passou a noite inteira dormindo do lado da criança!” se queixando. E aí se diz: “realmente não tem como a pessoa ficar 24h por não sei quantos dias [...] enfim, ela precisa sim descansar” (P7).

[...] isso se concretizou [...] estarem (os profissionais) preocupados com a criança e a família, é trabalhar junto. Não se pode dissociar: ‘gurias, não podemos ver a criança separadamente’. Tem gente que diz: ‘que bom se essa mãe nunca ficasse, e fosse embora!’, ‘essa mãe só dorme, e não ajuda’ [...] tem que pensar na situação dessas mães: ‘imaginem uma mãe ficar vinte e quatro horas em função do filho, sem dormir uma hora? Como é que vai aguentar? Ela tem uma vida e uma família por trás dela’ [...] a mãe fica durante o dia e a noite, e tem que dormir em algum momento, tem que descansar (P3).

Trata-se de uma mudança na forma de olhar para a família – um olhar ampliado. Mantém-se o fio condutor da filosofia do Sistema de Permanência Conjunta que explicita o estímulo ao acompanhamento e à participação ativa da família no cuidado à criança. Mas o olhar volta-se também para ela – a família – pensa-se nela, nos pais, em suas necessidades como seres humanos, como pessoas. É a ampliação do foco no cuidado à criança e à família como um universo – “a criança e a família como ser único”, no dizer das participantes – acompanhando o devir de propostas de cuidado autêntico e compassivo às necessidades que emanam desses seres; essas propostas de cuidado autêntico afloram em consequência de um movimento de crescimento interior e amadurecimento pessoal e profissional emergentes da convivência no mundo da própria Permanência.

A configuração da permanência dos familiares responsáveis ampliou-se, inclusive para a entrada de outros membros da família, respeitando o princípio de cuidado integral da criança e a manutenção de vínculos afetivos. Os depoimentos mostram o pensamento construído na linha do tempo, garantindo evolução, mas também a manutenção da premissa norteadora:

[...] quando as mães iam embora, na troca de turno da tarde para a noite, era uma ‘chorassada’(sic) de mãe e criança, porque vinham as visitas da noite, e depois ia todo mundo embora e ficava lá a equipe desatinada com as crianças chorando. Então, até que fosse convencido que as mães tinham que ficar lá, ou alguém tinha que ficar lá foi outra etapa que eu não vivi (P1).

[...] de noite os pais não ficavam, tinham que sair [...] era muito triste ver aquelas crianças chorando pelos pais não estarem ali. Pelo amor de Deus! Que é isso? [...] eles são importantes, essa família tem que ficar junto todo tempo. Em seguida mudou (P4).

[...] para que a criança pudesse ter convívio com o pai e a mãe juntos, com a mãe e a avó, com outras pessoas [...] permitiu-se a entrada dos irmãos e outras crianças. Claro, dependendo da situação da criança (P5).

Considerável perseverança foi necessária no devir do tempo para zelar pelas premissas norteadoras do modelo implantado – presença contínua e participação da família junto da criança para a manutenção dos vínculos afetivos, sendo esta conduta entendida como imutável e soberana perante toda a equipe e garantida mais particularmente pela Enfermagem, especialmente pelas enfermeiras.

[...] se amava o que se fazia, se começou a pensar [...] Eu trabalhava à noite: ‘não pode subir visita’, uma vizinha que veio lá do interior para ver o netinho que está doente [...] tinha que ligar e pedir ‘deixa essa avó subir, porque é importante para a criança!’. A instituição não permitia que entrasse pessoas fora dos horários estabelecidos. Então, foi se criando essa nossa filosofia! Foi meio que como uns tentáculos, e foi se mostrando ‘a Pediatria pode!’[...] se ampliou isso para possibilitar que o nosso trabalho se mantivesse (P2).

O possível incômodo expresso por alguns profissionais era trabalhado no sentido de transpor essas barreiras para uma mudança de atitude frente à incorporação da família no cuidado à criança na internação. São premissas norteadoras entendidas como “uma tradição”, repassadas no percurso dos anos, inabalável, com caráter de aprendizado contínuo no tempo. A permanência e a inserção da família se constituem e se fortalecem no tempo como uma filosofia de cuidado:

[...] alguns profissionais se sentiam incomodados com aquela presença constante da família e isso é uma coisa que se incute desde que o profissional é admitido aqui: ‘é assim, funciona assim, e nós temos que aprender a trabalhar assim!’ [...] a nossa filosofia de trabalho para mim é motivo de orgulho [...] gosto muito de trabalhar dessa forma (P2).

[...] não se pode exigir que eles estejam ali para fazer os cuidados de enfermagem! [...] eles estão ali como familiares e pais, para dar carinho, podem trocar uma fralda, ajudar num banho, ajudar num cuidado, sem dúvida, mas não é trabalho de pai e mãe, e sim é trabalho da enfermagem e, às vezes, as pessoas confundem isso e querem aproveitar o pai e mãe para diminuir o serviço. Mas se reforça: ‘a intenção não é essa, a intenção é o contato da criança com a família e o trabalho é nosso!’ (P5).

Existem vários momentos em que se pode inserir a família no cuidado à criança, num simples banho ou num brinquedo na beira do leito. Em qualquer momento, até deixar a mãe deitar junto com seu filho na cama, para prestar o carinho, o aconchego que ele precisa [...] tirar regras que são tão impostas ‘não pode deitar na cama’, ‘não pode trazer o avô para ficar junto com a mãe, porque só pode um acompanhante’ [...] tem casos e casos, o bom senso que nos faz decidir o momento de liberar ou não (P8).

Existe uma diferença sutil, porém fundamental, entre estimular a participação da família nos cuidados à criança e a ideia de que os pais têm o dever de realizar os cuidados



para os quais a equipe ou eles próprios se julgam capazes, ou ainda o extremo oposto, de que os cuidados são exclusivos da Enfermagem.

[...] porque é outra pessoa [...] que era o dono da criança [...] Ele concordava ou não para a gente fazer as coisas na criança! Então isso era outro particular que a gente não era preparada [...] era uma coisa que a família não conhecia (P1).

[...] não se pode exigir que eles estejam ali para fazer os cuidados de enfermagem! [...] se tenta sempre promover um cuidado que a mãe está fazendo para o filho, mas acompanhando, orientando, estando à disposição! Não com a ideia de competição, são papéis diferentes e não se pode confundir isso! Às vezes as pessoas acham que o paciente está internado e não tem mais mãe e pai: 'sou eu que tomo conta, que mando!' Não! Ele continua sendo filho daquela mãe e daquele pai (P5).

Uma sábia constatação vai sendo apreendida quando as enfermeiras apropriam-se de um entendimento maior do existir com o outro, e percebem-se mais sensíveis ao ser como na realidade ele é, respeitando o modo próprio de cada ser se expressar e se revelar. Pode-se compreender a solicitude desse modo genuíno de ser das enfermeiras ao procurarem entender a singularidade de cada ser revelada em seus comportamentos, suas possibilidades e suas forças. Na afirmativa de Heidegger (2012, p. 69-71),

o *Dasein*, conforme ao seu próprio modo-de-ser, tem a tendência de entender o seu próprio ser a partir do ente em relação ao qual ele, de modo constante e imediato, se comporta essencialmente: a partir do mundo [...] ao *Dasein* não só é inerente o entendimento-do-ser, mas este se elabora e se desfaz segundo o que é cada vez o modo-de-ser do *Dasein* ele mesmo, este pode dispor de uma rica interpretação [...] em medida variável os comportamentos, as faculdades, as forças, as possibilidades e os destinos do *Dasein*.

Essa compreensão é desvelada na reflexão da enfermeira,

Cada cuidador tem uma maneira de ser. Se é como é mesmo, como foi criado [...] se pensa que a criança está aqui e se tem que tomar conta. Mas não! A criança é daquele pai, mãe, cuidador, e vai voltar para casa. Não podemos chegar aqui e obrigar a fazer as coisas que achamos que deva ser feito! [...] Se pode ir orientando a família, mas não exigir que seja exatamente como a gente é! [...] A criança não é nossa (P4).

As participantes esclarecem a importância de a Enfermagem reconhecer a pessoa do cuidador principal da criança, em sua singularidade existencial, promovendo meios para a garantia de seus direitos:

Cada um trás a sua criação para dentro do hospital. Cada cuidador tem um jeitinho. Um, na hora de comer, bota um guardanapinho no pescoço, o outro, deixa a criança se sujar [...] a criança tem aquele pai, aquela mãe, e não vai ser agora 5-10

dias que ela vai modificar. Então, se pode dar orientação. Agora quem cuida é o cuidador principal, é o pai e a mãe. O cuidador, não no sentido do cuidado em enfermagem (P4).

Às vezes as mães têm medo de que quando reclamam, os filhos possam ser prejudicados. Isso se enfrenta até hoje em dia [...] sempre explico que a integridade e segurança delas têm [...] que ser preservada [...] que elas podem falar se alguém da equipe não esteja sendo adequado dentro do tratamento que acha que ela mereça ou o filho [...] tem que passar o tempo todo carinho, segurança e isso é básico (P3).

Quanto mais as enfermeiras se aproximam da forma autêntica de cuidar, mais se questionam sobre a necessidade de conhecer melhor os seres que habitam com elas o mundo da Permanência Conjunta. Nesse movimento incessante, alcançam aprendizagens significativas e que, em extensão, podem se refletir no modo como interagem com essas pessoas. A questão que evidencia a transparente vontade de conhecer o ser indica para Heidegger (2012, p. 45) que “sua elaboração exige a explicação dos modos de dirigir o olhar ao ser, de entender e apreender conceitualmente seu sentido, a preparação da possibilidade da escolha correta e a elaboração do genuíno modo-de-acesso a esse ente”.

[...] ao mesmo tempo em que a família e a criança nos instigam a crescer, a ir à busca de um maior conhecimento e uma melhor abordagem [...] o perfil de família que não colabora tanto e que a equipe tem mais dificuldade [...] a equipe precisa se capacitar mais ainda para ter uma abordagem mais terapêutica, que não leve tanto isso para o lado pessoal, mas entender um pouquinho melhor o funcionamento da família. Acho que se está nesse momento, e se tem refletido nesses últimos anos sobre isso (P10)!

Para a implantação e manutenção de uma premissa norteadora, como o foco centrado na permanência da família junto à criança hospitalizada – Sistema de Permanência Conjunta —, não se pode prescindir do diálogo persistente com todos os que fazem acontecer as relações de Cuidado, no cotidiano dessa prática. É necessário Cuidar desse modelo, a fim de se manter inquebrantável e fortalecido ao longo dos tempos.

Percebe-se um alerta, especialmente válido para as unidades de internação, onde predomina o enfoque tecnológico, para que os pais não sejam afastados do cuidado com a criança, que o profissional tenha a sensibilidade de reconhecer a legitimidade do desempenho do cuidado exercido pela mãe, pelo pai ou responsável, qualquer que seja a unidade de internação ou momento existencial em que se encontrem.

[...] os pacientes estão com muitos cuidados, são muito graves, então tem gente que, algumas vezes, impede que os pais se aproximem. As pessoas tendem a achar que os pais tendem a atrapalhar que “eles não sabem e que eu é que sei”. A gente

sabe sim das drogas, dos procedimentos, mas o filho é deles [...] estamos ali por um momento (P5).

Se fizer bem para a criança a gente trabalha a família [...] o importante para nós é a criança ficar bem [...] a gente não obriga. Não estamos aqui para disputar nada com a família, a criança continua sendo da mãe, do pai, não é nossa (P4).

[...] estamos ali em alguns momentos fazendo esse papel até de cuidador, mas tem que ver esse caminho para que depois a família consiga fazer também! E ter em mente que a criança é nossa enquanto ela está ali e depois ela vai voltar para o seu seio familiar. Isso eu acredito: na filosofia que engloba tudo. E entre outras coisas, conhecer a criança e a família, as crenças, e tudo que para aquela família é importante (P6).

Acompanhar as reações infantis e as dos familiares durante a vivência no Sistema de Permanência Conjunta aponta para a constatação de que os procedimentos dolorosos — punções, cirurgias, drenagem de tórax — representam os maiores desencadeadores de medo, atingindo a todas as crianças. Tal medo, na maioria das vezes, está relacionado ao temor da dor do corpo, ou de ser machucado, ao medo do desconhecido, no caso das situações novas para a criança, embora possam receber orientações da equipe (RIBEIRO; BERNARDES, 2012).

O reconhecimento dos potenciais estressores do ambiente hospitalar possibilita o aflorar de um movimento solícito de acolhida às manifestações infantis e a adoção de estratégias para amenizá-las.

[...] é nítido, não só para mim, a equipe de enfermagem tem muito forte, de tocar e de aconchegar [...] para se sentir protegido; se já tem condições, já tirou o tubo e já está fora do respirador; às vezes já está tirando o dreno, ou até mesmo com dreno a gente consegue colocar no colo dos pais [...] se tenta propiciar [...] porque eles se acalmam, sentem-se aconchegados, diminui a dor [...] às vezes é um choro intenso que tu pensa: ‘vamos avaliar se essa está com dor e tentar colocar no colo da mãe para ver se acalma’, e muitas vezes acalmam (P9).

Auxiliar a criança a se perceber segura é uma forma de proteção, conforme recomendam Ribeiro e Bernardes (2012), propiciando-lhe utilizar suas energias para, ao invés de combater seus temores, superar outras dificuldades. Para a família, sentir-se competente e participativa na promoção de um cuidado protetor à criança repercute em percepções de confiança na equipe, e maior autonomia no enfrentamento das adversidades.

Outra atitude que mostra sensibilidade no cuidado às famílias é o reconhecimento de suas dificuldades para permanecer por tempo integral ao lado dos filhos internados. A capacidade de compreendê-las mostra amadurecimento profissional, no sentido de perceber a facticidade existencial de cada família em particular.

[...] às vezes o profissional vê como obrigação da família ficar com o filho, é o que se gostaria, mas que nem sempre podem. Eles têm a família toda. Hoje em dia as famílias não são pai, mãe e filhos [...] é uma mãe com 5 filhos, um pai com 3 filhos. Um fica aqui, mas os outros? [...] é difícil: ‘essa mãe não pode ficar?’; ‘Não, tem mais oito filhos para cuidar e um de dois meses que amamenta!’. Tem que ter cuidado, tem que trabalhar também! [...] não tem obrigação, são estimulados, podem permanecer. Mas, temos também que entender quando não pudermos, fica sob a nossa responsabilidade, o cuidado (P4).

[...] como estão se organizando. A maioria dos pais tem um filho ali internado, mas a vida lá fora continua, têm outros filhos [...] o trabalho [...] muitos vêm do interior, largam tudo, deixam os outros filhos com avós, tios [...] auxiliar sinalizando que vai ser uma internação longa, não adianta largarem tudo, e os dois ficarem naquele momento, quem sabe conseguem outro familiar para revezar. A cada situação e momento as coisas mudam e se vai sempre auxiliando. Permitindo que outras pessoas venham substituí-los para que possam ir em casa ver os outros filhos [...] dar essa liberdade para os pais! Não é uma obrigação deles ficarem, se permite que fiquem, mas não tem a obrigação de ficar [...] poder cuidar da família também (P5).

No experienciar do Sistema de Permanência Conjunta, inusitadas situações afloram e se constituem em desafios para a equipe de enfermagem. Tais dilemas, no contexto do cuidado, repercutem na compreensão e assumem para as enfermeiras o significado de que para cuidar de modo autêntico é imprescindível aprender a trabalhar com a família, respeitando sua cultura, seu modo próprio de viver.

A inclusão da família no cuidado precisa ser pensada, qualquer que seja a fase da trajetória vivenciada junto ao filho (a) e, especialmente, quando os cuidadores familiares se encontram em situações de vulnerabilidade, como apontam as falas a seguir:

[...] mesmo a família sendo negligente, ela é importante para essa criança! Às vezes, se chega até a sentir raiva daquela mãe, daquele pai, mas a criança precisa dela! [...] tem que ter todo um preparo para conseguir resgatar: ‘mas quem sabe tu pega no colinho, quem sabe vamos levar ali na recreação!’ [...] tu precisa que essa família seja estimulada para poder dar esse suporte, mas o fato dela estar ali presente, mesmo não atuando tanto quanto a gente gostaria, ela é imprescindível para essa criança (P7).

[...] o enfermeiro tem um papel bastante importante nisso, assim de conseguir estar inteirado disso [...] lidar com essas situações, como manejar com essa família mais opositora, que tem uma maior dificuldade, ou essas famílias que negligenciam seus filhos, que abusam, que maltratam [...] porque o técnico ele está muito dentro daquilo diariamente [...] dentro daquelas enfermarias, ele fica muito dia-a-dia naquele tencionamento [...] a equipe tem muita dificuldade de lidar (P10).

[...] entender o momento que cada um está e me colocar no lugar de qual seria a minha reação como mãe se eu tivesse um filho naquela situação. Então, porque que aquela mãe está tão desorientada, tão desesperada ou reclamando ou brigando (P5).

São vários os desafios e dificuldades vividos pelas famílias na cotidianidade de seu existir como ser-no-mundo. Diante dessas situações a Enfermagem Pediátrica precisa

preparar-se para cuidar, e esse mecanismo aflora acionado pela preocupação com esses seres de cuidado. Para Heidegger (2012), a preocupação faz parte da existência do Ser, entendida como um fenômeno em íntima relação com a facticidade. Segundo esse filósofo,

a delimitação da estrutura da preocupação forneceu a base para uma primeira distinção ontológica de existência e realidade. Isto levou à tese: a substância do homem é a existência [...] Só dentro do *seu* horizonte é que se pode efetuar a distinção entre existência e realidade. Ambas designam *ser* (HEIDEGGER, 2012, p. 855-857).

O horizonte pessoal, enquanto temporalidade do Ser, é único a cada ser e cada ser é único em seu acontecer. No mundo do hospital afloram sentimentos e percepções dos Seres, cuidadores familiares e cuidadores profissionais, em contínuo convívio, lançados em sua facticidade, pessoal e intransferível. Aprender a conviver nesse espaço de trocas interpessoais resulta em peculiar aprendizagem.

[...] sabendo, tendo essa noção de que a família é essencial! A presença da família é essencial ao tratamento, mesmo aquela família não sendo muito participante [...] que tem medo de tudo, mesmo sendo aquela família questionadora, todas são importantes! Tem que aprender a trabalhar com cada uma delas, porque não somos nós que vamos levar o filho para casa quando ele sair de alta, é aquela família, ‘a família!’, o filho é deles! Então, tem que aprender (P2).

Os desafios do convívio cotidiano junto às crianças e suas famílias passam a constituir experiências desafiadoras no mundo do cuidado e exigem das enfermeiras um reposicionamento constante, imbuído da necessidade de evoluir, via conhecimento, para abordar de modo seguro e competente a orientação de sua equipe da qual se percebem responsáveis, no universo do cuidado.

[...] há ainda profissionais que tem dificuldade. Trabalham na Pediatria ou na área da criança porque gostam da criança, mas ainda veem a família, se é aquela família que ajuda, cumpridora das rotinas, das orientações, então, aquela família é bem vista, há um acolhimento dessa família. Mas aquela que questiona, vai contra, por “n” motivos [...] é aquela mãe questionadora, não está aceitando a doença, o diagnóstico, o prognóstico daquele filho e aciona a equipe [...] levou a me instrumentalizar mais em relação a isso, até de poder estar fortalecendo, criando espaço e dando continuidade a algumas atividades (P10).

[...] ter segurança [...] que os técnicos ou auxiliares de enfermagem, estejam na enfermaria e dando uma orientação certa. Se chegar numa enfermaria e a orientação ou o modo de agir não é adequado, vou ter que primeiro trabalhar com esse profissional, para depois abordar o familiar [...] sempre procuro ver as duas verdades [...] vou acompanhar o paciente o tempo todo e não saber o que aconteceu lá no meio do plantão [...] por mais simples que seja [...] tem que ter um esquema de trabalho. Não se pode deixar as enfermarias sozinhas [...] é uma coisa

tão introjetada nas pessoas que a gente se sente segura, com o que está acontecendo (P3).

[...] tem que respeitar o lugar onde a família vive, a maneira como vive [...] tentar, dentro do possível, deixar os pais procederem como fazem em casa [...] Mas tem profissionais que são mais rígidos no cuidado, e não deixam. Tentam tirar um pouquinho aquela responsabilidade [...] isso tem que cuidar muito! Se ofendem: ‘aquela mãe dá o banho desse jeito!’. Mas orientar: ‘deixa ela dar o banho, a criança está acostumada assim!’ [...] o que der para fazer junto, assim da forma como estavam acostumados, porque não (P4)?

A reciprocidade para compartilhar relações de cuidado autêntico com a família vem aliada à presença e à solicitude da enfermeira, em um movimento de “ser-com-o-outro”, uma forma de “entrega”, de partilha. Tal atitude é possível mediante a compreensão de que o outro, o pai e a mãe ou cuidador responsável, tem seu respectivo conhecimento que não substitui o do profissional. Pelo contrário, tem que ser valorado na perspectiva de pertencimento a uma unidade de cuidado: a família, a qual inclui a criança na mesma medida que a criança inclui a família.

Os discursos permitiram desvelar compreensões de que o cuidado à criança não é prerrogativa do profissional, vai além de uma normativa técnica, e em essência requer presença, solicitude, partilha e transcendência, atributos que tendem a preservar o fio condutor da Permanência Conjunta.

O contexto da Pediatria, por natureza, sempre mostrou a forte tônica do trabalho com enfoque interdisciplinar, atributo valorado pela instituição e avaliado como positivo pela Enfermagem Pediátrica no transcurso do tempo. Portanto, equipes mais permeáveis às iniciativas de trabalho integrado, que encontraram modos de ampliar uma rede de saberes em torno do foco do cuidado – a criança e a família – e que constroem e reconstroem as práticas vigentes, sempre em defesa dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados, extensivos à família.

Nesse processo de construção e reconstrução contínua na evolução dos tempos, uma das participantes lembra-se que,

[...] em 1997 junto com a criação do SEPED [...] aquele trabalho todo com a equipe de saúde repensando a nossa forma de trabalhar com a criança [...] as oficinas preparatórias e o evento [...] época da criação do Programa para Defesa (Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados). [...] ali teve um marco muito grande e quem participou daqueles momentos até hoje lembra! [...] troca de papéis: profissional se tornou criança, se tornou família, troca de papéis entre profissionais, durante as oficinas [...] bastante rico, foi um marco aquilo ali dentro da Pediatria! E vejo que se está num outro momento, também buscando isso (P10).

À semelhança do Sistema de Permanência Conjunta na temporalidade de seu existir, a criação do Programa para Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados desponta como um marco histórico, pioneiro nos meios acadêmicos e assistenciais, unanimemente entendido pelas enfermeiras como suporte para a manutenção das premissas norteadoras do cuidado na Pediatria. Marco que transcende o tempo e transforma a *preocupação* com os direitos das crianças e dos adolescentes, o que sempre houve, em um Programa palpável em sua configuração.

Programa para Defesa aos Direitos da Criança surgiu não só com o Estatuto da Criança, nossa preocupação é anterior ao Estatuto da Criança. O ECA não existia e quando foi homologado, nacionalmente já praticávamos a permanência da família! [...] com toda a preocupação de respeitar o direito da criança, a individualidade, de se preocupar com a dor da criança (P2).

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990) reforça a importância da família no cuidado aos seus filhos, em seu artigo 12, enfatizando que as instituições de atendimento à saúde devem proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de criança ou adolescente. Essa importância é respaldada pela Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, Resolução CONANDA nº 41(BRASIL, 1995).

Por ser uma Pediatria inserida em um hospital geral, zelar pela criança, qualquer que seja o local da instituição em que ela se encontre, para prevenção de maus tratos institucionais, foi e é a premissa básica que fundamenta a criação e a implementação do Programa.

[...] prevenção de maus-tratos institucionais [...] uma Pediatria dentro de um hospital geral, onde processos são pensados, com relação aos adultos [...] às vezes não é pensado nas crianças [...] não tem esse olhar. A criança vai para um bloco cirúrgico, não é um bloco cirúrgico infantil [...] entra em conflito quanto ao cuidado lá e aqui [...] outros locais onde as crianças são atendidas. E o Comitê de Defesa visa [...] direcionar: está acontecendo tal problema, de que forma se vai resolver? Reúnem-se as pessoas que participaram do processo e se estuda em conjunto de que forma pode melhorar (P6).

Ao longo do tempo consolidam-se e aprimoram-se os processos de cuidado, discutindo encaminhamentos e medidas resolutivas de caráter educativo, não punitivo:

[...] se aprimorou muito ao longo desse tempo foi o Programa de Defesa dos Direitos da Criança Internada [...] programa funciona muito bem e ainda vira e mexe tem questões para levar, também as questões institucionais que fragilizam a criança, que podem interferir ou prejudicar de alguma forma a criança, tem que estar vendo, olhando e discutindo, sem caráter punitivo (P7).

[...] o grupo dos ‘Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados’, é um cuidado, é o cuidado que se faz para a criança que é diferenciado! [...] programa que é um algo a mais, é um diferencial da Pediatria [...] no sentido de crescente que se dá para as nossas crianças e para o nosso serviço (P9).

Considerando as decisões que levaram a equipe à criação do Programa de Defesa, encontra-se uma das premissas norteadoras da Pediatria que acionou o próprio movimento de implantação do Sistema de Permanência Conjunta: o respeito e a valorização ao caráter humano do cuidado, que haveria de perdurar.

Então, assim muitas coisas que estão acontecendo agora: a preocupação com a humanização [...] as instituições, hoje, estão começando a se preocupar com a humanização e desde que eu entrei aqui, na verdade, a gente se preocupava com isso há muito tempo na Pediatria (P2).

[...] as famílias, algumas questionam, criticam, muitas não conseguem nem ter essa crítica assim de questionar e pedir: ‘olha eu não quero que faça assim, eu acho que tem que ser usado alguma medicação!’ [...] lutas em defesa da criança e da família! [...] porque a gente vê na criança um ser vulnerável que não consegue se defender (P7).

Condutas consideradas desrespeito ao paciente pediátrico, identificadas na assistência cotidiana na hospitalização, são encaminhadas ao Programa e estudadas medidas resolutivas.

[...] se viu várias questões [...] os NPOs prolongados para procedimentos que nunca saiam: ‘na dúvida deixa umas duas ou três (crianças) em NPO, se der se faz uma!’ Na medida em que isso angustiava [...] foi mudando! [...] na Sala de Procedimentos, passavam cateter nas crianças com sedação leve, puncionavam dreno de tórax [...] impasses e muitas lutas, se conseguiu que esses procedimentos [...] acontecessem no Centro Cirúrgico com anestesia [...] melhorou muito (P7).

[...] o NPO das crianças para procedimentos [...] um paciente que estava em jejum desde às 24h do dia anterior e às 15h suspendem o jejum. Para uma criança ficar esse tempo todo em jejum é muito tempo! [...] hoje se tem outra conduta, o cirurgião liga do bloco e logo avisa se o procedimento foi cancelado [...] uma preocupação maior, é isso que se queria [...] a criança precisa ser vista de outra forma (P6).

A preocupação com a dor de crianças e adolescentes, direito de não sentirem dor, quando houver meios para evitá-la (BRASIL, 1995), recebe conotação especial ao longo dessa trajetória de cuidado às necessidades à saúde da criança e do adolescente, fazendo parte do rol de traços principais do fazer cotidiano das enfermeiras.

Olha a dor, enquanto programa institucional começou agora há pouco tempo, não faz cinco anos [...] E a nossa preocupação com a dor da criança, que todo mundo dizia ‘bebê não tem dor!’ não é assim! Quantas vezes se dizia ‘eu não vou aceitar fazer esse procedimento porque a criança vai sentir dor, precisamos de alguma coisa que alivie essa dor!’ (P2)!



A avaliação da dor [...] começa a olhar diferente. A enfermagem sempre: ‘não tem como sedar para fazer tal procedimento?’ [...] a impressão que dava é que como a criança não diz: ‘aiiii, para tá doendo!’, porque ela só chora! Às vezes, as pessoas não valorizam essa angústia, esse sofrimento que se vê no rosto da criança, e que hoje se avalia pelas expressões numa escala de CHIPPS (Children’s and Infant’s Postoperative Pain Scale) [...] tu olhas e vê que a criança está com dor, pela alteração do ritmo cardíaco, pela sudorese, pelo olhar. A criança não fala, não briga, não manda a gente longe (P7).

O Ser vivencia o sofrimento sob diversas perspectivas, no plano intrapessoal, como o sofrimento exterior ou dor. Como diz Torralba (2009), é o sofrimento que tem sua gênese na corporeidade. Quando o todo corpóreo sofre disfunção ou alteração provoca dor no Ser que passa a vivenciá-la de singulares formas. A dor é, portanto, o sofrimento da corporeidade e isso não se refere, exclusivamente, à parte visível do Ser, mas também aos órgãos que estão escondidos e encobertos pela pele.

[...] a questão da avaliação da dor. Porque antes [...] cada um fazia de um jeito ou como achava melhor: ‘eu acho que o paciente está com dor, vou medicar’. Não! Agora as coisas têm uma forma de ser, não depende só de quem vai avaliar, do julgamento de cada um, existem normas para avaliar se o paciente tem dor ou se não tem! Então, tem mais garantias hoje em dia de que essas coisas funcionem [...] deve funcionar independente das pessoas! E é assim com a dor, com os cuidados em relação à segurança do paciente, em todas essas questões (P5).

Um tipo diferenciado de escuta reside no processo de cuidar, capaz de possibilitar ao cuidador ser sensível às necessidades do Ser que convive com a doença ou com a dor. O cuidar compreende o desenvolvimento articulado da linguagem verbal e não verbal, e isso se justifica porque o Ser que sofre é particularmente sensível à linguagem dos gestos, do toque, do olhar, e apreende com muita facilidade o estado de ânimo do cuidador e sua textura humana (TORRALBA, 2009).

[...] se fazia uma dipirona ou um analgésico e aquele choro não passava, o estresse e a ansiedade da criança, o desconforto, através do choro, do esperneado, do falar mais alto. Aí tu tocando, se o familiar não está ali, a gente mesmo tenta dar o colo [...] a enfermeira, o profissional da saúde, o técnico de enfermagem tem esse dever de tentar amenizar a dor, não só com a medicação, com conversa e com sua contribuição [...] o toque faz a diferença [...] a criança gosta daquele toque, gosta de se sentir aconchegada no colo do seu pai e da sua mãe (P9).

Pelos inúmeros procedimentos invasivos a que estão expostas as crianças, durante o tratamento hospitalar a que são submetidas, especial atenção recai sobre os processos de sedação, acompanhados e valorizados pela enfermagem.

[...] as sedações para procedimentos foi uma coisa que a gente sempre lutou muito! Hoje se vê que se usa muito mais [...] ainda podia ser um pouco melhor! Já tem grupos vendo essa questão de sedação, quem pode prescrever, preparar a medicação, administrar, o que precisa para poder ter uma margem de segurança para o atendimento (P7).

A preocupação com o direito da criança e do adolescente de que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida (BRASIL, 1995) acompanha, ao longo do tempo, a criação e a manutenção da proposta educativa dos Grupos de Pais.

E todos os Programas, o próprio cuidado no Grupo de Pais, no PAF (Programa de Apoio à Família) onde se envolve muito a família, fazendo reuniões com as mães e os pais para ouvi-los, para saber deles, o que estão sentindo, que coloquem suas angústias, preocupações ou observações sobre o período que o filho está internado [...] possa melhorar o que precisa ser melhorado, ter condutas para solucionar os problemas que surgem! Isso desde o início da Pediatria [...] se fazia Grupo de Pais [...] que os pais sejam informados de tudo que está sendo feito com seu filho, tanto do tratamento médico, quanto da enfermagem. É um direito deles (P2).

No rol dos direitos fundamentais, os quais têm merecido zelo da equipe por sua defesa em prol das crianças e dos adolescentes, lê-se: desfrutarem de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar durante a hospitalização (BRASIL, 1995).

[...] sempre defendemos o trabalho em conjunto com a recreação [...] sempre se incentivou muito que tivesse esse recurso para as crianças, e que sempre a criança tivesse o acompanhamento pedagógico [...] quanta coisa que demos *start* [...] que depois foram ser reconhecidas, demoraram tempo, demoraram, mas aconteceram (P2).

A defesa aos direitos de crianças e adolescentes acompanha seus ciclos da vida, também preservando a preocupação que incide em terem morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis (BRASIL, 1995).

[...] eles têm direito de saber tudo o que está sendo feito, todo o planejamento que se pretende com aquela criança para que ela consiga ter êxito no tratamento, ou apoio nos momentos de bastante dificuldade como na terminalidade (P2).

A preocupação com a defesa dos direitos das crianças – acompanha o nascimento da Pediatria até os dias de hoje - remete à prevenção de situações de *maus tratos* intra-hospitalares. Constitui-se em fio condutor de um cuidado humano, realmente singular, voltado às necessidades do Ser criança em sua totalidade, e por extensão, também inclui a família.

Isso remonta a um período muito anterior à promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e da Declaração dos Direitos de Crianças e Adolescentes Hospitalizados (1995), sendo incorporada de forma pioneira em várias iniciativas como: manutenção das condições e qualificação da permanência da família; respeitar a individualidade da criança; preocupação com a dor da criança; preocupação com a humanização, visualizada no contexto e no exercício do cuidado.

A Enfermagem Pediátrica sempre buscou lutar pela defesa dos direitos das crianças, desde a concepção do Sistema de Permanência Conjunta, e já estava presente no início desse novo ciclo de atenção à criança nos meios acadêmicos e assistenciais, pontuada pela criadora do modelo: “as crianças não têm consciência do que acontece (P1)!”. Essa convicção persiste sem esmorecer no horizonte dos tempos, como o desvelaram os discursos das enfermeiras.

Outro programa fundamental, que veio ao encontro da filosofia do Sistema de Permanência Conjunta, na modalidade interdisciplinar, é o Programa de Proteção à Criança vítima de violência intrafamiliar, o qual tem seu foco no direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos e no direito ao respeito à integridade física, psíquica e moral da criança (BRASIL, 1995).

O Programa de Proteção à Criança tem um valor muito grande nessa questão do trabalho multidisciplinar, e trabalha também a linha de cuidado, e tem a interface com o ambulatório (P10).

O programa teve sua origem em um movimento pioneiro entre os hospitais com atendimento pediátrico na cidade de Porto Alegre. Uma das participantes relembra:

[...] iniciou quando assistente social, uma pediatra, e a Psicóloga, atendiam crianças que sofriam violência, maus tratos, eram negligenciadas, do ambulatório e internação e começaram a se preocupar [...] naquela época, muitos médicos tinham receio de trabalhar com isso [...] elas começaram e convidaram uma enfermeira do ambulatório e uma da unidade pediátrica. Depois veio a Recreação, a Promotora e a Psiquiatria [...] O grupo foi crescendo, bem como cada vez mais situações de maus tratos [...] há 20 e tantos anos, não se trabalhava tão abertamente com o maltrato da criança. Experiência pioneira [...] outros hospitais começam de maneira diferente, encaminhavam e parava por aí. O Clínicas foi o primeiro a ter uma equipe multidisciplinar que continuava atendendo e não fazia só o encaminhamento (P4).

Atualmente, o Programa constitui-se em apoio fundamental para os profissionais da Pediatria quando identificam situações de violência doméstica, sendo acionado para prosseguir com um trabalho compartilhado junto às equipes, crianças/adolescentes e seus familiares, na internação e ambulatório após a alta:

[...] criança que interna com suspeita de maus tratos. Hoje se tem uma equipe bem atuante e importante [...] se encaminha à equipe todos os casos com suspeita! Muitos foram elucidados e tiveram encaminhamentos a nível até judicial. Infelizmente acontece, mas se tem esse suporte de uma equipe multiprofissional olhando, acompanhando [...] o psiquiatra na Pediatria tem tido uma atuação fundamental [...] não se tinha há um tempo atrás, faz parte da Equipe de Proteção para avaliar [...] tem as questões sociais, mas têm as questões emocionais das pessoas. Hoje em dia pessoas estressadas é muito comum, filho doente, problema social [...] pessoas muito comprometidas emocionalmente (P7).

[...] é um programa bem diferenciado que só faz ajudar as crianças, infelizmente as coisas acontecem lá fora, e se faz o que se consegue aqui dentro. Aqui é bem feito, só que nós da internação, às vezes, não se tem um acompanhamento tão efetivo depois que as crianças têm alta. Mas o que se tem que fazer aqui dentro se faz. O Programa de Proteção auxilia bastante, tanto na proteção da criança quanto auxiliar os pais a protegê-las (P4).

Esse atendimento busca, prioritariamente, resgatar as forças da família para o cuidado da criança, a promoção das redes de apoio da família, enquanto também trabalha em rede intra-hospitalar e com a comunidade,

[...] muitas vezes com a abordagem do psiquiatra e de toda a equipe, se consegue resgatar muitas coisas com a família. Outras vezes quando se vê que realmente é muito crítico, muito risco para a criança, então se faz todos os encaminhamentos de resgatar outras pessoas da família ou, em casos extremos, até o “abrigamento” (sic). Várias questões que hoje se tem uma estrutura para atender (P7).

[...] criança abusada sexualmente, se dá liberdade para a criança falar o que quiser [...] Psicologia, recreação, Enfermagem está ali junto, serviço social [...] se faz as entrevistas e se vê se o Conselho Tutelar acompanhava essa família [...] visita familiar perto de onde a criança reside, se chama outros familiares para ver o que realmente pode estar acontecendo [...] se tenta tirar o abusador de casa ou se a criança tem que sair, que não é o que se espera, se espera que esse abusador saia ou a pessoa que a está maltratando [...] se vê o que a comunidade pode oferecer para a criança ficar mais protegida [...] creche ou escolinha, atividades fora de casa (P4).

A Enfermagem Pediátrica integra-se e acompanha a evolução dos processos que permeiam o programa criado para sistematizar o cuidado em Pediatria a essas situações de vulnerabilidade.

Alguns anos atrás, situações que se desconfiava que pudesse estar acontecendo, muitas vezes não se conseguia comprovar, nem ir muito a fundo! Muitas vezes a criança tinha alta e se ficava lá com o coração apertado achando que tinha alguma coisa de errado que talvez pudesse ter sido esclarecida! Hoje funciona de uma forma diferente [...] o professor responsável tem que estar mais aberto para isso. Hoje se vê que cada vez mais os profissionais estão conseguindo perceber e se consegue fazer os encaminhamentos (P7).

O “estar mais aberto para isso” mostra o assumir de uma posição diferente da que se estava vivendo, em um movimento diferenciado ao anterior, transcendente, com base no que Heidegger (2012) caracteriza como o tomar para si o próprio ser, com sentido de poder *ser-si-mesmo*. Como diz Ayres (2004), significa uma mudança no eixo das decisões e, para tanto, um movimento interior do Ser cuidador precisa ser acionado. Tal movimento caracteriza-se por uma tomada de decisão que antecede à decisão propriamente dita, naquilo que a filosofia heideggeriana denomina agir *em-função-de*. Nas palavras do autor,

há, portanto, já presente na decisão aquilo que esta possibilita acontecer, mas que se reestrutura em nova totalidade existencial quando se rompe com algo, quando se corta e abandona outro poder-ser. Ora, esse tomar para si o próprio ser, ‘abandonando-se’ a uma possibilidade sua suscitada por e diante de um outro, remete a dois aspectos mutuamente implicados, que assumem no Cuidado, como atividade da saúde, um lugar destacado: responsabilidade e identidade (AYRES, 2004, p. 24).

Compartilhando novos posicionamentos e crescendo mutuamente a equipe de saúde vai se reestruturando diante das situações de vulnerabilidade identificadas, e em um movimento de transcendência – ir além – adotam ações de amparo à criança e à família, em que cada membro da equipe tem sua responsabilidade.

Porque se pode salvar a criança que internou ali com bronquiolite, vai tratar a bronquiolite e vai para casa [...] se não levantar nenhum dado ou se não valorizar nada do que aparece, vamos supor que a mãe tem 14 anos, história de uso abusivo de drogas, tinha um companheiro e já tem outro, vai se vendo uma gama de situações que colocam essa criança, em condições de uma vulnerabilidade muito grande! Então, se precisa tratar esses outros aspectos! É preciso ter um olhar para além da questão clínica, para toda essa questão mais contextual (P10).

A responsabilidade, complementa Ayres (2004, p. 24), adquire um ponto primordial na questão do cuidado. Faz-se necessário que os profissionais e as equipes de saúde “se interroguem acerca de por quê, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos”.

[...] se tenta proteger a criança, orientando sempre a família no que está acontecendo e porque está acontecendo, e dando força porque nem sempre é fácil para uma família mudar toda a sua estrutura de vida, eles não têm muitas possibilidades; então, dentro do que é possível o que se pode fazer para proteger. Uma criança intoxicada [...] às vezes, se chega a ideia de que a mãe foi relapsa, talvez tenha sido relapsa, não porque quisesse, mas porque era a forma que tinha para guardar a medicação [...] se orienta o que pode fazer, onde guardar e se acompanha a criança por um tempo, depois da internação, ou se não chegou a ser internada, de ambulatório (P4).

As expressões “ficava lá com o coração apertado” e “um olhar para além da questão clínica” revela o reconhecimento das possíveis situações de vulnerabilidade vividas pelas crianças, ao mesmo tempo em que impulsiona ir além, porque se responsabiliza. Ir além na concepção das enfermeiras adquire o significado de olhar para a criança e para o familiar como um “ser-no-mundo”, sua história de vida para além do adoecimento.

O movimento característico do “ser-com” presente em equipes de saúde voltadas à proteção da infância favorece a criação de recursos para melhor cuidar — por exemplo, a formação de programas com essa finalidade —, no intento de transcender e evoluir para o cuidado autêntico.

## **6.2 Transformação das Unidades Pediátricas em Serviço**

A gestão de pessoas da equipe de enfermagem, à época de implantação da Internação Pediátrica do HCPA, em 1979, era regida por um Serviço denominado Serviço de Enfermagem Materno-Infantil, congregando profissionais de enfermagem do hospital e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS).

A criação do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (SEPED) ocorreu quase duas décadas após o nascimento da Pediatria. Em 1997, ocorreu o desdobramento do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil da instituição, mediante decisão do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI-EEUFRGS) e do Grupo de Enfermagem. Constituíam-se, assim, dois serviços distintos, um destinado ao cuidado à saúde da mulher e ao recém-nascido, no período perinatal, mantendo a nomenclatura de origem, e o outro se responsabilizando pelo cuidado à saúde da criança e à família. O novo serviço foi organizado em quatro unidades de internação: Internação Pediátrica, alas norte e sul (10º Norte e 10º Sul), Oncologia Pediátrica (3º Leste) e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

O processo de integração docente-assistencial que envolveu a criação do Serviço é lembrado e comentado por uma das participantes:

[...] era o Materno-Infantil, fazia parte Centro Obstétrico, Internação Obstétrica, Neonatologia e a Pediatria. Foi um período no GENF em que se discutiu a criação de novos serviços [...] nos convidaram para criar um Serviço de Terapia Intensiva Adulto-Pediátrico. Nossa posição era de que antes de ser Terapia Intensiva se pertencia à área da criança. Discutia-se a criação do Serviço de Enfermagem

Pediátrica, de um Serviço de Onco-hemato, e estava se criando a Unidade de Oncologia Pediátrica, e para qual serviço essa unidade pertenceria. A definição foi de que se pudesse fazer um serviço englobando todas as unidades Pediátricas [...] inclusive, buscar a parte Pediátrica da Emergência, coisa que na época não era viável (P5).

É importante destacar que tanto a Escola de Enfermagem da UFRGS, representada pelos docentes do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e os docentes do Grupo de Enfermagem que fazem a articulação com a Escola, quanto as Enfermeiras da Pediatria tiveram voz ativa nas decisões em prol da formação deste novo Serviço. E a premissa norteadora de tal decisão foi a filosofia centrada no cuidado à saúde da criança - respeitando seu ciclo de crescimento e desenvolvimento, preservando a identidade de Ser criança - e a família.

[...] todas as especialidades, ou seja, Terapia Intensiva, Oncologia, Clínica ou Cirúrgica, mas antes de tudo é o atendimento à criança [...] base para a decisão foi nossa filosofia do cuidado à criança e à família, a forma de cuidar, e junto com a escola e várias discussões com todos os colegas, foi unânime a decisão de ser um Serviço de Enfermagem Pediátrica (P5).

Nascia então, nesse contexto de hospital-escola, o Serviço de Enfermagem Pediátrica, que desde a criação do Sistema de Permanência Conjunta, abrigava a filosofia que lhe deu origem e garantia sua continuidade na temporalização de sua existência. A integração com a Escola de Enfermagem, com o Grupo de Enfermagem e a interface com a equipe multidisciplinar que compõem o staff da Pediatria e os vários Serviços de Apoio, congregando profissionais, residentes, acadêmicos e docentes foi ampliada e reforçada. O desvelar da história mostra que o aspecto filosófico do cuidado ao Ser criança e família sobrepujava o caráter clínico, as próprias especialidades pediátricas e os aspectos tecnológicos de atenção à população pediátrica. Igualmente, evidenciava-se a participação ativa das enfermeiras na decisão tomada, em caráter de integração docente-assistencial para a constituição do novo Serviço.

A criação do SEPED desvela-se como um acontecimento temporal que adquire para as docentes e enfermeiras o reconhecimento de um marco especial na própria constituição de seu Ser enfermeira no mundo do cuidado à criança. Também suscita um reencontro com a essência de ser enfermeira pediatra pelo fato de pertencer a um espaço de acolhimento às manifestações do que é próprio do mundo da criança. Reside, aqui, a possibilidade de, em analogia ao *Dasein* humano, alcançar a compreensão de um fortalecimento do *Dasein* da Enfermagem Pediátrica, quando se torna um serviço. Na voz das participantes tem-se que,

[...] depois que o serviço se tornou Serviço de Enfermagem Pediátrica [...] se fortaleceu, era muito pulverizado [...] tinha um foco muito grande no Materno Infantil, na Neonatologia, no Alojamento Conjunto, a Pediatria era uma extensão [...] na medida em que a Pediatria se tornou um serviço houve um fortalecimento desses princípios que nos norteiam [...] privilégio de fazer parte dessa mudança que houve no atendimento à criança, o marco foi a criação do Serviço, e o resgate da filosofia voltada à criança e à família, com recursos de apoio a essa forma de trabalho (P10).

[...] o serviço quando foi separado, foi um diferencial para nós [...] tinha uma chefia para olhar só para as unidades da Pediatria. O Sistema de Permanência Conjunta, de acompanhamento da família das crianças já existia e sempre desde o início tinha uma preocupação de poder atender essa família! Então com a criação do serviço e com essa preocupação as coisas começaram a acontecer (P7).

[...] quando entrei aqui era assim e se tenta ir evoluindo, mas mantendo essa premissa [...] temos que pensar que aqui é uma fase, um período que a criança está passando [...] precisa manter o vínculo, a estrutura, a vida da criança, respeito à família, a participação da família. Antes de ser um doente ele é uma criança e isso é o básico, foi o que fez a gente criar o Serviço de Enfermagem Pediátrica, que faz pensar na criança e não num doente, primeiro numa criança inserida numa família (P5).

Ao encontrar-se com a sua própria essência, por constatar que seu projeto de felicidade (AYRES, 2007) pode ser alcançado, as enfermeiras percebem-se mais fortalecidas, revigorando seu entusiasmo por serem enfermeiras pediatras. Reconhecem, na valorização da profissão e da Enfermagem da própria instituição, onde exercem seu fazer, o estímulo para prosseguir na construção de seus projetos de “vir a ser”.

Quando iniciei meu trabalho aqui no hospital, me identifiquei com a forma do cuidado, tanto o Enfermeiro fazer parte de um grupo forte, o GENF, que dava todo o suporte para que a gente desenvolvesse o trabalho de assistência de Enfermagem. E a forma também do cuidado, da família poder estar junto todo o tempo, de ter uma preocupação com a família (P10).

Nós temos um espaço que no decorrer desse tempo que eu trabalho, a gente conquistou um espaço muito grande [...] espaço de participação dentro da instituição, o espaço que a gente tem também dentro da unidade, onde a gente trabalha [...] a gente é convidada sempre a participar quando decisões devem ser tomadas (P2).

Na percepção das enfermeiras, o fato de as unidades pediátricas passarem a ser congregadas por um Serviço deu visibilidade à especificidade do mundo da criança com suas peculiaridades, por se tratar de um universo dinâmico e desafiador. O reconhecimento do domínio de conhecimento, fundado em bases sólidas explicitadas no marco filosófico do modelo da Permanência Conjunta, desencadeou esforços da enfermagem para solidificar processos em andamento e ampliar outros, pelo constante devir. Entendem tal mérito como



recurso facilitador ao cuidado que, por sua vez, gera percepções de pertencimento e maior satisfação no trabalho.

[...] a própria estrutura do nosso Serviço de Enfermagem Pediátrica é que nos propicia essa dinâmica do cuidado, tanto da parte de conhecimento, porque seguidamente se é estimulada a se aprimorar, a se capacitar para poder fazer esse cuidado. Tanto quanto o próprio grupo em si, de enfermeiros, que busca dentro da nossa metodologia de trabalho, da nossa filosofia de trabalho que se mantém durante todo esse tempo, tudo isso é um facilitador (P2).

[...] a filosofia do serviço é essa [...] a criança faz parte de um contexto familiar [...] tem que preservar esse núcleo. A família estando sempre presente em todos os momentos [...] isso é fundamental! Não só porque é a filosofia do serviço, mas porque acredito! A criança fica mais tranquila, os pais estão enxergando o que estamos fazendo, de que forma estamos fazendo, que por mais que seja doloroso, a forma como você está fazendo, com carinho, com o cuidado que tem que ter, eles ficam tranquilos. E fica mais fácil de enfrentar (P6).

A Enfermagem Pediátrica por ser de fato e de direito a mentora do marco filosófico da Permanência Conjunta que, em essência, constitui-se na importância da presença da família para a manutenção dos vínculos afetivos entre pais e filhos, foi reiterado no processo de cuidar a criança hospitalizada. O modelo SPC, historicamente, outorgada pela enfermeira docente criadora, concebido com bases acadêmico-assistenciais, especialmente gestadas pela Enfermagem Pediátrica, à época da criação foi reforçada na constituição do serviço. Tal concepção é introjetada e difundida pelas enfermeiras, no horizonte do tempo.

[...] Como um centro, a criança no centro e a família ao redor, e tem que sempre pensar neles como um todo [...] tão natural essa vivência com a família junto com o paciente [...] se a gente para para pensar, é que se vê tudo que se faz e toda a importância desse trabalho, mas é que como tu vive isso no teu dia-a-dia, é a coisa mais natural! [...] “essa criança está grave, está chorando!”, a primeira coisa que penso “precisamos ver essa família!”, “como vamos conversar?”. Fico preocupada com isso (P2).

A preocupação incide, nesse particular, na necessidade de fornecer suporte, que se explicita no significado de preparo emocional e cognitivo, favorecendo o processo de compreensão da família em acolhimento e encorajamento diante dos novos desafios.

[...] para que haja um preparo dessa mãe, do pai, da mãe e de toda uma família [...] toda essa preocupação [...] de dar esse acolhimento nessa hora mais difícil para que possam ter entendimento do que está acontecendo, segurança de que está tudo sendo feito (P2).

É a filosofia no sentido de que a criança faz parte de um contexto familiar. Ela vem de uma família e tem que preservar esse núcleo, a sementinha [...] que todos participem, tenham conhecimento, isso faz toda a diferença daquela criança que tem muitas vezes uma família participando, com aquela que não tem e tem toda

uma desestruturação por trás que interfere no atendimento da criança, é mais sofrido para ela [...] no fundo, o que a criança quer é ser cuidada, é a sua família, é a sua mãe, o cuidador principal, na maioria das vezes é a mãe [...] pode ser uma avó, pode ser o pai, alguma outra pessoa, mas, no geral, é a mãe (P6).

Ser enfermeira – o *Dasein* cuidador – flui naturalmente nesse mundo do cuidado centrado na criança e na família como o seu-mundo, o mundo construído. É o conceito de mundo que inaugura a nova perspectiva com que o *Dasein* é visto frente aos outros entes: “a pedra não tem mundo, o animal é pobre em mundo e o homem é formador de mundo” (STEIN, 2004a, p. 99). Tal conduta – “ser formador de mundo” —, inalienável ao ser-enfermeira que atua em Sistema de Permanência Conjunta, ilumina os caminhos de um *vir-a-ser* autêntico transcendente. Aparecem como respaldo a essa compreensão as palavras: preocupação, acolhimento com significado de suporte emocional e cognitivo para auxílio na estruturação de processos de enfrentamento nas vicissitudes vivenciadas pela criança e pela família: “entendimento do que está acontecendo, a segurança de que está tudo sendo feito!” diz P2. Revela ainda Compaixão pelo outro: cuidado autêntico, transcendência no cuidado.

Mantendo a lógica do processo de criação, a Enfermagem Pediátrica reconhece ter herdado a missão e a competência para cuidar da morada do ser criança, família e equipe – o Sistema de Permanência Conjunta Pais e Filhos, garantindo no tempo suas premissas norteadoras.

Nesse sentido, é importante destacar outro elemento que a ontologia filosófica permite que se compreenda — o desejo. Conforme Ayres (2006, p. 61),

é do encontro desejante com as circunstâncias que se origina o ser vivente. É de um imponderável cogitar que surge o projeto [...] a intenção de nomear a existência, de tomá-la para si, emerge como pura expressão de um livre e imponderável desejo de manifestação, de presença.

Heidegger (2012, p. 555) diz que todos os comportamentos do Ser são onticamente “preocupados” e conduzidos por uma sua “entrega” a algo. Tais comportamentos referem-se a uma constituição-de-ser que o fundamenta e que possibilita a esse ente ser designado como *cura*. O profundo desejo de que a filosofia da Permanência Conjunta seja garantida pelo Serviço de Enfermagem Pediátrica desvela-se tendo origem na cura ou Cuidado, cuja origem é a preocupação.

[...]tem gente que hoje em dia entra e acha que não tem que ter familiar, só um *horariozinho* de visita, os pais não podem estar ali participando, incomodam, atrapalham [...] isso é um trabalho diário para se manter essa qualidade que a gente acredita que tem que ter [...] Mas a estrutura do serviço [...] é o diferencial! Não basta só a profissional achar que é bom que seja assim. Não! É o Hospital de Clínicas bancar, é o Serviço de Enfermagem Pediátrica bancar isso! “Isso é assim

que funciona, isso são as premissas do cuidado [...] isso é oficial, é assim que se faz aqui” (P5).

Quando existem premissas norteadoras oficialmente estabelecidas, estudadas e inseridas na estrutura e nas ações de cuidado implementadas por um serviço/área da saúde, isso promove uma sustentabilidade ao longo dos tempos, mantém-se como fio condutor. Porém, acima de tudo, somente é possível dimensionar a eficiência das práticas de cuidado

em referência a sensibilidade e capacidade de resposta dos profissionais, serviços, programas e políticas de saúde com relação ao sucesso prático de suas ações, entendendo esse sucesso como o melhor uso dos êxitos técnicos possibilitados pelas tecnociências da saúde frente aos projetos de felicidade de seus destinatários (AYRES, 2008, p. 165).

A compreensão de que o tempo vem sempre acompanhado de mudanças existenciais, várias delas decorrentes desse contínuo devir, simultaneamente faz aflorar a preocupação em garantir a manutenção da filosofia de cuidado do Sistema de Permanência Conjunta. Recapitulando sua própria trajetória na Enfermagem Pediátrica, a enfermeira explicita seu pensamento,

[...] quando eu entrei [...] vim de outros hospitais onde não tinha isso e aqui achei um máximo que era assim. Mas se achou espaço para ampliar isso! [...] permitir que os dois [pai e mãe] ficassem durante procedimentos, autorizar o restante da família! Já era bom e a gente conseguiu deixar melhor, ao longo do tempo. Acredito que se possa sempre evoluir porque as coisas mudam ao mesmo tempo [...] as coisas não são naturais e as pessoas vão mudando. Sai funcionários, entram outros, profissionais de qualquer área, não é uma coisa que esteja introjetado pelas pessoas que entram, isso tem que ser trabalhado! Não é natural, não é porque as coisas são sempre assim, que vão continuar (P5).

A lógica da enfermeira acerca do zelo necessário com o projeto implantado e implementado recomenda

[...] fazer que isso aconteça no dia a dia! Não é pensar que foi criado assim, então se mantém! Não, não se mantém ao natural. Isso é que nem uma plantinha que tem que regar todo o dia, se não ela vai morrer. Não adianta ter posto a semente ali e ter regado um dia. Porque cada profissional que entra tem uma bagagem, tem uma vivência, uma visão de tudo, têm sentimentos em relação aquilo, pode ter mais ou menos empatia. Então, é um trabalho diário com a equipe, com todos os profissionais para que isso se mantenha (P5).

O movimento de pensar a criança e a família em um universo de cuidado percorre os tempos porque se reconhece legitimamente fundamentado. É garantido na prática exercida com fidelidade a um modelo - comparativamente a outras experiências do vivido das

enfermeiras -, entendido como sabiamente construído, com bases norteadoras fortes, embasadas em marcos filosóficos. Encontra na *preocupação* o fio condutor de todo o processo de cuidado.

[...] trabalhei em outro hospital e tive esse estranhamento do afastamento da família, a criança era tratada [...] era a doença da criança que era tratada e eram feitos alguns *trabalhinhos* de humanização, mas de cunho pessoal, se a pessoa tinha mais afetividade com a criança ficava ali dando um cuidado mais da enfermagem, nada como sendo uma filosofia, de preocupação [...] manter a família próxima, a família participar de cuidados, ser treinada para acompanhar a criança em casa. Quando ela vai para casa com uso de alguma tecnologia, uma sonda, uma traqueostomia, não tinha essa preocupação [...] “Como é que uma mãe de uma criança traqueostomizada ia cuidar dela em casa, quem é que ensinava, quem é que orientava?” (P2).

As enfermeiras, durante o exercício continuado de seu fazer, adquirem gradativamente maior expertise no desempenho de cuidar em Sistema de Permanência Conjunta. Ao perceberem-se cada vez mais fortalecidas, apropriadas de sua competência desenvolvida mediante estudo e aprimoramento constante, atuam em atividades as quais percebem atender especificidades que emergem das necessidades dos seres de cuidado e responsáveis em nutrir sua própria essência.

[...] a família como foco também do cuidado! Isso eu tinha numa forma mais empírica [...] me senti reforçada para que pudesse me instrumentalizar mais em relação a isso, até de poder estar fortalecendo, criando espaço e dando continuidade a algumas atividades, como o Grupo de Familiares [...] importante nesse contexto do cuidado da criança, ter espaço para o cuidado da família! [...] poder participar deste cuidado mais completo, mais efetivo, traz uma qualidade melhor, e isso me mobiliza, isso me fortalece nesse cuidado com a família, me mobiliza internamente (P10).

[...] recursos criados pelo Serviço ou por áreas interligadas, facilita muito o cuidado e nos orienta no dia a dia. Hoje já se tem algumas linhas de cuidado [...] a criança ostomizada, com colostomias, ileostomias [...] tem um trabalho muito bom com as colegas que fazem depois da alta o acompanhamento ambulatorial [...] um link durante a internação com toda essa abordagem, fazendo o encaminhamento no momento da alta direto, para que possam dar continuidade a esse atendimento [...] troca de ideias, estabelece uma dinâmica de trabalho em que as coisas vão se encaixando, em prol da melhoria assistencial (P7).

As sensações de estar inteira naquilo que faz, trazem para a enfermeira o reconhecimento de sua essência, e ao aplicar o seu saber fortalece a continuidade do modelo de cuidado, seu *projeto existencial*. No dito das participantes,

[...] na Pediatria [...] acabei vendo que a minha essência era isso. Precisava ter esse espaço para poder desenvolver a forma como achava que tinha que ser na minha assistência [...] via quando era aluna e acreditei assim [...] tudo o que aprendi na faculdade com relação à criança, à família, tudo isso hoje consigo aplicar no meu

trabalho! Desde que vim para cá, consegui aplicar essa essência que acredito da Pediatria no trabalho (P6).

[...] privilégio desenvolver a ação diferenciada do PAF (Programa de Apoio à Família) [...] é meu chão, das atividades envolvidas no hospital e dentro do SEPED que mais me identifico! [...] trabalho educativo mais próximo, fortalecimento de um vínculo, momento que tu te debruça mais sobre o cuidado com a família [...] diferente do dia-a-dia da assistência [...] pega plantão, passa plantão, cumprir tarefas, questões da “Sistematização da Assistência”, alguns protocolos [...] preciso mais do que isso, preciso do que esse Programa de Apoio à Família me propicia que é estar mais próximo da família (P10).

As participantes deste estudo percebem que seu fazer próprio vai adquirindo maior abrangência no mundo do cuidado, valoradas por outros profissionais com quem compartilham o mundo do Sistema de Permanência Conjunta.

[...] não só para nós enfermeiros [...] a questão da dermatite, a professora médica responsável pela criança perguntou: “você tem uma equipe de pele, não é?” Eu digo, “temos!” “Pois é quem sabe vamos pedir para avaliar!” [...] enfermeira do nosso serviço já tinha avaliado e dado orientações [...] vejo que não é só nós que sabemos desse trabalho da enfermagem [...] dá subsídios, nos instrumentaliza melhor [...] um trabalho com mais segurança, com mais propriedade, as demais equipes acompanham e também solicitam esse compartilhamento do cuidado (P7).

[...] conseguimos mostrar nosso valor e eles não trabalham mais sem a gente! [...] percebo nitidamente, como somos convidadas a participar, até de decisões diárias [...] a equipe médica [...] nos dá muita importância! [...] nos perguntam: “olha, nós precisamos fazer tal coisa, como é que vocês acham que fica melhor de fazer?” [...] tenho sentido uma mudança muito para o lado bom disso (P2).

A enfermeira, ao sentir-se competente e respeitada pela equipe multidisciplinar, estabelece relações dinâmicas com todos os integrantes, buscando manter a responsabilidade pelo planejamento do cuidado às crianças e seus familiares, respeitando a essência que nutre o cuidado – “conhecer e compreender no horizonte do tempo de cada Ser” (STEIN, 2004a). Assim, no cotidiano, com prontidão constrói interface com a equipe:

Preocupação com as crianças e as famílias e o nosso olhar se volta para isso! Chega uma criança, se começa pela história, pela clínica da criança [...] provavelmente vai ter que ficar com sonda por bastante tempo, de imediato se aborda a equipe médica questionando se vai precisar usar no domicílio [...] acreditamos que aquela família que vai prestar esse cuidado em casa, tem que fazer e aprender e ser acompanhada por nós, mas aquela família que não vai precisar, não deve fazer esses cuidados, porque não vai fazer parte da rotina dela [...] quando é sinalizado “sim, vai precisar” [...] de imediato se vai iniciar essa orientação, pedir para a família primeiro observar e depois, aos pouquinhos, começar a manipular (P7).

Na interface do diálogo com as outras profissões são estabelecidos momentos e espaços para a troca de saberes e práticas atualizando propostas de cuidado compartilhadas, como se pode perceber:

[...] a participação nos *rounds* onde colocamos essas situações das famílias, a nossa percepção em relação às necessidades [...] grupo multidisciplinar, onde também se faz um *round* da situação do paciente como um todo, não só da parte clínica. Então, são atividades que com o tempo a gente vai evoluindo no cuidado (P5).

Até em relação às famílias [...] a demanda que a gente está tendo é de pacientes, famílias sofridas, complicadas, problemas sociais graves e não se pode separar isso e achar que é a dona da verdade! [...] tem que ter as leis que nos resguardam, o auxílio ético, enfim, uma equipe multiprofissional que nos auxilie, como estamos tendo [...] se disponibilizam para não nos expormos diretamente (P3).

No diálogo interdisciplinar, afirma Torralba (2009), para que as ações possam convergir para a estruturação e reestruturação dos modelos de cuidado para cada criança e família em particular não podem prescindir de uma situação de equidade e justiça. Acima de tudo, a interdisciplinaridade se apoia em um eixo de união entre disciplinas, ou seja, num centro de gravidade que constitua o lugar de encontro entre os distintos âmbitos do saber.

Há uma sintonia, algumas equipes são mais acessíveis do que outras, mas se faz o contato de imediato. No nosso processo de trabalho [...] se trabalha muito próximo do residente médico. No *round* se discute, tem *rounds* que passam em cada leito, tem *rounds* que se faz em uma sala de escuta [...] Muitas equipes, na hora do round que está passando no leito se pergunta, já se propõe enfim, e essas coisas são muito dinâmicas! Cada situação, cada professor é uma abordagem diferente (P7).

[...] Tem o *round* diário e tem o *round* multidisciplinar semanal, reúne todos da equipe, nutricionista, psicóloga, assistente social e se discute [...] é um round mais longo e se discute outras situações além da questão clínica [...] todos tem voz para o momento de falar no paciente, são ouvidos, querem colaborar, isso é importante (P6).

Momentos fundamentais de encontro interdisciplinar, os *rounds*, também evoluíram ao longo do tempo. Inicialmente, foi uma construção nem sempre fácil nem espontânea, exigiu esforço da Enfermagem para sua inclusão, enquanto integrante ativo e contributivo. No vivenciar da experiência foi, igualmente, se reconfigurando, atentando para o caráter ético envolvido nas discussões intequipes, em que o centro é o paciente e sua família.

[...] hoje os *rounds* não começam sem a enfermeira estar junto! [...] tivemos que batalhar muito, inclusive com colegas enfermeiras [...] sempre batalhei por isso [...] de sermos ouvidas e hoje a gente é oficialmente ouvida! O residente responsável pelo paciente fala sobre o paciente, a nutricionista se tem alguma coisa a falar ela fala, outro especialista fala e o enfermeiro também coloca suas

observações sobre o paciente, como é que ele ficou nas últimas 24h, porque o *round* é diário (P2).

[...] melhorou a situação do *round*[...] antigamente, era na beira do leito [...] enfermarias, todos do quarto escutavam [...] o sigilo das informações, os pacientes ficavam muito expostos. É um hospital-escola, volta e meia alguém escapava alguma informação que não era para passar na frente dos outros, por exemplo, paciente soro positivo. “O paciente tal, tantos anos...” todo um discurso na frente dos outros ali ouvindo! Isso acabou, não existe mais! O *round* é na sala de prescrição onde só a equipe discute [...] melhor assim (P6).

O pensar e o repensar movidos pela compreensão ligada intimamente ao cuidar enquanto preocupação possibilitam o emergir da criatividade inalienável ao devir dos projetos de cuidado. Tal movimento, tendo como base ideias precursoras e pioneiras, impulsionado pelo movimento de transcendência do “ser-aí”, resulta na construção de alternativas para a organização das práticas de cuidado que vêm se estabelecendo no Sistema de Permanência Conjunta desde a sua criação.

Uma das enfermeiras recapitula o movimento do repensar de alguns pontos-chave considerados como preocupação e que demandaram esforços da equipe de saúde, especialmente da Enfermagem Pediátrica, e que, gradativamente, transformaram-se em atividades sistematizadas.

[...] se evoluiu muito nessa trajetória toda! [...] no início fazíamos por que eram importantes, sem uma metodologia, uma normatização, um programa. Hoje os programas [...] existem porque fizemos acontecer, nos reunimos [...] pessoas que tinham o mesmo interesse começaram: ‘vamos pensar mais sobre a família!’, ‘como podemos oficializar o grupo de pais?’, ‘a situação da dor na criança?’, ‘as quedas de crianças?’ [...] toda essa parte da assistência mais humanizada, que fazíamos desde o início, foi uma criação, tivemos até uma jornada sobre isso! [...] anos depois é que o hospital começou a falar em humanização (P2).

A Enfermagem Pediátrica, na voz das enfermeiras, mostra-se como um “ser-aí” existindo no mundo do cuidado à criança e à família, em um sistema que lhe confere situação<sup>36</sup> e identidade, abrigando a existência que se funde em um “universo” temporalizando-se nessa trajetória. Mas como “ser-no-mundo” da permanência conjunta, tendo como essência “ser-com” o outro, prossegue nessa partilha no horizonte do “vir-a-ser-sendo” a cada dia.

---

<sup>36</sup> No existencialismo, a situação é um dos elementos mais centrais na constituição da condição humana, o fato de que em sua existência o homem se encontra sempre em um contexto preestabelecido, em um mundo que o antecede, que o constitui como homem e em relação ao qual forma sua liberdade e sua identidade (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2008, p. 255).

As enfermeiras entendem o enfoque interdisciplinar do trabalho como um dos pontos fortes que acompanha a criação da Pediatria e que fortalece a Enfermagem Pediátrica, perdurando e ampliando-se ao longo dos anos,

[...] tínhamos e temos ainda um trabalho interdisciplinar desde a criação da Pediatria, mas cada um no seu espaço, no seu quadrado, na sua sala, com seus segmentos e sua forma de trabalhar [...] isso tencionou e tem uma mistura [...] O que a gente pode ver hoje, como exemplo muito simples, é que poucas salas ainda pertencem aos seus nichos [...] várias salas são de utilização multidisciplinar [...] é espaço físico, mas isso já demonstra outra questão! [...] espaço de crescimento profissional, coletivo e individual, que também é uma tônica da Pediatria (P10).

[...] sermos unidos, não só a enfermagem, mas a equipe multidisciplinar, e trabalharmos juntos [...] é um progresso que se teve muito grande [...] ninguém trabalha sozinho. A Pediatria não teria crescido com um ou dois indivíduos, com o máximo e melhor conhecimento [...] é o conhecimento de todos [...] superando dificuldades, estudando e vendo o dia a dia e definindo de uma forma diferente, sem parar no tempo (P3).

A interação cotidiana em prol de melhores estratégias para cuidar potencializa e revigora-se na produção que se concretiza em ações palpáveis que perduram no tempo:

[...] teve muita coisa que foi mudando ou que se manteve. Em primeiro lugar é sempre o trabalho multidisciplinar e querendo a família junto; as orientações dos enfermeiros, ao longo da internação para que pudesse, em casa, seguir um tratamento [...] grupo de pais, junto com a equipe multidisciplinar para ter os pais junto e conseguir entendê-los durante a internação e ajudá-los nas preocupações [...] a Recreação, os pais brincam lá também, muitas vezes, junto com as crianças para poder tirar um pouco das coisas doídas que eles têm durante o atendimento (P4)

[...] grupos de trabalho interdisciplinar que se formam, volta e meia surgem por necessidades naquele momento; há muito tempo temos a reunião multidisciplinar da bioética; participação no Grupo de Pais, que a enfermeira basicamente é o centralizador e o que aciona junto com a equipe multidisciplinar, se a enfermeira não faz o grupo de pais, o grupo de pais não acontece! Então, assim é uma responsabilidade muito grande nossa de manter o grupo de pais (P2)!

Nesse sentido, a enfermeira cria oportunidades de cuidado, concretizando-as, mas também se envolve em outras criações de seus semelhantes com os quais convive, cresce e aprende – crianças, famílias e profissionais da equipe de saúde – no exercício de sua prática. Tais oportunidades reafirmam a interdisciplinaridade e adquirem o significado de programas ou atividades que, no seu entendimento, sustentam a essência da Pediatria em sua existência.

[...] esses grupos mais recentes de desospitalização, gestões colegiadas, Programa de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, tem toda essa conotação multidisciplinar [...] Programa de Proteção à Criança para esses casos mais extremos, de negligência, de abuso, de violência [...] grande valor nessa



questão do trabalho multidisciplinar, na linha de cuidado, interface com o ambulatório [...] tudo isso mobiliza para o cuidado, motiva para o cuidado (P10).

[...] preocupação com o paciente, junto com o Programa de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, com essa preocupação durante a internação [...] programas como as próprias ADs [Ações Diferenciadas] criadas pela Enfermagem onde houve uma dedicação, um estudo específico, para a Fibrose Cística, o Transplante Hepático, o PAF [Programa de Apoio à Família], mas junto essa orientação que cada equipe dá e se dedica mais aos seus pacientes [...] programas, ou atividades que foram levando a Pediatria nesses 30 e tantos anos (P4).

No movimento de transcendência inerente a quem se lança em um processo de abertura do Ser para o “agir” e ir além, as possibilidades renovam-se e ressignificam o “agir” (HEIDEGGER, 2012). Experiências com esse potencial são consideradas de importância vital e reconhecidas na perspectiva institucional, dando visibilidade ao trabalho da Enfermagem Pediátrica.

[...] programas possibilitam envolvimento com o todo, não só a questão assistencial, mas de outras necessidades que durante a assistência não se consegue dar conta e, dessa forma, se desenvolve [...] programas com bastante visibilidade institucional! [...] o atendimento da fibrose cística com abordagem ambulatorial, o próprio transplante hepático, a questão dos cateteres de inserção periférica, PICC, que as crianças conseguem ter uma qualidade melhor de terapia sem tanta dor, com risco menor de infecção [...] foco bem importante na qualidade assistencial [...] na Pediatria tivemos vários destaques (P7).

A motivação articula os benefícios da inovação em prol dos melhores resultados para a qualidade de vida da criança, em um processo de transcender e ir além:

[...] Ver essas crianças no 3º Leste, no seu tratamento oncológico, poder usar esse cateter por muito tempo, é um resultado de um investimento assistencial nosso. Isso é uma coisa que entusiasma poder estar inserido nisso e durante o tempo que se está aqui na semana, se envolver e se disponibilizar, a ir sempre um pouco mais (P7).

Partilhar experiências agrega valor e promove desenvolvimento intrapessoal e interpessoal. Em suas reflexões as enfermeiras ponderam que

[...] tudo é experiência [...] todos os trabalhos que já se fez, grupos, programas, atividades, se naquele momento não ajudou, serviram de base para seguir adiante, se atrapalhou, tínhamos que ver porquê [...] de certa forma ajudam, propiciam ver se está bom ou se podemos fazer diferente [...] a gente está sempre aprendendo, nas coisas erradas também (P4).

[...] se vai indo atrás, procurando sempre cada vez melhorar nos nossos processos de cuidado, onde se pensa que tem alguma lacuna, está faltando alguma coisa, o grupo se organiza, cada um com as suas preferências [...] têm várias iniciativas que

levaram a gente a chegar nessa melhoria [...] tendo tempo, tendo parcerias, é uma instituição e um serviço que nos dá esse suporte e vontade [...] a coisa flui (P7).

A preocupação em melhorar os processos de cuidado, por si só já é cuidado para que o próprio cuidado se concretize, por isso cuidado constitui o Ser em sua totalidade. Nos acertos e erros, na factualidade do existir, a existência se aprimora e transcende em um “vir-a-ser” contínuo, movimento impulsionado pelo querer e pela compreensão do “ser-com” e que constrói e reconstrói a identidade do cuidado em sua expressão e sua entrega.

Esse movimento contínuo na transcendência de Ser é explicado por Heidegger (2012, p. 921) como

o advir-a-si, próprio do ser-resoluto precursor, é ao mesmo tempo um retorno ao si-mesmo mais-próprio [...] Esta estase possibilita a assunção resoluta pelo *Dasein* do ente que ele já é. No adiantar-se, o *Dasein* se retoma [*sichwiederholt*, repete-se] e se adianta até o seu poder-ser mais-próprio. Ao ser-do-sido próprio damos o nome de repetição.

Outras iniciativas foram se agregando às anteriormente criadas para atender a responsabilidade de cuidar o “ser-criança” e o “ser-família” em sua totalidade. Revelam que, ao longo do tempo, houve uma evolução na organização do fazer da Enfermeira para propiciar um cuidado diferenciado a cada criança e família em sua peculiaridade. Igualmente, o movimento de primar pelo cuidado à família que emerge da necessidade da criança e que em contrapartida constitui-se em necessidade da família - pois a família é o continente da criança - passa a contagiar os outros segmentos da equipe de saúde. A Enfermagem Pediátrica compreende essa tônica como uma premissa básica, convoca a equipe a comungar desse posicionamento, e ao mesmo tempo em que tensiona e agrega mantém e amplia espaços, revigora seu acontecer.

A preocupação com a segurança do paciente, atrelada a toda uma mudança de cultura na instituição, é aspecto que despende energias e tempo nas atividades diárias das profissionais. Porém, a responsabilidade que assumem em defesa da criança, as impulsiona nesse contínuo devir.

Melhorou muito a parte de processo [...] tecnicamente se organizou mais o cuidado, as coisas eram mais empíricas antigamente, hoje em dia estão sistematizadas, se evoluiu muito! [...] tem essas medidas [...] o NAS (Nursing Activities Score) [...] são atividades que [...] toma um tempo do cuidado [...] mas é uma forma de organizar esse trabalho, de mostrar, de ouvir, de medir [...] não é uma coisa só intuitiva (P5).

Percebem que instrumentos valiosos vêm aliar-se aos propósitos estabelecidos e a se constituir em recursos facilitadores na prática do cuidado. Por sua vez, esses instrumentos se revertem em melhorias não somente aos pacientes, mas também ao processo de cuidado desenvolvido pela Enfermagem, no diálogo interdisciplinar.

[...] o enfoque da gerência de risco [...] acontecia um erro de administração de medicação, era uma coisa muito mais punitiva [...] quais os passos para chegar nesse erro: sobrecarga de trabalho, algum problema na prescrição, a pessoa estava desatenta ou com outro paciente? Hoje se consegue ter um olhar mais abrangente. Há anos atrás, a conduta era uma advertência. Isso não corrige nenhum erro, não previne outros problemas. Hoje em dia se tem esse olhar mais sistêmico, tentando prevenir outras situações, é uma maturidade que se tem que ter (P5).

No movimento interacional, no “ser-com” do “ser-no-mundo”, o Ser continuamente se retoma no convívio cotidiano nas possibilidades de cuidado. O cuidado move-se em todas as direções no fenômeno do “ver-ao-redor”, que Heidegger (2012, p. 851) explica como “ao ser do *Dasein* pertence uma interpretação-de-si. No descobrir-ocupado-que-vê-ao-redor do “mundo”, a ocupação é vista-concomitantemente”. Diante dessa consideração, compreende-se que para que o cuidado centrado na criança e na família se mantenha fortalecido, é necessário que haja unicidade e reciprocidade entre as unidades do Serviço e que as condutas pensadas para cada criança e família em particular possam ser repassadas nas transferências interunidades. O trecho a seguir explicita esse entendimento:

A criança, por exemplo, com traqueostomia, e que vem da UTIP [...] os enfermeiros da UTIP: “olha a mãe ainda não está começando a aspirar, não está sendo orientada”; outras crianças que ficam mais tempo lá: “olha a mãe já está sendo orientada e já está fazendo alguns cuidados!”. Então, é uma continuidade que vem desde o momento que o paciente chega ao nosso serviço, e é um olhar nosso, seja na UTI, 10° Norte, 3° Leste, entre 10° Norte e Sul [...] acaba sendo o jeito da Pediatria trabalhar com esses programas, para que a família consiga se organizar para atender o paciente com tecnologia em casa e de ter alta precoce (P7).

Percebida a disponibilidade para cuidar, porque Ser é cuidado, o *Dasein* da enfermeira de pronto se estabelece na ocupação do agir próprio, movido pela *preocupação*. A configuração de um projeto de cuidado tecido a várias mãos é também uma união de saberes que, se debruçando na obra propriamente dita e articulando-se para alcançar sua finalidade, se expressa e se renova na Enfermagem Pediátrica, como “ser-no-mundo” do Sistema de Permanência Conjunta, em seu devir.

Nessa perspectiva, Gadamer (2014, p. 33) incita a reflexão:

esforçando-se para entender o universo da compreensão melhor do que parece possível sob o conceito de conhecimento da ciência moderna, a reflexão deverá encontrar um novo relacionamento também com os conceitos que ela mesma utiliza. Deverá conscientizar-se de que sua própria compreensão e interpretação não são uma construção a partir de princípios, mas o aperfeiçoamento de um acontecimento que já vem de longe.

O desvelar das percepções que movimentam as ações de cuidado das enfermeiras e que constituem, em essência, o acontecer do Serviço de Enfermagem Pediátrica, permite alcançar a compreensão de que o respeito à filosofia que norteia o Sistema de Permanência Conjunta é um aspecto ético de seu fazer, acima de tudo, promovido pelo zelo às características próprias do mundo da criança, pela consideração à dignidade humana, atribuindo contínua atenção à responsabilidade profissional. A Enfermagem Pediátrica, mantendo as premissas envolvidas no processo de criação do Sistema de Permanência Conjunta, na temporalidade desse acontecer segue um movimento de transcendência, peculiar ao Ser em seu processo de contínua autotransformação, sem desviar-se do eixo central: o cuidado à saúde da criança e à família.

### 6.3 O Ser e Tempo da Enfermeira Pediatra

O começo da história de cada profissional na constituição de seu “Ser” e fazer Enfermagem Pediátrica, respeitando-se as singularidades de cada enfermeira, de certa forma é marcado pelo despertar de uma compreensão que se move para o cuidado ao Ser criança.

Com base nas considerações a seguir, alguns subsídios foram fundamentais para a compreensão do Ser-aí das enfermeiras em seu convívio cotidiano no mundo do hospital. Iniciam-se as reflexões à luz de Stein (2004a, p. 292) quando diz que “Heidegger alcançou com a introdução do conceito de *ser-no-mundo*, em que repousa o *conceito de ser-aí* como *cuidado* [...] uma dimensão em que o tempo se convertesse em temporalidade”.

Para Stein (2004a, p. 293), esse sentido “interrompe o fluxo sucessivo de momentos prisioneiros de um acontecer físico e concentra o sentido ontológico do ser-aí na unidade das três dimensões do tempo”, de modo que,

sem dúvida, a estrutura do cuidado em seu tríplice desdobramento como ser-adiante-de-si, já-sempre-em, junto-das-coisas, que passou a representar o caráter ontológico do ser-aí, permitiu o movimento fundamental para estabelecer a relação entre o ser humano e a temporalidade. Heidegger, ao definir a temporalidade como o sentido do ser do ser-aí, foi em busca da possibilidade do poder-ser-total do ser-aí [...] O ser passa a se transformar numa função da própria compreensão que o ser-aí tem de si. Sem essa compreensão não se daria compreensão de ser. Ser e tempo se encontram na temporalidade da existência humana (STEIN, 2004a, p. 292-293).

Mover-se para o cuidado ao Ser criança emerge na trajetória peculiar de cada enfermeira, ou ainda na Graduação ou Pós-Graduação em Enfermagem, oportunidade em que as percepções acerca do mundo do cuidado começam a constituir o Ser enfermeira. Essas percepções passam a direcionar aptidões para o *cuidar* como uma atração que brota do íntimo daquele Ser, revelando-se na compreensão do “gostar”, “sentir prazer”, “sentir conforto”. São estímulo para desbravar um mundo singular por meio de criterioso estudo capaz de produzir o zelo e a competência necessária para a leitura das manifestações de um Ser tão peculiar.

[...] eu vinha de um hospital onde eu trabalhava na Pediatria desde que eu tinha me formado [...] o Hospital [...]foi a minha Escola de Enfermagem Pediátrica! [...] uma formação técnica, específica não existia, e aí eu fui aprendendo “com a vida” [...] era considerada uma Enfermeira que trabalhava com Pediatria [...] na época não tinha, e eu só trabalhava com Pediatria (P1).

[...] minha base acadêmica [...] na UFRGS, fiz estágios no Hospital de Clínicas. No momento de escolher, me interessei muito pela Pediatria! Tanto que fiz [...] minha base acadêmica [...] na UFRGS, fiz estágios no Hospital de Clínicas. No momento de escolher, me interessei muito pela Pediatria! Tanto que fiz monitoria em Pediatria [...] E quando fui fazer a disciplina de Administração, eu queria fazer na Pediatria! Só que não existia [...] E eu consegui! Nesse momento, comecei a ter a visão do que é ser um enfermeiro pediatra no Hospital de Clínicas [...] e aprendi bastante (P2).

[...] sonho era entrar para o Hospital de Clínicas! [...] soube da especialização em Pediatria comecei a fazer na UFRGS [...] alvo era o Hospital de Clínicas [...] Pediatria. Trabalhei antes da minha formatura, com criança [...] até hoje estou aqui (P3).

[...] desde a minha formação [...] só trabalhei com crianças [...] E durante a Faculdade desempenhava melhor, me sentia mais confortável, facilidade de aproximação com as crianças e me sentia bem. Quando me formei procurei trabalhar com crianças desde o início (P6).

Para o entendimento de como o Ser da Enfermeira encontra sentido no seu fazer, nele sentindo-se integrada, compreende-se com Gadamer (2014) que enquanto o Ser está adquirindo uma habilidade ganha um sentido próprio. O filósofo explica que para o Ser “o que parecia ter-lhe sido negado no abandonar-se ao serviço, à medida que se submeteu totalmente a um sentido que lhe era estranho, volta em seu proveito, enquanto ele é uma consciência laboriosa. Como tal encontra em si mesmo um sentido próprio” (GADAMER, 2014, p.48).

[...] depois, na minha formação, sempre pensei em trabalhar em Saúde Pública, e com crianças em foco [...] acabei iniciando no meio hospitalar, que foi bastante importante para mim, hoje me identifico com o trabalho hospitalar! Antes de vir para o Hospital de Clínicas, tive uma trajetória de quase cinco anos em outros hospitais, mas sempre com a criança (P10).

As histórias revelam peculiaridades existenciais genuínas, dignas de serem compartilhadas pelo caráter inusitado das transformações pessoais que se seguem na temporalidade do constituir-se enfermeira, vislumbrando a arte de cuidar. Mover-se para a escolha de cuidar de crianças, surge como um movimento existencial análogo ao círculo hermenêutico do cuidado, alcançando o íntimo daquele “Ser cuidador”, a partir de um mecanismo disparador acionado no início da trajetória existencial, o que se pode constatar no depoimento a seguir:

O que me move para o cuidado é gostar de trabalhar com a criança! Esse é o foco principal. Desde a infância, sempre me identifiquei com crianças menores que eu. Na adolescência, fiz um trabalho voltado, junto com a igreja que participava, para crianças de vilas, da Ilha dos Marinheiros. E ali senti que poderia fazer mais do que aquelas brincadeiras, aquele suporte de voluntariado. E naquele momento, embaixo da ponte, naquela brincadeira de rodas, decidi que queria ser enfermeira (P10).

A reflexão sobre a indicação de Heidegger (2012, p. 41), de que “a pergunta pelo sentido de ser deve ser feita”, remete às ponderações do filósofo de que “o sentido de ser de certo modo já deve estar disponível para nós. Foi dito que já nos movemos sempre em um entendimento-do-ser” (p. 41). Tais argumentos parecem oportunos, à medida que a pergunta “como se dá o ser da enfermeira pediatra?”, ou seja, como ela se descobre aberta para tal definição existencial está lançada, necessitando de esclarecimento.

Elucidando essa abertura do Ser para sua inclinação profissional, e que para a enfermeira pediatra se reveste do mover-se para o desejo de cuidar de crianças e adolescentes, encontra-se em Heidegger (2012, p. 545-47) que “o *impulso* de ‘viver’ é um ‘para-algo’ que traz consigo, a partir de si, o que o move. É um ‘para-algo a qualquer preço’. [...] *Dasein* não é, então, nem nunca, um ‘mero impulso’ [...] como ser-no-mundo, o *Dasein* já é sempre preocupação”.

Nesse sentido, os trechos dos depoimentos a seguir elucidam a convicção de que o Ser da enfermeira pediatra está no “aí”, disponível a ela própria, como elemento para o entendimento do ser:

Acredito assim, que parte de um perfil do profissional trabalhar na Pediatria! Vi, ao longo da Graduação e nesses meus anos de experiência, que faz diferença se a pessoa tem esse *feeling* natural, que se parte da pessoa ter um perfil de trabalhar na Pediatria ou não, isso vai fazer diferença no cuidado à criança e à família, ou na assistência mesmo do dia a dia [...] algumas são motivadas durante a graduação ou já gostam, tem aquela questão de estar mais próximo de crianças, de fazer algum

estágio voluntário, e aquilo vai chamando atenção, e pensa ou vai pensando em trabalhar, no futuro, com Pediatria (P9).

Acerca da distinção entre vocação e profissão, Torralba (2009) chama a atenção para o fato de que somente mediante interação entre ambas é possível o ótimo exercício profissional. Significa que o profissional, antes de tudo, deve sentir certa inclinação para o seu trabalho, mas essa inclinação necessita de cultivo e constante atualização.

[...] quando se escolhe trabalhar com pediatria, já se tem um pouco disso e precisa ser desenvolvido [...] se vê as alunas quando gostam ou dizem: “não, não consigo trabalhar com criança”. As residentes já têm outro olhar [...] como hoje se posicionam e estão atuando muito bem. E isso é mérito delas e mérito nosso também de ter conseguido passar isso a elas. A pessoa deve ter essa sementinha e se deve fazer crescer (P5).

A compreensão heideggeriana de que *Dasein* não é mero impulso remete aos ensinamentos de Torralba (2009) quando afirma que o exercício de cuidar não é simplesmente uma técnica de tipo procedimental, mas, sim, fundamentalmente, uma arte. Entretanto, “a relação entre arte e técnica tampouco deve compreender-se de forma excludente, pois, a arte pressupõe técnica, mas algo mais do que técnica, uma espécie de predisposição natural” (p. 38).

As participantes do estudo reconhecem e exaltam a dignidade profissional, percebendo no íntimo de seu ser o impulso de lutar sem fraquejar diante da trajetória de sofrimento daqueles com quem partilham a convivência no mundo do hospital.

Crianças e familiares gostam da gente, do serviço e da forma como cuidamos, o carinho que se dá [...] é isso que nos leva adiante nessa missão tão difícil. Mas tem que ter nascido para isso [...] é uma missão mesmo, a gente tem que ter sido colocada nesse mundo para isso. Porque não é possível, a gente passar por “n” situações e passar tranquilo e seguir com dignidade [...] com todas as situações extremas, que é enfrentar a morte de uma criança e conseguir superar (P3).

Assim, desvela-se uma faceta importante da convicção da enfermeira em relação à escolha profissional, percebendo-se estar lançada no mundo do cuidado, nele movendo-se em um mecanismo de ir adiante, mesmo frente à fragilidade da condição humana. A percepção de que o fazer próprio é reconhecido retroalimenta o interior do Ser e dele emerge uma força interior capaz de impulsioná-lo a persistir na trajetória escolhida. Sobre a escolha da profissão, Gadamer (2014, p. 49) elucida:

Toda a profissão sempre tem algo a ver com o destino, com a necessidade exterior e exige que nos entreguemos a tarefas que não assumiríamos para nossos fins privados. A formação prática é posta à prova no fato de preenchermos as exigências de nossa profissão e em todas as suas facetas. Isso implica superar o que se torna estranho para a particularidade que se é e apropriar-se totalmente dele.

Na temporalidade do existir, em uma construção histórica pessoal singular de cada Ser, manifestam-se aptidões que permeiam o viver da enfermeira, revelando o encontro com o íntimo do Ser – morada do Ser —, compreensões heideggerianas. O reconhecimento de que seu projeto existencial, em contínua construção e reconstrução, vem ao encontro de um projeto de felicidade (AYRES, 2007) faz o Ser sentir-se, em sua essência, responsável por aquilo que constroi.

Em relação à concepção de projeto de felicidade, Ayres (2007) defende a felicidade como uma ideia reguladora relacionada a uma diversificada gama de estados ou condições materiais e espirituais, mas que com tais estados não se confunde, não podendo ser garantida *a priori* por nenhum deles. Nesse aspecto, esclarece que,

[...] por outro lado, a felicidade não esgota suas exigências e potencialidades no alcance de qualquer desses estados ou condições: uma experiência de felicidade que se alcance em um dado momento se buscará, no mínimo, preservar. A experiência da felicidade evidencia, com seu devir, outras possibilidades de apropriar-se da existência e, portanto, novas exigências para sua permanência. Ela convive o tempo todo com infelicidades – interesses negados, frustrações, obstáculos, limites, dores, angústias. É para a superação desses obstáculos que a felicidade vai apontando caminhos para a ação (AYRES, 2007, p. 55-56).

O *Dasein* da enfermeira revela-se quando ela alcança a compreensão da “morada do Ser”, como explicitam os depoimentos a seguir:

E quando voltei [...] me senti em casa! Me senti em casa porque é assim que gosto e aprendi a trabalhar [...] até hoje depois de 31 anos [...] Não sei trabalhar de outro jeito, não sei trabalhar sem família junto, se vejo uma criança sozinha no meu turno de trabalho, me angustio, “cadê essa mãe? Cadê o pai? Cadê alguém que acompanha?” (P2).

[...] trabalhei com criança clínica, cirúrgica, emergência, onco [...] para conhecer muito desse universo. Quando vim para o hospital [...] já vim em outro patamar, fui para a unidade de Neonatologia que, na verdade, pode parecer a mesma coisa, mas são coisas completamente diferentes! E fiquei um tempo ali, e quando consegui ir [...] para Pediatria, senti que estava voltando para casa, para a nossa Pediatria (P6).

As expressões “me senti em casa” e “voltando para casa” desvelam o encontrar-se com a verdadeira essência. Heidegger (2012, p. 173), ao falar sobre a essência do *Ser-no-mundo*, cuja morada revela-se como algo familiar, explica o que significa o “ser-em”:



O ser-em [...] provém de *inann* = morar, *habitare*, demorar-se em; “an” significa estou acostumado, familiarizado com, cuidado de algo, tendo a significação de *colo*, no sentido de *habito* [...] Ser, como infinitivo de “eu sou”, isto é como existenciário, significa morar junto a ... ser familiarizado com ... *Ser-em é, por conseguinte, a expressão existenciária formal do ser do Dasein, o qual tem a constituição essencial do ser-em-o-mundo.*

O sentimento de pertencer a uma unidade de internação dentro do Serviço, ou ainda sentir-se respeitado em sua área de atuação, também emerge como condição inalienável do ser-no-mundo. Impele o Ser ao movimento de cuidar desse mundo com o qual está familiarizado, percebendo-se construtor da história que tece mediante o estímulo de ser-com-o-outro. O ser cuida de si mesmo e cuida do outro com quem convive, cresce e transcende.

[...] a minha unidade tem essa faceta também, de não estar acomodada, de estar sempre buscando: “tem que ser projeto piloto de alguma coisa, então vamos ser para ver!”. Quem sabe isso vai melhorar nosso processo de trabalho, o atendimento a criança e a família, para os trabalhadores também vai melhorar “o que se pode fazer, para melhorar?” (P10).

[...] proporcionar que as pessoas estudem, que cresçam dentro da sua unidade, do seu trabalho! Ser um enfermeiro pediatra que busque ter uma especialização na sua área de atuação, de sua preferência [...] que as pessoas sejam vistas assim com as suas peculiaridades [...] não sou enfermeira intensivista. Mas, sei que faço bem o meu trabalho. Aqui eu consigo desempenhar o meu melhor! [...] consegui perceber isso e as pessoas daqui também conseguiram perceber e investiram nesse lado meu assim (P6).

Na essência do “ser-em” emerge o cuidado como significação do ser-no-mundo do *Dasein*, ou seja, acostumado, familiarizado com o cuidado de algo, no sentido de *habito o ser* (HEIDEGGER, 2012). Pode-se constatar esse movimento de abertura do Ser para cuidar a partir de uma leitura interior de suas aptidões, nas falas a seguir:

[...] escolhi a Enfermagem Pediátrica, porque vejo que se consegue englobar um mundo bem completo, se consegue prestar um cuidado a criança e unir esse cuidado a família e ao cuidador. Sempre penso, quando vou cuidar em Pediatria, no bem que estou fazendo, no bem que proporciono ao paciente, e na sua melhora [...] fazendo o melhor, sempre englobando a família [...] envolvendo no cuidado junto comigo, em todos os momentos que posso (P8).

[...] estou me preocupando com o paciente, então tenho que proporcionar ao paciente o melhor que eu possa naquele momento, essa preocupação é a maneira que se tem que agir! (P2).

Uma forma especial e única de cuidar, movida pela essência de Ser, emerge porque faz parte do *modo-de-ser* a busca pelo conhecer e compreender, e, para tanto, impulsiona uma

forma peculiar de *olhar* para o outro Ser, movido que é, em sua essência, pela preocupação, a qual é a essência que dá movimento ao cuidar (HEIDEGGER, 2012).

O que move a essência da Enfermeira Pediatra é “gostar de cuidar de criança e adolescente”, e ao compreender o “Ser criança/adolescente” trazer a presença da família para o mundo do cuidado, no sentido de cuidar da família para que ela cuide da criança. A compreensão das mudanças existenciais vividas pela criança e pelo adolescente, seu núcleo familiar, e a empatia ou o colocar-se no lugar da criança e da família, favorece o entendimento de que o lugar da criança é a sua casa. Consequentemente, emerge a convicção de que, no cuidado autêntico, é fundamental visualizar o ser criança e não a doença: “tem que ser tratada como uma criança o mais normal possível (P4)”.

[...] a base, a essência, sempre continua a mesma. Que é o nosso amor ao que se faz, visando o bem da criança, nunca dissociada da família, sempre associada ao bem estar e ao cuidado de todos. Mas tem que gostar se não, não tem sentido trabalhar com eles (P3).

[...] para cuidar de criança ou adolescente o importante, para começar, é gostar de trabalhar com eles [...] tem que ter muito cuidado e gostar mesmo deles! Tem que entender, se colocar no lugar da mãe, do cuidador ou da criança [...] que está passando por um período diferente da vida. Saber que até pode gostar do hospital, como tem muitos que gostam, mas aqui não é o lugar onde ela tem que viver. Tem que ser tratada como uma criança o mais normal possível, mesmo passando por momentos difíceis e compreender o momento que está passando [...] para mim é isso aí, que para trabalhar com criança é assim (P4).

A essência do *Dasein* – o “Ser-aí” da enfermeira – revela um cuidado que é empático, respeitoso, considera os marcos de crescimento e desenvolvimento da criança, e nesse sentido engloba a família; busca entender as reações frente à doença e hospitalização e suas repercussões na vida da criança e da família.

[...] tem que se respeitar a criança! Então, é isso aí, é entender o momento que cada um está! E me colocar no lugar de qual seria a minha reação como mãe se eu tivesse um filho naquela situação. Então, porque que aquela mãe está tão desnorteada, tão desesperada ou reclamando ou brigando, se colocar no lugar daquela mãe como se fosse eu, como eu gostaria de ser cuidada (P5).

Tem aquelas famílias que botam uma barreira que é super difícil. Também tem que respeitar! Mas, a gente vai tentando. Vai se chegando mais próximos delas, vai se descobrindo coisas. Isso trás uma proximidade com a criança. [...] a criança vendo que estamos bem com a mãe, também fica mais próxima da gente. Quando eu falo a mãe, eu falo no cuidador (P4).

No início eu procurei focar tudo sobre criança. Procurei aprender tudo sobre crianças: as fases do desenvolvimento, as diferentes faixas etárias que se trabalha. Então, em um primeiro momento aqui vi que tinha quimioterapia, transplantes - que era novidade para mim - então no primeiro ano fui estudar muito sobre isso! Até que, depois eu consegui respirar e aí entrava outras coisas (P6).

Articulado ao sentido da transcendência, enquanto característica do Ser e que possibilita criar projetos de cuidar de cada Ser em sua unicidade, diferenciados modos-de-ser desvelaram-se na hermenêutica dos discursos das enfermeiras. Porém, o fio condutor centrado no “Ser-aí” cuidador, de mostrar-se aberto a compreender os projetos existenciais únicos no acontecer de cada Ser cuidado, foi uma das essências marcantes do *Dasein* das participantes.

Alcança-se, com Gadamer (2014, p. 53), a compreensão desta peculiaridade:

Significa que não se trata de uma questão de procedimento ou de comportamento, mas do ser que deveio [...] Considerar com maior exatidão, estudar [...] com maior profundidade não bastam se não dispõem de uma receptividade para o que há de diferente [...] o manter-se aberto para o diferente, para outros pontos de vista mais universais. Contém um sentido universal para a medida e para a distância com relação a si mesmo, levando a ultrapassar a si mesmo.

O cuidado é uma arte; recria-se no devir do tempo/existência porque se embasa e se constitui de projetos em andamento, pautados no existenciário fundamental que é a compreensão. Esta, por sua vez, ao transformar-se também em conhecimento, alimenta o círculo hermenêutico do cuidado.

A opção pela profissão de Enfermagem e a escolha em envolver-se com a faixa etária pediátrica movida pela emoção contida na expressão da subjetividade do Ser criança, revela uma decisão com base na sensibilidade estética.

[...] decidi pela Enfermagem porque quero me envolver mais. Quando eu li uma vez, naquela busca das profissões, que a Enfermagem era a arte do cuidado, eu disse: “eu quero fazer parte dessa arte”, me identifiquei muito com isso [...] o trabalho com criança e o gostar disso, da honestidade da criança, da forma espontânea dela ser, de ser em constante desenvolvimento e mudanças (P10).

O significado contido na fala da enfermeira desvela genuína emoção pela percepção da beleza relacionada aos aspectos subjetivos do Ser criança e o desejo sensível de cuidar da infância. Torralba (2009) afirma que o cuidar deve ser considerado uma arte por integrar três categorias fundamentais: a técnica, a intuição e a sensibilidade. Quanto a esta última categoria, a sensibilidade estética se refere à capacidade de captar a beleza de determinado objeto de contemplação. Nesse aspecto, “uma pessoa sensível, sob a perspectiva estética, sente com especial emoção a percepção da beleza” (p. 145).

Já, Gadamer (2014, p. 53) diz que o sentido estético não é simplesmente uma dotação natural para o que se compreende que pode ser desenvolvido. Assim, diz o filósofo,

como esse sentido não é simplesmente uma dotação natural, falamos com razão de consciência estética ou histórica e não propriamente de sentido. É claro que essa consciência tem relação com a imediaticidade do sentido, isto é, sabe discernir e avaliar com segurança em cada caso específico, mesmo sem poder dar razões. Assim, quem possui sentido estético sabe discernir o belo e o feio, a boa e a má qualidade, e quem possui sentido histórico sabe o que é possível e o que não é possível para uma época, e tem sentido para distinguir o passado do presente.

Reconhecer na criança e no adolescente as suas singularidades existenciais fundamentadas nos parâmetros universais, porém peculiares a cada ser no devir de sua própria existência, relativos ao crescimento e ao desenvolvimento, entre outras características essenciais, reserva à enfermeira o dom de envolver-se com propriedade e confiança no fazer próprio. Pode-se, assim, compreender esse dom sob a ótica da enfermeira:

O olhar do enfermeiro que trabalha com criança, tem que ser um olhar mais aguçado! Em primeiro lugar, tem que gostar de trabalhar com criança, saber como tocar numa criança, como pegar no colo, como acalmar. Muitas vezes tu não consegues porque tem fatores que estão pesando naquele momento, mas aí tu vai identificar “ele não consegue se acalmar porque está com sono, ou está com dor, está com fome!” (P2)

São várias situações que diferenciam o cuidado da criança para o cuidado do adulto. Tem um diferencial que nos leva a ter, não diria especial, mas se tem que ter um olhar para a criança, para as necessidades daquela criança! Tanto no cuidado crítico quanto no cuidado intermediário, num cuidado básico, na enfermaria ou nas crianças da Oncopediatria (P9).

A leitura das manifestações das crianças e dos adolescentes imprime à enfermeira a sensibilidade e a responsabilidade de construir um cuidado que se dirige ao *Dasein* de outro Ser com o qual convive e a quem dirige a sua preocupação:

O enfermeiro pediatra tem que ter essa percepção, e ter conhecimento do desenvolvimento psicomotor de uma criança: o que um lactente deve apresentar com determinada idade, o que um adolescente vai tolerar, que tipo de conversa tu pode ter com um adolescente, tu não vai ter a mesma conversa com um adolescente que tu tem com um bebezinho! Então, todo esse olhar assim que tu vais ter, e que tu tens do conhecimento, do que tu aprendeste academicamente, aplicado ali na vida real (P2).

Cada um tem uma coisinha que tu vai aprendendo[...] tendo tempo. Então, se vai pegando um pouquinho de cada um, a conversa que faz sentido. Um é adolescente de 16 anos e a gente já fala mais de meninhas [...] já tem namoradina e tal [...] isso faz esse vínculo e vamos aprendendo! Vamos conhecendo cada um (P4).

[...] preciso combinar as coisas com a família, com o paciente. Perceber como ele, colocar-se no lugar. Muitas vezes nós chegamos para trabalhar e fazer um procedimento, tu não pode simplesmente fazer o procedimento! Muitas vezes tu tens que pegar no colo primeiro, fazer uma brincadeira, e se aproximar e depois chegar, fazer as combinações (P6).

A formação de vínculo emerge dessa condição interior do ser que cuida, movida pelo “Ser-com”, como condição para o cuidado autêntico, suscitando uma atitude de reconhecimento da alma, da essência do “ser-criança”. Às vezes, a aproximação com a criança ocorre por intermédio da proximidade e interação com o cuidador principal. O resultado desse processo de convivência é percebido pela enfermeira como sensação de êxito ou de felicidade.

[...] eu consigo mais ficar próximo deles. Saber um pouquinho de cada um. Quando é uma criança que tem algum atraso maior, aquelas crianças com paralisia cerebral, tu consegues através da mãe fazer esse vínculo também. Tu consegues conversando com a mãe, e rindo com a criança. Eu acho que isso deixa a gente muito feliz. E a criança também (P4).

[...] nós temos aquelas mães leas que abraçam os filhos e que tu só chega na criança se consegues chegar na mãe [...] Têm outras que não, é direto a criança e a mãe percebe a forma como a gente cuida a criança e a mãe consegue se abrir para poder permitir o cuidado [...]. Então, procuro incluir tudo isso em relação à faixa etária (P6).

Heidegger (2012, p. 343-45), ao explicar o fenômeno do “ser-no-mundo” como “ser-com”, chama a atenção para a necessidade de refletir acerca da questão: “Quem é o *Dasein* na cotidianidade?”:

[...] é preciso atender ao sentido que tem aqui “os outros”. “Os outros” não significa algo assim como o todo dos que restam fora de mim, todo do qual o eu se destaca, sendo os outros, ao contrário, aqueles dos quais a-gente mesma *não* se diferencia no mais das vezes e no meio dos quais a-gente também está. Esse também-ser-“aí” com eles não tem o caráter ontológico de um ser-subsistente-“com” no interior de um mundo. O “com” é um conforme-ao-*Dasein*, que “também” significa a igualdade do ser como um ser-no-mundo do ver-ao-redor-ocupado. “Com” e “também” devem ser entendidos como *existenciários* e não como categoriais. Sobre o fundamento desse *com* no ser-no-mundo, o mundo já é sempre cada vez o que eu partilho com os outros. O mundo do *Dasein* é mundo-com. O ser-em é *ser-com* com outros. O ser-em-si do- interior-do-mundo desses últimos é *ser-“aí”-com*.

A compreensão do *Dasein* da enfermeira desvela uma essência que se explicita na busca pelo conhecimento como mola propulsora do agir, em seu fazer cotidiano, sempre movido pela pré-compreensão, que no círculo hermenêutico de Ser e de cuidar — pois, cuidar é a essência do Ser — o move para a transcendência, ou ir além. A essência da Enfermeira Pediatra desvela-se para ela na temporalidade de sua existência, no partilhar experiências de seu cotidiano, na facticidade (HEIDEGGER, 2012) de sua própria existência, no “ser-com” do “ser-no-mundo”.

[...] como que era a assistência pediátrica na época! [...] quando entrei na Escola, eu comecei a estudar, não tinha biblioteca, mas eu tinha esse gás para estudar, eu era muito ativa como enfermeira lá no (nome do hospital) [...] tinha um grupo muito bom [...] Na época estava estudando, fazendo o Curso de Especialização em Obstetrícia, então, eu ia à Escola de manhã e trabalhava na Pediatria, à tarde (P1).

[...] o sentimento que eu tenho, é que na Pediatria a gente acaba sendo mais apaixonada, indo atrás, sendo mais envolvida. É um diferencial, não sei se é porque se gosta de trabalhar com criança, mas eu tenho essa sensação! E acho muito bacana de ver o trabalho das colegas, de ter o nosso retorno também e de cada vez ir mais adiante assim (P7).

[...] se tem desafios grandes, porque tem famílias e famílias diferentes, que atuam diferentemente [...] família que interfere no tratamento, ou família que abandona a criança, e tu tens que ir lá resgatar, tentar resgatar! [...] se aprende que tem que aprender a lidar com todas essas situações (P2).

Desvela-se, aqui, um requisito importante para a compreensão do *Dasein* da Enfermeira Pediatra e que recai na interação entre vocação e profissão. Nesse sentido, o profissional deve, acima de tudo, sentir determinada inclinação para seu trabalho, inclinação esta que precisa ser cultivada e incrementada por meio de constante atualização (TORRALBA, 2009). Por sua vez, Heidegger (2012, p. 157) fala de outra característica peculiar do *Dasein* quando diz que “o outro fio condutor para a determinação do ser e da essência do homem é [...] a ideia da ‘transcendência’, de que o homem é algo que tende para além de si mesmo”.

[...] sempre que se teve dúvidas [...] “vamos procurar, vamos fazer, vamos interrogar, vamos estudar gente, vamos ver o que é que se faz!”. De repente é uma situação nova que eu nunca vi, não digo: “não sei, não faço, tenho medo”, eu digo: “vamos lá, amanhã vocês chegam aqui e dominam tudo!” (P3).

[...] se tem esse diferencial [...] muitas de nós, tem esse perfil de estudar bastante, de querer se aprimorar, de não ficar no bê-a-bá, de ir atrás de coisas mais modernas mesmo, de poder estar nesse mundo que corre tão rápido. Porque só a Medicina corre tão rápido? [...] a gente também pode correr rápido, ter uma qualidade cada vez melhor da assistência, aprender coisas novas, ir se inserindo nesse mundo [...] vejo que muito desse pessoal novo tem esse potencial de correr atrás (P8).

As enfermeiras percebem-se inseridas nesse mundo desafiador da área da saúde e nesse sentido emerge a atitude de acompanhar a velocidade das mudanças e da necessidade do profissional de acompanhar a evolução mediante a busca do saber e o saber compartilhar, para e com o outro, em um movimento de abertura do Ser.

[...] dentro de toda essa sistemática de cuidado na Pediatria [...] o mais importante é o sentimento, mas tem que expressar. Valorizar a união da equipe, união de esforços, disponibilidade de aprendizado, capacidade de entender o outro,

necessidade de se aprender a cada dia mais e se doar mais, se for adequado às necessidades do dia a dia e se a gente se dispuser a batalhar junto (P3).

[...] a forma como a gente trabalha na Pediatria, tem muito a crescer ainda, sem sombra de dúvidas, mas eu sempre digo: é um campo fértil! [...] onde tu plantas, larga uma sementinha, ela cresce, porque as pessoas são muito comprometidas com aquilo que fazem! Isso a gente observa: os enfermeiros são muito comprometidos, no geral! Então se está sempre em busca, e a criança nos instiga a isso, as famílias também, a sociedade está sempre modificando, as crianças também nesse processo de desenvolvimento, fazem a gente sempre buscar novas coisas (P10).

Quando se fala em Cuidado, no sentido de compromisso com valores considerados validados eticamente, os quais impulsionam as enfermeiras a entregar o melhor de si em seu agir, há que se perguntar que fundamentos orientam a inseparabilidade desse plano individual do plano social e coletivo. Em Ayres (2004, p. 27) lê-se que,

em primeiro lugar porque a ideia mesma de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético, que só faz sentido no convívio com um outro, no interesse em compatibilizar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum. Em segundo lugar, porque a própria construção de identidades individuais, as quais plasmam os projetos de felicidade em cujas finalidades se deve transitar na perspectiva do Cuidar, se faz, como já apontado acima, na interação com o outro, nas inúmeras relações nas quais qualquer indivíduo está imerso, já antes mesmo de nascer. Em terceiro lugar [...] é que não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los.

Para Heidegger (2012, p. 161) “a vida é um peculiar modo-de-ser, mas essencialmente só acessível no *Dasein*”. Nesse sentido, compreender a facticidade do Ser em sua condição existencial lhe impõe que “assumir relações ao mundo somente é possível porque o *Dasein*, como ser-no-mundo, é como ele é” (HEIDEGGER, 2012, p.181).

Para a enfermeira pediatra compreender que cada Ser é “como-ele-é”, torna autêntica a relação “ser-com-o-outro” e promove relações mais favoráveis e conciliatórias na cotidianidade do ser-no-mundo do cuidado, com repercussões positivas ao seu próprio viver, como se pode perceber nos trechos a seguir:

Quando tinha algum procedimento complicado, que eu ia ajudar as auxiliares, que eu achava que tinham mais experiência [...] sempre dei meu ‘braço a torcer’ para a equipe, quem tinha mais experiência, era mais vivido que eu na área, eu respeitava muito! A minha vivência começou assim: eu não sabia nada e tinha uma equipe de auxiliares e tinha uma que era mais vivida lá, era uma senhora, respeitada por todo mundo [...] “Olha aqui quando for fácil eu decido quando for difícil eu te chamo!” [...] A gente ria muito! Esse clima de conversar e dar risada nunca faltou (P1).

[...] não tem que se apegar aquelas coisas que não são legais e sim naquelas coisas boas e positivas, e crescer junto com aquilo [...] cada um é diferente, nós temos momentos diferentes, momentos de fraqueza, momentos de tristeza, momentos de dúvida. E aí, tem que ir se moldando conforme as coisas vão acontecendo (P3).

Revela-se, assim, uma força interior muito grande, desejo de contribuir, não se entregando ao desânimo, e percebendo que nessa espiral do enfrentamento vai agregando sabedoria, autenticidade, percebendo que o sofrimento existe, mas ele é enfrentável pela capacidade de “se moldar” – capacidade de resiliência – que também promove ir à luta e acreditar que vai vencer. Assim, desvela-se o entendimento de que existe uma força externa articulando-se à força interior — com a crença e o valor de cumprir com o que se propõe para alcançar resultados favoráveis.

Essa capacidade [...] de me moldar às dificuldades, não me fez sofrer eternamente, assim consegui resolver. Vou fazendo e vou dando conta e vou fazendo! [...] quando se quer, se consegue e vem uma força diferente, vem lá de cima, que se consegue. Acaba-se fazendo as coisas, conforme precisam ser feitas (P3).

O *Dasein* da Enfermeira Pediatra constitui-se no acontecer de sua trajetória profissional, transcorrendo no tempo próprio de cada uma no “ser-com” o outro em seu acontecer, na convivência com os seres de cuidado, quer sejam as crianças/adolescentes e os familiares, ou os colegas da equipe de enfermagem ou da equipe de saúde. A temporalidade revela-se como uma condição inalienável da existência e de tornar-se digno de um viver autêntico, pautado na ética do cuidado e das relações interpessoais, incluindo a ética relativa ao respeito a si próprio como profissional.

A finalidade da ética do cuidar, como explica Torralba (2009), é regular eticamente a ação de cuidar, de forma a analisar, sob uma perspectiva racional e crítica, o significado de cuidar com virtude. Na ação de cuidar estão implícitos profundos desafios de caráter ético, o que direciona a refletir acerca de categorias: liberdade, intimidade, justiça e o bem.

[...] o profissional tem que ser ético, respeitar a si próprio como profissional, respeitar o colega enfermeiro. Ter em mente que o objetivo do nosso trabalho é o cuidado ao paciente e à família, no caso da Pediatria [...] Mostrar para sua equipe de técnicos que trabalham contigo que o nosso foco é o cuidado do paciente e a importância da responsabilidade que se tem nas mãos (P2).

[...] tem que respeitar o outro, respeitar o paciente, respeitar o familiar, respeitar os colegas, respeitar as equipes [...] a partir do momento que não houver respeito, não tem resultado [...] a essência é trabalhar junto e visar o bem estar do paciente, das famílias (P3).



Os eixos centrais do cuidar virtuoso podem ser explicitados no valor da edificação, a qual se relaciona à capacidade de auxiliar o processo de construção do Ser, o ser próprio ou do outro; à responsabilidade ética, assumindo a preocupação como um dever moral e não unicamente com significado de proximidade para com o outro Ser; ao cuidar a à liberdade, favorecendo ao Ser recobrar sua autonomia dentro dos limites possíveis. Como o ser humano é um Ser em busca do sentido, é transcendental para o caráter ético do cuidado articular a construção e a reconstrução do sentido a partir do diálogo e da responsabilidade (TORRALBA, 2009).

[...] tem que estar presente com a equipe [...] tem que ter esse acompanhamento [...] quando as técnicas têm cuidado, ficam junto com a mãe, pedem para a mãe acarinhar a criança [...] elogio muito, isso é bom e cada vez fica melhor [...] é o cuidado para a nossa equipe [...] antes só se reunia para chamar alguém na salinha, já se assustavam que era para conversar alguma coisa negativa. Não! Tem que sentar para elogiar e para conversar, não só no momento da gestão de desempenho! Então isso se tem trabalhado muito [...] ter mais momentos para conversar (P3).

[...] tem que se fortalecer mais em relação à equipe de enfermagem, se faz reuniões por turno cada dois meses com os técnicos de enfermagem, mas talvez tivesse que ter uma frequência maior, para poder fazer esse espaço de escuta de forma mais efetiva. Só se vai poder cuidar da criança e da família se a equipe estiver bem, coesa, com o mínimo de harmonia! Diferenças e conflitos existem, mas que se consiga estabelecer metas em comum! [...] espaço de encontro importante, é um momento de cuidado, dos enfermeiros entre si e com suas equipes (P10)!

Cuidar é uma arte, afirma Torralba (2009), e incide na estrutura intra e interpessoal do Ser. Nos espaços de cuidado no mundo do hospital, onde os Seres compartilham encontros e desencontros, faz-se vital reconhecer o peso específico do sofrimento interpessoal na esfera da vida humana. Nesse sentido, “grande parte de nossos sofrimentos tem sua gênese em uma má relação com o outro [...] Cuidar de uma pessoa é ajudá-la a construir equilibradamente seu mundo afetivo (TORRALBA, 2009, p. 96)”.

O cuidado para com a equipe de enfermagem revela-se em momentos e formas variadas no cotidiano das interações.

[...] no dia a dia, elogiar o que estão evoluindo, elogiar a forma e a técnica que utilizam, como abordam as mães, o encaminhamento dado a uma situação: como solicitou à mãe que algo não fosse feito naquele momento, que aquilo depende de uma rotina da instituição [...] Tem formas e ‘formas’. Isso não é só para auxiliares e técnicos, é para os enfermeiros, pois tem muitas situações que nos defrontamos que são mais agressivas [...] tem que ter esse cuidado com o familiar e o paciente. A experiência hospitalar é traumatizante e se a nossa postura for negativa, vai ser bem pior (P3).

[...] encontros de equipe que se tem de forma sistemática, isso é muito sadio para a equipe, nos fortalece. Foi uma trajetória, não existiam essas reuniões com essa frequência [...] encontros, que vão além de serem momentos só informativos, deliberativos, são momentos de encontro em que se discute as relações. Se alguma coisa não está bem o grupo se mobiliza e tenta ver de que forma resolver (P10).

Do fragmento acima emerge a compreensão de que é imprescindível ter em foco, de forma inabalável, o objetivo do trabalho que é o cuidado ao paciente e à família, não negligenciando a própria equipe, especialmente em se tratando da Enfermagem Pediátrica, destacando-se a responsabilidade como fio condutor. Há que se considerar também a convicção e o interesse pelo crescimento articulado das habilidades estéticas, técnicas e científicas para o cuidado, mas se o profissional perceber estar aquém do necessário, torna-se vital ir em busca do aprendizado. As falas a seguir explicitam essa compreensão:

[...] ter convicção e interesse pelas suas habilidades técnicas e científicas, e se não souber buscar aprender, buscar se capacitar! As coisas não param, estão sempre se renovando e se não nos renovarmos também, se pára no tempo (P2).

[...] e nos realizando dentro dessa assistência que se possa administrar dentro do nosso conhecimento [...] juntando as experiências, vamos estudando, se reciclando. A gente não pára no tempo. Não pode parar! (P3).

Trata-se, aqui, de uma característica inalienável do Ser: a busca por sentido. O movimento de transcendência – o vir-a-ser - é introduzido a partir do modo-de-ser-no-mundo do ser-aí, no qual ele se explicita e se compreende em seu ser e assim compreende o Ser (HEIDEGGER, 2012). Complementando essa visão de Heidegger para a importância da análise existencial, enquanto caminho para deixar clara a história do ser, Stein (2004a) comenta que a compreensão

é acompanhada por uma explicitação cada vez maior das formas de ser-no-mundo e na manifestação de formas do acontecer do ser. É o sentido que o ser-aí, enquanto ser-no-mundo, antecipa sobre a analítica existencial que também terá por consequência ser a base para a superação [...] ou da explicitação da história do ser. É por intermédio do mundo, do sentido, da compreensão, que se antecipa ou abre espaço para todo o acesso ao conhecimento (p. 81- 82).

É necessário acolhimento para esse chamamento interno do Ser. Esse sentido, apreendido em Ayres (2006, p. 61), nasce do “desejo de presença que flui das dimensões corpóreas e espirituais de nossa existência, tanto quanto de nossa aspiração de dar um sentido existencial a ambas, gerando mútuos convites, resistências e conflitos entre o eu e o outro”.

[...] as pessoas que trabalham na Pediatria, na Enfermagem de uma maneira geral, gostam do que fazem, são pessoas fortes, são pessoas que gostam de cuidar da criança, gostam de cuidar da família e estão tentando se adaptar a todas essas exigências. Estão fazendo um esforço, eu vejo isso, as pessoas se esforçando, “bom tem mais isso vamos lá” (P9).

[...] a preocupação em melhorar e ver os pontos críticos junto com a questão de ir buscar fora, desde o que diz a literatura, até o que se tem de oportunidades na nossa realidade, Porto Alegre, Brasil enfim! E temos essa oportunidade aqui no nosso hospital [...] se encontra parcerias e se consegue ir além! (P7).

O “ser-aí” da enfermeira revela-se também nos mecanismos que utiliza como possibilidades sempre presentes de, junto a si, favorecer o crescimento daqueles com quem compartilha o mundo do cuidado, crianças, famílias e equipe. Cumpre destacar o saber ouvir, saber respeitar a opinião do outro, renovar o diálogo, mesmo diante das diferenças, de modo a não inviabilizar um consenso possível para uma tomada de decisão em comum, ética e profissionalmente favorável ao objetivo estabelecido:

[...] no dia a dia se mantém um ambiente bom de trabalho. O relacionamento interpessoal [...] saber ouvir, saber respeitar a opinião do outro, podendo discordar, mas respeitar e buscar uma tomada de decisão em comum, eticamente e profissionalmente favorável ao que se quer: o nosso objetivo (P2).

[...] tem uma parcela da equipe que, às vezes, tenta não avançar junto: “não, porque há um tempo não era assim, não se precisava fazer tudo isso!”. E aí tem que buscar renovar esse diálogo: “não, mas agora é assim, vamos lá, estamos juntos!”, eu falo muito isso para as gurias. Um pouco para elas não se sentirem sozinhas, e outra porque se é uma equipe mesmo [...] esse é o sentido (P9).

[...] se fez uma força tarefa [...] mobilizou as pessoas, se sensibilizou a equipe! E a família, que acaba nos ajudando no cuidado porque está ali do lado da criança: “tem que cuidar, cuidar para não mexer, esse curativo aqui sempre que soltar pode pedir para trocar!” (P7).

O fenômeno do “ser-com” o outro se desvela no mundo do cuidado, permeando as relações de convivência capazes de favorecer a valorização profissional da enfermeira-enfermagem, proporcionando crescimento pessoal e profissional. Também repercute em valorização que, por sua vez, gera novas possibilidades de ir além, em um vir-a-ser “sendo”, peculiar ao *Dasein* da enfermeira, como se pode constatar nos fragmentos a seguir.

[...] se conversa para ver quem quer fazer porque gosta de fazer e se disponibiliza [...] se alguém fica na retaguarda, chega uma hora que diz: “poxa vida, tenho que me mexer, faço parte do grupo, tenho que deixar o meu conhecimento, ou captar coisas novas, crescer em alguma coisa!”. Sempre tem alguém que tem mais conhecimento em alguma coisa, outros em outras. E vai se identificando dentro das necessidades (P3).

No dinamismo do mundo do cuidado, em contínua evolução e transformação, a responsabilidade aparece associada à preocupação que se desvela multifacetada pela abrangência do que precisa ser conduzido pela enfermeira no cotidiano dos projetos de cuidado traçados para um ambiente peculiar – a Pediatria:

[...] uma mínima técnica de preparo de medicação, de um banho de leito, de uma medida de conforto, da responsabilidade que se tem de seguir o que está prescrito, de ter o cuidado com a unidade em si, com o seu local de trabalho, tanto na parte de manter em ordem, manter limpo, manter organizado (P2).

[...] a gente tem muitas especificidades na Pediatria: a questão de ter um cálculo de medicação muito pequeno, de ter que ter uma delicadeza, de fazer uma troca de decúbito, de ter a família ali do lado junto (P9).

[...] quanto aos cateteres, foi isso que aconteceu, tinha o PICC, mas tinham as infecções, então se pensou de ficar olhando isso, melhoramos nosso processo! (P7)

Em essência, a responsabilidade é uma característica do “preocupar-se” com o outro, mas surge como uma inclinação que move o Ser em direção ao que ele acredita ser alcançável, suportável, conveniente e decente (HEIDEGGER, 2012). No cotidiano, o processo de cuidado reveste-se de inúmeras atividades que se encontram centradas em uma competência interior para avaliação de uma sequência possível, no tempo possível, taticamente ética para o paciente.

[...] não ter aquele comportamento desleixado, que tanto faz “eu não vou fazer agora, vou fazer depois!”, e sim “o que eu posso fazer agora?”. Saber traçar prioridades: “tem muita coisa para fazer?”. “Tem!”. Então, vamos por partes: o que é mais importante agora? [...] saber delegar, não delegar por delegar “ah, porque isso o técnico pode fazer”, mas se são coisas que naquele momento posso fazer, porque que eu não vou fazer, com o paciente principalmente? (P2)

Aqui, a palavra “delegar” revela o sentido de responsabilidade compartilhada e não responsabilidade delegada. Como esclarece Torralba (2009, p. 166), sobre a responsabilidade ética, “responsabilidade é cuidado, reconhecido como dever, por outro ser cuidado que, dada a ameaça de sua vulnerabilidade, converte-se em preocupação”.

[...] elejo as prioridades do trabalho e da assistência, e vou executando, para não ficar com a consciência pesada, sair daqui tranquila [...] muito influi com quem se trabalha, a divisão das tarefas [...] não fico assim: ‘estou no lado A ou no lado B, e vou fazer minha parte’, não! [...] tenho que ter a capacidade de discernir ‘o meu colega está superatarefado, vou ajudá-lo’ [...] “n” internações, pacientes graves, vamos se ajudar! Faz parte da minha filosofia de vida, sempre fui assim [...] ter essa capacidade de enxergar, isso é um aprendizado (P3).

Poder se desacomodar e não cair no desânimo desvela-se como um potencializador do movimento de transcendência do Ser da enfermeira, que se revela no trecho a seguir.

[...] quando aqui no hospital, vejo que se tem um número melhor no quadro de profissionais de enfermagem, que se consegue ficar com número menor de pacientes e prestar um cuidado de qualidade [...] vejo que é possível e falta força de vontade às vezes para as pessoas [...] vão ficando cansadas do tempo de trabalho, vai passando muito tempo de estar na Enfermagem [...] vão fazendo feijão com arroz e esquecem um pouco da outra parte, o lado humano [...] o pessoal mais novo vem com um gás, um olhar diferente para isso, não generalizando, mas faz diferença se desacomodar um pouco do tempo de serviço e continuar fazendo um trabalho mais humano, enxergando a criança e seus familiares (P8).

Desacomodar-se emerge como atitude que toma para si a responsabilidade compassiva diante do sofrimento do outro, e promove o agir movido pelo “estar-com”, conforme Heidegger (2012). Outro aspecto destacado é o enxergar, com significado de visualizar com as lentes do cuidado humano, mostrando um movimento de desacomodação do profissional, no intuito de que ele não se deixe amortecer pela repetição de um fazer, mas que esse fazer possa ganhar um novo sentido, uma nova visão, um fascínio pelo desejo de constante devir.

Acerca do zelo que se manifesta no ato de cuidar, Heidegger (2012, p.541) diz que “a preocupação, como totalidade-estrutural-originária, reside existencialmente a priori ‘antes’, isto é, já sempre em cada ‘comportamento’ factual e situação do Dasein”. Complementando diz:

Fenômeno, portanto, que de modo algum expressa uma precedência do comportamento “prático” em relação ao teórico. O determinar unicamente intuitivo de um subsistente tem um caráter de preocupação que não é menor do que o de uma “ação política” ou um divertido passatempo. “Teoria” e “prática” são possibilidades-do-ser de um ente cujo ser deve ser determinado como preocupação (HEIDEGGER, 2012, p. 541).

Enquanto possibilidades do Ser, a preocupação emerge como uma condição prévia ao movimento de aprender, tornando o Ser apto a esse contínuo exercício de aprender e fazer a sua entrega do aprendizado ao outro com quem convive, e como em um círculo hermenêutico, abrindo-se a novo aprendizado, movimento transcendente e singular de cada Ser.

[...] se vai aprendendo [...] sempre tem o que aprender a cada dia uma situação nova. Inclusive, a mesma técnica, aquilo que se vai fazer é de forma diferente, tem que ter uma base, mas o momento vai te solicitar uma coisa e tu vai doar aquilo que tu tens [...] sempre vai ter algo para doar e algo para aprender. A vida toda (P3).

O encantamento permite ao *Dasein* — o “ser-aí” da enfermeira pediatra — deixar fluir uma forma autêntica de cuidar, genuína porque em sua essência brota esse sentimento que vai gerando novas e novas aproximações de cuidado, atitudes em prol do encontro com o outro — o Ser criança que ali reside naquele “ente”. E o ato de visualizar o Ser em sua essência possibilita um cuidado que nutre a essência do outro, que se dirige ao encontro e ao suporte ao que o outro necessita. Esse é o movimento de cuidado que aqui aparece de forma transcendente, porque no vir-a-ser o *Dasein* responsabiliza-se pelo projeto de felicidade que partilha com o *Dasein* da criança.

[...] uma coisa que me deixa menos pesada assim, poder trazer um cuidado mais ameno, com esse carinho, fazer com que a criança passe por isso com o menos sofrimento possível, naquele momento. Sempre que é possível, que não tenho um paciente muito grave, e que consigo interagir com ele. Essa parte me encanta, fazer com que o paciente viva comigo uma fase bacana e não uma fase triste de sua existência (P8).

[...] se fala mesmo ao pequenininho: “a tia não está fazendo nada por mal, vai passar, é só um pique. Daqui a pouquinho tu não vai levar tantas outras picadinhas!”. A gente vai falando mesmo pensando, parecendo louca assim, quem vê de fora parece que não vai entender [...] explicando, e eles ficam quietinhos, depois mostram onde foi o dodói! [...] isso é importante, conversar! [...] explicar que aquilo é necessário para o tratamento dele, e eles entendem. São muito inteligentes (P4)!

O fenômeno do cuidar transporta o Ser da enfermeira pediatra ao reconhecimento de um mundo encantador para si, de modo que se ocupar desse mundo torna-se seu projeto existencial, possibilitando adquirir *uma abertura do ser* como um disparador para a transcendência. Esse sentido se reveste de genuíno significado, tornando o *Dasein* sensível ao chamado interno de compreensão às necessidades percebidas em relação ao ente do cuidado, ou seja, a criança que passa a ser entendida como ela realmente é. No encontro de cuidado compassivo, o ser-do-outro é visto em sua singularidade, e o ser que cuida transporta-se a ele com peculiar solicitude.

[...] com uma criança intubada, algumas pessoas dizem: “chega ali e faz o procedimento!”. Aprendi que posso conversar com essa criança, posso explicar para ela, existem estudos que comprovam que mesmo em coma induzido, mesmo numa sedação, às vezes um pouco mais pesada, tu não perdes a audição. Então, porque não explicar para a criança que estou fazendo punção, que ela vai sentir um ‘pique’, ou que se ela não vai sentir talvez sintá meu toque, o meu cheiro, a minha voz! (P9).

Desvela-se, aqui, uma peculiaridade do *Dasein* da enfermeira pediatra inalienável ao caráter implícito no exercício da proximidade. Para Torralba (2009), na arte de cuidar, o

exercício da proximidade está vinculado à ética do cuidar, requer contiguidade no espaço e no tempo, no entanto, acima de tudo, envolve disponibilidade, preocupação com o outro e aproximação. Tal “proximidade não é um estado estático, mas a saída extática até o outro, o movimento ético à dor alheia” (p. 158).

[...] uma coisa muito boa poder ficar, poder brincar, poder conversar e comecei a entender mais. E isso me deixa muito bem [...] por mim passo direto dentro dos quartos ali com eles [...] é tão importante conhecer, fazer um carinho. Saber. É conseguir enxergar ela: a criança! Eles nos conhecem, conhecem a voz da gente [...] ou se pede para a mãe ir conversando também com ela porque a mãe tem que entender junto [...] é que se começa tendo mais tempo de ficar próxima, de ir ali todos os dias [...] é através desse conhecimento que eu consigo fazer isso (P4).

O aprendizado da importância da presença e da proximidade resulta em cuidado compassivo e autêntico; resulta de um genuíno movimento do Ser que cuida para o entendimento do outro em seu acontecer. E para situar o conceito desse acontecer, em uma dupla modalidade de manifestação, é necessário ponderar que

[...] não se dá ser sem o ente, e não acontece o ente sem o ser. O vínculo que se estabelece entre ambos, porém, é apenas uma ligação *quoad nos*. Nós, seres humanos, não conseguimos pensar os entes sem a compreensão do ser e a função da compreensão do ser é compreender os entes em seu acontecer (STEIN, 2004a, p. 143).

As sensações que afloram no “ser-em” no mundo da Enfermagem Pediátrica adquirem o significado de preocupação, pois se relacionam às possibilidades de sensivelmente se ocupar daquele ser que desperta um agir, determinado pela proximidade, pelo “ser-com”, centrado na defesa da criança em sua totalidade existencial, em extensão à família.

Heidegger (2012, p. 543), ao abordar a preocupação com o outro, diz:

O poder-ser, em vista do qual o *Dasein* é, tem ele mesmo o modo-de-ser do ser-no-mundo. Ele implica, por conseguinte, ontologicamente a relação ao ente do-interior-do-mundo. A preocupação é sempre, embora só privatamente, ocupação e preocupação-com-o-outro. Um ente é entendido, isto é, projetado em sua possibilidade, é apreendido no querer como um ente no qual se ocupar ou como um ente a ser conduzido a seu ser pela preocupação-com-o-outro. *Por isso*, ao querer pertence cada vez um querido, o qual já foi determinado a partir de um em-vista-de-quê.

Nessa relação entre os seres no fenômeno do cuidado revela-se a preocupação como origem e destino, concomitantemente. Desse modo particular e único, na factualidade do existir, igualmente única para cada Ser, concretiza-se o círculo hermenêutico do cuidado,

como um vir-a-ser que se reverte em possibilidades autênticas para ambos. No depoimento a seguir, as reflexões da enfermeira elucidam essa consideração:

[...] eu percebo que eu me sinto bem quando eu faço isso! E aí eu fico pensando talvez numa situação, lá naquela mente, lá naquele cérebro, lá naquelas emoções, será que isso não está fazendo diferença para ele? Ouvir a minha voz, explicar o que eu estou fazendo para ele! Claro, aquela mãe que está ali, eu estou explicando que vou fazer tal e tal procedimento, está na hora de tal medicação. Mas para aquela criança, faz diferença (P9).

O que move essa enfermeira na adoção de uma prática reflexiva e diferenciada? Que embasamento lhe permite apoderar-se de tais convicções e imprimir essa marca em seu modo-de-ser? No dito da enfermeira,

[...] isso eu acho um diferencial. Às vezes, as pessoas até tiram um sarrinho: “ele não está nem aqui, ele não está ouvindo”, eu digo: “Quem disse? Porque não?” Talvez a gente não consiga dimensionar o quanto! A gente não consegue, não é palpável, o quanto aquela criança, numa sedação mais pesada, num coma induzido, ligada ao respirador, mas o ser humano ainda não conseguiu entender todo o cérebro humano, eu acredito, estão aí as pesquisas científicas mostrando o quanto o cérebro da gente é capaz, e a mente e as emoções [...] tem isso por trás, tento trazer para o meu cuidado do dia a dia! (P9).

A explicação de Heidegger (2012, p. 543) para o fenômeno do querer pode ser aplicada à interpretação das reflexões da enfermeira:

Para a possibilidade ontológica do querer são constitutivos: a prévia abertura do em – vista – de – de – que em geral (o ser – adiantado – em – relação – a – si), a abertura - daquilo - de - que - se – ocupar (mundo como o onde do já-ser) e o projetar-se entendedor do *Dasein* em um poder-ser para uma possibilidade do ente “querido”. A totalidade fundamentadora da preocupação é entrevista no fenômeno do querer.

Ao *Dasein* da enfermeira faz sentido o projetar-se em prol da criança, atendendo a uma abertura ao se ocupar do cuidado, seguindo a inclinação do seu querer, colocando na cotidianidade seu modo-de-ser-no-mundo. De modo análogo, exerce influência primordial o chamamento interior que brota no âmago da enfermeira para sua aproximação deliberada do “querer” cuidar da família da criança, por conta das convicções que internalizou como existenciários fundadores da constituição do Ser-criança. A família, não só o pai ou a mãe, mas a família em sua unidade constitucional integra o existenciário do agir da enfermeira, pela compreensão da preocupação no fenômeno do querer, como compreendido em Heidegger (2012).

Essa compreensão encontra-se elucidada a seguir:



[...] tanto a criança como a família! [...] nos acionam para que se reflita sobre aquilo que se está fazendo: o cuidado, e que se vá além! A criança, além de estar em constante mudança, crescimento e desenvolvimento, a espontaneidade da criança. A criança nos traz muito, nos questiona, de uma forma muito pura, sobre aquilo que está sendo feito. Quando tem idade de verbalizar isso fica mais evidente, e é por procuração quando a criança é menor, daí a família nos aciona nesse sentido, de uma forma bem evidente, traduzindo as necessidades daquela criança para o cuidado (P10).

[...] cuidar em Pediatria é proporcionar o bem da forma que se pode, naquele momento visando, às vezes, nem a cura, mas visando o restabelecimento, a melhora daquele quadro daquele paciente no momento. Gosto de poder cuidar num conjunto: não ver só o paciente isolado, ver o paciente, a família, o cuidador do lado, o quanto se forma um conjunto de cuidado nesse nosso trabalho! Não nos vejo isolados, nos vejo muito em grupo (P8).

A expressão “fazer o bem da forma que se pode naquele momento” mostra a entrega do cuidado em toda a sua possibilidade, mediante a perspicácia da presença, no sentido de que sua manifestação não pode ser postergada: é no aqui e no agora da convivência. Torralba (2009) expressa uma concepção de cuidar para além da técnica e do conhecimento e que se refere, particularmente, à ação propriamente dita do cuidar que não se detém no *como*, nem no *quê*, mas em sua genuína intenção. Nas palavras do filósofo, “cuidar de alguém é buscar seu bem, é velar por sua saúde [...] e isso pressupõe colocar todos os recursos técnicos e humanos a serviço do paciente” (TORRALBA; 2009, p. 122).

Peculiar olhar emerge da compreensão da totalidade que vem a se constituir no ocupar-se do cuidar à criança, e remete ao *Dasein* da enfermeira o entendimento de que aquele ser do qual se ocupa – a criança, somente será visualizada em sua inteireza se o olhar contemplar a família – “a família faz parte da criança”. No íntimo da enfermeira o essencial está em que o Ser criança não se concretiza na totalidade sem suas raízes fundadoras, que se originam da família.

A família faz parte da criança, não consigo enxergar a criança sozinha sem a família, a família faz parte e não se cuida só da criança, tem que cuidar da família junto! Não estou cuidando só de uma criança, a criança não é um ser isolado, faz parte daquela família, e precisa da família e a família precisa dela (P5).

Dessa ótica brota a preocupação com o todo da criança que possibilita à enfermeira alcançar a compreensão que o cuidado também não pode ser compartimentalizado; é exercido a partir de uma visão, igualmente, totalitária para acessar o Ser integral. A enfermeira compreende que cuidar é mais do que curar, e para tanto visualiza, em seu fazer, uma possibilidade de auxiliar a família a alcançar seu *poder-ser mais-próprio* (HEIDEGGER, 2012, p. 725) para cuidar, inspirando-se no cuidar da enfermeira.

Tal proposta de cuidar a família também se caracteriza pela legítima compreensão de que — como ser finito que cada um é — é preciso caracterizar o Ser como: “um ser para uma possibilidade, isto é, para uma possibilidade assinalada do *Dasein* ele mesmo. Ser para uma possibilidade, isto é, para um possível, pode significar: empenhar-se por um possível, ocupando-se de realizá-lo efetivamente” (HEIDEGGER, 2012, p. 717).

Não estou só preocupada com a parte técnica, em curar aquela criança. Não adianta curar e ter afastado essa criança da família. Às vezes, passam meses aqui internados, se não permitir que a mãe participe, se não inserir a mãe nisso, não posso querer que depois consiga cuidar, que leve a criança para casa, que tenha o mesmo cuidado, o mesmo carinho (P5).

O cuidado, temporalizando-se no acontecer do *Dasein* cuidador – a enfermeira – acompanha a evolução de uma história construída ao longo de uma trajetória de cuidado no mundo existencial da Enfermagem Pediátrica. Assim, revela o círculo hermenêutico do cuidado que, na leitura consecutiva dia após dia no devir da construção lapidada na constituição de uma estrutura fundamentadora, imprime sua marca, e como fio condutor une os pontos dessa trama revelando-se no agora do cuidado, em sua temporalidade – passado – futuro – presente, no “sendo” existencial. A sequência a seguir explicita esse entendimento:

[...] o Sistema de Permanência Conjunta era mais ou menos isso. E durante este tempo em que os pais estivessem lá, as enfermeiras tinham que falar...trabalhar com as mães (P1).

O cuidado da criança está sempre ligado ao cuidado com a família e não se pode ver a criança isolada. Aqui sempre se valorizou isso. Quando estudei na UFRGS era assim, quando entrei aqui era assim e se tenta ir evoluindo, mas mantendo essa premissa que antes de estar doente a criança é uma criança que faz parte de uma família, que tem uma vida lá fora, e que o cuidado dela aqui dentro é um momento. Tem que ser respeitada toda a história dela e da família (P5).

Considerando-se que, se, no passado histórico as enfermeiras, em seu fazer cotidiano, assumiam o compromisso de estar ao lado da família enquanto esta estivesse acompanhando o filho (a) durante a hospitalização, e aproveitavam esse momento para o encontro dialógico com as famílias, certamente estavam lançando a semente para a configuração desse modo de cuidar em Pediatria. Segundo Heidegger (2012, p. 173), o sentido aqui entendido é “demorar-se em”, significando “estou acostumado, familiarizado com, cuido de algo”, mantendo-se no tempo. Assim, pode-se compreender que hoje a repercussão dessa proposta internalizada é a reprodução daquele comportamento temporalizando-se no existir da Enfermagem Pediátrica. O fio condutor que une os elos desse enredo exerce sua função na plenitude de uma jornada

acadêmica e assistencial, fornecendo a base de um saber que perpassa os tempos, projetando-se nos espaços de cuidado por meio do fazer teórico e prático dos atores envolvidos nessa construção.

Desde o início! Esse modelo de cuidado [...] cada período é um período novo [...] como que isso entrou, como é que entra essa nova ideia? [...] tem que entrar no conceito. Esse conceito tem que entrar na cabeça de todo mundo, no modo das pessoas fazerem as coisas [...] na relação com as crianças, na relação com os pais (P1).

Não dissociar esse binômio: paciente e família [...] tem que dar essa continuidade. Então, de lá do início vem vindo muita melhoria, apoio, serviços de apoio cresceram [...] isso é a essência da coisa. E cada vez se inserindo nas pessoas que entram no serviço, as pessoas novas, com esses objetivos [...] elas vão pegando esse gancho e seguindo (P3).

[...] temos que pensar que aqui é uma fase, um período que a criança está passando e que se precisa manter todo esse vínculo, essa estrutura, a vida da criança, respeito à família, a participação da família. Antes de ser um doente é uma criança [...] uma criança inserida numa família (P5).

[...] não trabalhas só para a criança, não prestas assistência só para a criança, é a família, é a cuidadora, é o pai, é a mãe, ou uma avó! Então, tens que ter esse olhar, eu acredito, tu cuidas da criança, mas também cuidas da família, isso é um diferencial da Pediatria, quando prestas assistência na Pediatria (P9)!

O sentir que desempenha bem sua missão de cuidar de modo total – mundo maior, onde o “ser-com” as crianças e os outros cuidadores – repercute na recompensa e na afetividade pela profissão, e estende-se na dimensão de pertencimento ao local onde exerce o cotidiano do cuidado. Igualmente, desvela o cuidado autêntico, como uma atenção plena no presente. Revelações dessa natureza podem ser encontradas nos trechos a seguir:

[...] Como um grupo se consegue! [...] no HCPA, no nosso serviço, fazer muito isso, o que é um diferencial para mim e o que me faz gostar muito de trabalhar em grupo aqui, se consegue desempenhar bem esse papel (P8)!

[...] a Pediatria tem essa coisa de “ou ame, ou deixe”. É como a criança é, não tem mais ou menos. As trocas que recebemos da criança são muito especiais. Tem coisas que não tem preço. Se tu ficar só nessa questão: “vou ter que puncionar”, mas se tu ver que tu pode interagir [...] a glória do enfermeiro pediatra é quando criança te escolhe para fazer o procedimento. Ela sabe que terá que tomar a “agulhada”, mas quer fazer contigo porque sabe que contigo vai doer, mas vai ser de outra forma. Ela se sente segura, tem que ter confiança na pessoa que vai fazer [...] é o retorno com relação ao trabalho aqui: não se pode ficar só na dor (P6).

A hermenêutica dos depoimentos permite compreender que as enfermeiras buscam, no exercício de cuidar da criança, mas também da família, transcender ao caráter unicamente científico na tentativa de adquirir um conhecimento global e integral da realidade. A essa

visão Torralba (2009) atribui a noção de sabedoria, fundamental para o filósofo, no entendimento de que a Enfermagem não pode ser reduzida única e exclusivamente à categoria de saber científico, à medida que

[...] o exercício de cuidar requer um conhecimento integral da pessoa, pois o desenvolvimento do cuidado não se refere exclusivamente a determinadas parcelas da pessoa doente, mas sim a sua totalidade. Na práxis da Enfermagem é absolutamente necessário articular uma sabedoria sobre o ser humano e sua circunstância [...] referimo-nos à sabedoria que dá a experiência, a maneira de se relacionar e a habilidade em manejar e conviver diariamente com os pacientes (TORRALBA, 2009, p. 36).

A linguagem em seu movimento, desvelando o *Dasein* das enfermeiras, reproduz seu mundo vivido quando expressa as compreensões alcançadas na temporalização do processo criativo e criador que se explicita na concepção de cuidado, ao qual dão forma nos movimentos de aproximação à criança, à família e à equipe. A revelação do *Dasein* das enfermeiras aproxima-se da estética, plasmando-se na arte de cuidar, fruto das incontáveis vivências de sua trajetória.

Compartilha-se com Gadamer (2014, p. 116-7) a tecitura de suas reflexões, fazendo-se uma analogia à estética da arte com a arte de cuidar, singular aprendizagem:

A experiência estética não é apenas uma espécie de vivência ao lado de outras, mas representa a forma de ser da própria vivência. Assim como a obra de arte é um mundo para si, também o vivenciado esteticamente como vivência distancia-se de todos os nexos com a realidade [...] Na vivência da arte se faz presente uma riqueza de significados que não pertence somente a este conteúdo específico ou a esse objeto, mas que representa, antes, o todo do sentido da vida. Uma vivência estética contém sempre a experiência de um todo infinito. E seu significado é infinito justamente porque não se conecta com outras coisas na unidade de um processo aberto de experiência, mas representa imediatamente o todo.

A história de cada *Dasein* cuidador, em seu desvelar, revela uma construção de cuidado que representa o todo do qual faz parte, na temporalidade de seu acontecer. O cuidado comporta-se como uma entidade que transita por todos os espaços em que ocorre esse acontecer – o cotidiano do mundo da Permanência Conjunta que mostra a face de hospital-escola e o mundo de cada *Dasein* que nele passa a habitar na situação de ser no mundo do hospital. O cenário do cuidado em Enfermagem Pediátrica mostra-se como uma tela em ininterrupta criação, produto do movimento articulado de seus artistas, lidando com as cores e texturas de seu “Ser-aí” junto com outros *Daseins* com quem se expressam nessa espiral de cuidar/ cuidando /cuidado.

## 6.4 As múltiplas faces do Cuidado

Partindo-se da origem do cuidado em Enfermagem Pediátrica trata-se, neste tópico, da criança como polo fundamental desse cenário, e a família, abrigando o “ser-criança”, constituindo-se em núcleo de cuidado, e ambos entendidos na totalidade de seu existir. Para tanto, a fim de unir os elos dessa compreensão, alinhava-se o movimento de construção desses existenciários fundamentais do cuidado que se explicitam nos temas “Cuidado em Enfermagem Pediátrica”, “Cuidado Autêntico” e “Cuidado espiritual”.

### 6.4.1 Cuidado em Enfermagem Pediátrica

O cuidado é considerado uma totalidade integradora ao fazer da enfermeira, constituído por uma série de significados, atitudes, ações, comportamentos, dando forma à entrega do projeto existencial àqueles com quem convive, partilhando seu ser-no-mundo; emerge de seu Ser, na alteridade e na facticidade de seu existir e na de seus semelhantes, na cotidianidade e na transcendência; constitui um círculo hermenêutico, pois tem como base a pré-compreensão, nela fundando-se e alimentando ininterruptamente uma cadeia de momentos que brotam de si para o outro e novamente para si e, assim, sucessivamente, na dialogicidade e interação entre os seres.

Partindo-se da premissa de que o cuidado é a essência do Ser, torna-se vital buscar as raízes desse acontecer para a *Enfermeira pediatra*: como o cuidado se constitui, como é entregue — na legítima compreensão da palavra —, como flui de si para o outro e como é percebido? São questões profundas que norteiam essa investigação. No diálogo entre os atores do cuidado e os referenciais filosóficos vão se delineando compreensões fundamentais.

A compreensão de *Ser e tempo*, de acordo com o psiquiatra Ludwig Binswanger, em sua obra publicada em 1953, intitulada *Formas fundamentais e conhecimento do Dasein humano*<sup>37</sup>, e que Stein (2004a) recapitula em seus estudos acerca das contribuições heideggerianas, mostra que o *Dasein* é interpretado como *cuidado*

---

<sup>37</sup> BINSWANGER, L. Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Zürich: Max Niehaus Verlag, 1953.

[...] e é analisado profundamente do ponto de vista fenomenológico e ontológico em todas as suas articulações e estruturas. Nesta obra se recorre sistematicamente a dimensões que ficavam atrás da análise intencional, fundando-se uma pura analítica existencial ontológica, combatendo-se ao mesmo tempo e superando-se a ontologia de Descartes tão extraordinariamente prejudicial à ideia de psicologia. Já no conceito de existência está contida a relação de convivência, o ser-com e o ser-com-outros-Daseins de modo implícito. Mas ele é derivado da comunidade do cuidado. Seu sentido mais profundo é a solicitude antecipadora, isto é a liberação do outro para sua própria existência (STEIN, 2004a, p. 44).

A essência desse movimento de liberação do outro para sua própria existência parte de uma convicção peculiar de que o outro é um ser digno de profundo respeito, salientando-se, aqui, a preservação da vida, enquanto bem maior. Tal compreensão explicita-se no depoimento a seguir:

[...] não estás na frente de um computador, não estás fazendo uma tarefa muito prática, estás com uma vida, com outro ser na tua frente, que naquele momento depende de ti, ou porque estás fazendo um procedimento, um procedimento físico [...] isso é uma das bases que norteiam, se está cuidando, está tocando num outro ser, numa outra pessoa, doente, com dor, necessidades físicas, biológicas, espirituais, e que vai ter uma troca, uma troca de energia (P9).

Tocar em outro ser, com sentido de cuidar, revela-se uma dádiva e uma responsabilidade, nutrindo-se concomitantemente, à medida que gera a possibilidade de reconstrução existencial pela autocompreensão do significado de cuidar, promovendo um crescimento pessoal para a entrega de seu melhor.

[...] estou tocando naquela pessoa, naquela criança, eu estou passando um pouco da energia daquilo tudo que, talvez eu tenha vivido na noite anterior, no meu dia! Então, a gente se despiu um pouco das coisas negativas, das coisas ruins, de um egoísmo, de uma correria, para que naquele momento aquela criança seja preservada, seja uma troca de energia boa, uma sintonia boa para ela, que está doente, precisando do meu cuidado (P9).

O sentido que aqui se explicita revela uma entrega que procede do íntimo do ser cuidador, algo que não é palpável, mas pode ser sentido por aquele que é tocado. Flui em um momento de proximidade entre dois seres, em que cada qual mantém seu espaço, mas nas tramas invisíveis entre os Seres algo se faz presença: é o cuidado. As revelações de um cuidado autêntico, fundado na presença e na solicitude, apontam para a condição denominada por Heidegger (2012, p. 555) de comportamentos do Ser mediante “preocupação” e conduzidos por uma “entrega” a algo, explicados como

uma constituição-de-ser que já cada vez as fundamenta. Só esta possibilita ontologicamente que esse ente possa ser designado onticamente como *cura*. A

condição existenciária da possibilidade de ‘preocupações-da-vida’ e de ‘dedicação’ a algo deve ser concebida como preocupação (HEIDEGGER, 2012, p. 555).

O cuidado emerge de uma essência – *preocupação* - que se move na intenção de promover o outro ser para sua existência plena de sentido e, portanto, abrange uma conotação para além da condição biológica da existência. Em relação aos estudos acerca da vida humana e da premissa que a vida humana é mais que “o objeto bioquímico”, Stein (2004a, p. 183) argumenta:

não poderíamos falar do genético sem fazê-lo preceder por algo que é da ordem da deliberação, a pré-compreensão. Uma tal dificuldade nos obriga a perceber que a vida humana não se reduz à materialidade da coisa bioquímica, exigindo-se que a vida humana se constitua pelo próprio fato de o ser humano se compreender previamente [...] Assim, o fato da vida humana que delibera, rompe a barreira da coisa bioquímica, acrescentando, assim, a si mesmo, a auto-compreensão que é mais do que os componentes genéticos. A vida humana é mais que a soma dos elementos genéticos que lhe servem de vetor.

Trata-se de uma característica inalienável da vida humana que representa a possibilidade de refletir, ponderar e decidir. O ponto primordial a ser considerado é o modo como o ser humano se compreende e autocompreende no mundo. Isso reside na constante antecipação de sentido em que a vida humana se compreende. Essa dimensão está atrelada ao acontecer da autocompreensão inerente à vida humana como vida que vai se constituindo como mundo e nele se autocompreende, e, assim, se constitui em condição de possibilidade de a vida poder ser pensada como vida humana (STEIN, 2004a).

O cuidado em Enfermagem Pediátrica, em suas dimensões ética, estética e técnica, não pode ser descontextualizado, pois faz parte do Ser enfermeira, e Ser como ser-no-mundo vive a mundidade como um de seus existenciários básicos, o que inclui dizer que o entorno do Ser não pode passar despercebido.

[...] tenho que trazer o aqui e agora: o objetivo é essa tônica na criança! Ela nos instiga, ela a criança, e a família, na busca de tudo isso! [...] estar bem enquanto equipe para fazer esse cuidado. Esse cuidado não pode ser dado somente pelo enfermeiro. Ele tem que estar muito forte dentro da equipe multidisciplinar. A Enfermagem, o enfermeiro tem esse papel muito importante de ser integrador! A família e a criança nos levam a isso e a gente trabalhando com essas necessidades básicas, que é a necessidade do ser humano de uma forma integral. Não vejo como a Enfermagem não ter e não ser esse papel integrador para poder cuidar integralmente de uma forma mais holística, realmente se precisa ter um olhar para todos esses aspectos (P10).

[...] logo que começou tinha professores que se negavam a encaminhar, investigar, avaliar! Hoje as pessoas já são mais abertas e sensíveis para isso. E muitas vezes

antes de chegar na equipe de proteção, teve o psicólogo [...] coloca sua percepção, daí vem o enfermeiro com a sua percepção, aí vem o assistente social que foi chamado para avaliar! [...] a gente acaba fazendo uma rede que consegue sensibilizar! [...] quando não é uma coisa gritante e que vai aparecer com o tempo, quem consegue dar o start para esse processo é a enfermagem porque a gente passa 24h com a criança! [...] tem as nossas passagens de plantão, e sempre vai ter alguma equipe ali olhando, vendo, acompanhando e se percebe muitas coisas (P7).

A Enfermagem Pediátrica apropria-se da condição de ser referência e elo entre equipes e assume essa posição de advogar pelos pacientes e famílias sob sua responsabilidade. Ao assumir a condução do projeto de cuidado no “ser-com-o-outro” – “a gente acaba fazendo uma rede que consegue sensibilizar” (P7) — na relação de cuidado a Enfermagem percebe-se envolvida e compromissada com o “vir-a-ser” daquele com quem partilha o cuidar.

[...] se faz a maioria dos encaminhamentos para que as coisas aconteçam e se participa dessa avaliação, desse processo trocando ideias, para que essa criança consiga, além de receber o tratamento necessário, sair daqui com uma quase certeza de que vai ficar bem lá fora! Muitos retornam e aí as coisas acabam tendo que ser também encaminhadas de uma forma a investir mais, ir mais adiante, mas acaba aparecendo, se não na primeira, na segunda internação [...] a enfermagem é primordial para isso. Muitas situações não teriam sido vistas e avaliadas e abordadas, até muitas vezes são coisas mais simples que tu consegue resgatar da família, outras são mais sérias (P7).

Significa ainda dizer, corroborando esse raciocínio, que para Cuidar há que se concretizar essa abertura do Ser para o olhar ampliado que os participantes — seres que cuidam e são cuidados reciprocamente — merecem para conquistar e manter seus projetos de felicidade, pois, em “uma resposta social aos diversos desafios da saúde, não se pode prescindir do diálogo com os participantes ‘de carne e osso’ que constituem esses coletivos, a qual não se constrói efetivamente senão numa relação de Cuidado” (AYRES, 2004, p. 28).

Essa compreensão, especialmente em se tratando desse mundo desafiador, onde integrar é a tônica do Cuidado, possibilita descortinar uma visão abrangente sobre as dimensões envolvidas no cotidiano da Enfermagem Pediátrica.

#### 6.4.2 Cuidado Autêntico

O lado humano do cuidado flui no acontecer da reciprocidade entre os seres envolvidos na ação de cuidar. As enfermeiras, ao longo de sua trajetória como ser-no-mundo, identificam-se com o que fazem e reconhecem os elementos essenciais que diferenciam esse fazer e a quem dirigem seus projetos de cuidado. Percebem que para além da esfera biológica,



a existência se funda em uma totalidade de corpo, alma e espírito, imersa em uma realidade única, pessoal e intransferível.

O ser-no-mundo é, segundo Heidegger (2012), uma estrutura originária e um *todo* constante, mesmo diante da multiplicidade de fenômenos que constituem o todo estrutural e o seu cotidiano modo-de-ser. Portanto, esse olhar unitário é fundamental para o entendimento do *Dasein* na trajetória existencial do Ser.

Corroborando essa compreensão,

a pessoa não é nem coisa, nem substância, nem objeto. [...] À essência da pessoa pertence o existir somente na execução dos atos intencionais; e, assim, ela, por essência, não é objeto [...] O que está em questão é o ser do homem todo, que se costuma apreender como unidade de corpo-alma-espírito. Por sua parte, corpo, alma, espírito podem designar âmbitos de fenômenos que, no propósito de determinadas investigações, podem ser tematicamente separados [...] Mas na pergunta pelo ser do homem, o ser não pode ser calculado pela soma de modos-de-ser do corpo, da alma e do espírito (HEIDEGGER, 2012, p. 155-7).

O reconhecimento da unicidade do Ser impulsiona a compreensão de que o cuidado a ser entregue é, ao mesmo tempo, uma totalidade que se faz presença e que não pode ser considerada um somatório de partes que o integram e, sim, constitui-se em uma identidade totalizadora.

O cuidado em Enfermagem Pediátrica [...] um grupo que continua o seu trabalho a cada turno e que proporciona isso [...] um diferencial, comparando a outros lugares que a gente vai [...] a Enfermagem Pediátrica tem esse olhar de um cuidado com carinho, um cuidado que se preocupa, um cuidado que vai além de realizar procedimentos em um determinado momento. Se engloba um mundo maior, o cuidado físico, o cuidado emocional, o cuidado espiritual, o cuidado em família, o cuidado social (P8).

O cuidado que vai além desvela o sentido da transcendência imbricada na concepção de cuidado autêntico. E somente pode ser assim visualizado, justamente porque não está preso a determinado momento temporal e sim na temporalização que acompanha o *Dasein* da enfermeira enquanto cria seu projeto de cuidado, envolvendo-se na temporalização da existência do ser-no-mundo com quem partilha o projeto em curso. O cuidado com suas múltiplas dimensões emerge como um mundo, pois adquire a totalidade existencial do seu criador – o *Dasein* da enfermeira.

A compreensão que pode ser alcançada revela na expressão um cuidado que se preocupa a entidade que o cuidado assume, transportando o *Dasein* da enfermeira na realização que dele deriva, mas que só ocorre porque dele provém. O cuidado é a essência do Ser. E é a essência da preocupação que toma corpo na criação e na entrega – o cuidado -

mediante o fazer da enfermeira. A preocupação é o fio-condutor, essência reiterada pelas enfermeiras na progressão de seus discursos.

Nesse ponto localiza-se singular compreensão: o cuidado emerge do potencial criador que reside no Ser que ilimitadamente tem diante de si as possibilidades de nelas e por elas criar sua própria existência e, de modo simultâneo, participar da construção e reconstrução dos projetos existenciais de outros *Daseins* (STEIN, 2004a).

Tem que ter esse olhar [...] Nós somos aqui vários enfermeiros e não somos iguais, mas temos características diferenciadas para trabalhar com Pediatria. Tem coisas nossas que nos mobilizam que é fundamental. Ao mesmo tempo, é uma área que exige muito tecnicamente, exige bastante estudo [...] mas que também tem esse lado que nós não podemos deixar esse lado humano! De que em alguns momentos vamos ter que quebrar a regra e que não pode ser daquela forma tão rígida (P6).

[...] a Pediatria tem essa conotação especial de ter esse olhar. Especial por se lidar com um ser que está começando uma vida que tem todo um desenvolvimento pela frente que se a gente não se preocupar com ele, enquanto estiver aqui dentro, como é que vai ser o futuro dele? Também se é responsável por isso! Quantas coisas se evita que aconteça com essa preocupação que se tem (P2).

Responsabilizar-se pelo futuro da criança, sob a ótica da enfermeira pediatra, significa olhar para ela com suas potencialidades de um vir a ser na esfera do desenvolvimento humano, que necessita de proteção, com base na *preocupação* por seu projeto de vida, sentindo-se vinculada a essa construção existencial. Ao mesmo tempo, as repercussões do cuidado autêntico, fundadas na preocupação com os Seres de cuidado, marcam sua passagem no mundo do cuidado e incidem em ampliação de espaços para a Enfermagem Pediátrica - pela competência reconhecida - e a aquisição de maior respeito pelo espaço conquistado.

[...] Se conquista espaços, porque se conquista o respeito se preocupando com essas coisas, que agora as pessoas estão se dando conta: “nós temos que pensar no cuidado humanizado!” e eu fico: “que bom que vocês estão pensando agora como já se pensava há 30 anos atrás!” (P2).

Pode-se entender o sentido da preocupação com caráter de profunda proteção, solicitude. Para a enfermeira cuidadora, a arte de cuidar projeta um olhar para a humanidade daquele “ser-criança” singular em sua essência, vivendo suas dores físicas e emocionais advindas das mudanças existenciais inerentes à trajetória de sofrimento percorrida desde que a doença, hospitalização e tratamento passaram a fazer parte de sua vida. Resulta desse partilhar da existência a convicção de que os momentos são únicos, o significado do cuidado é absorvido por cada criança de modo distinto, e para a enfermeira o cuidado adquire o caráter

de “atenção plena, assim presente naquilo que tu está fazendo” (P6). Na linguagem emocionada da enfermeira,

[...] existem momentos difíceis de dor, de perdas. Convivemos muito tempo com essas crianças. Quando uma delas morre, a gente fica triste! Não tem como não se emocionar, mas não é só isso que acontece. Ao mesmo tempo em que está morrendo um - uma criança em que eu tinha um vínculo muito forte, está chegando outra - se abraçou em mim e disse: “tia, tu voltou!”. Temos que valorizar tanto uma coisa quanto a outra. As duas coisas aconteceram e é esse o papel fundamental. Fui importante para aquela criança e ela foi importante para mim naquele momento em que estava ali, em que precisava de mim e não precisava mais, e tem uma aqui precisando. Então é aqui mesmo que se tem que estar [...] atenção plena assim presente naquilo que tu está fazendo. E a criança percebe isso. Então essa é a questão da Pediatria! A criança te puxa para as coisas (P6).

O respeito ao tempo exigido pela criança ou pela família requer que, acima de tudo, a profissional esteja no seu momento presente, internamente vivido, o que desencadeia o movimento de presença e solicitude na esfera do “ser-com-o-outro”. É o tempo de cada um em seu processo existencial. Essa percepção gera a atitude de estar disponível ao cuidado, e o cuidado flui naturalmente, estreitando vínculos, mantendo a firme certeza de que o caminho adotado é correto. Sensação de inteireza que, por sua vez, impulsiona a novas e sensíveis aproximações, para bem-sucedidas relações de cuidado (AYRES, 2006). Desvela-se no compartilhar da experiência da enfermeira:

sempre que tenho a oportunidade de fazer uma internação, nesse momento já me coloco disponível a qualquer coisa. Depois, me coloco na posição de que talvez não entenda fisicamente o que estão passando, da dor que estão sentindo, mas naquele momento estou ali para ajudar e fazer o melhor possível. E dessa forma, estreitar os laços e se colocar disponível. Quando chegas num lugar e és recebido com frieza, sem criar aquela empatia com a família e a criança, as próximas internações vão ser muito mais difíceis (P8).

Na progressão da reflexão de P8 emerge que a simplicidade, a humildade, ou seja, ser franco, verdadeiro e abrir seu Ser para o encontro do Ser do outro, é do mais alto significado para a essência do cuidado autêntico. Torralba (2009) ilumina a compreensão que, no momento único do cuidado, essências se aproximam, se entrelaçam, e passam a constituir o “nós”, numa construção partilhada.

Então, num primeiro momento, se tu consegues fazer as coisas mais simples, é uma escolha acertada, naquele momento da internação. Quando essa internação não acontece com a gente, e em algum momento vamos receber essa criança, sempre é o momento de fazer isso. Não existe um “ah, essa criança não peguei desde o início da internação e então...”. Não! É um momento (P8)!

Cada momento é único e transformador, é vivido no aqui e no agora de cada experiência, igualmente rica para todos que nela se envolvem com a inteireza de seu Ser.

[...] é um grupo, se 80% do grupo fizer esse trabalho se está num bom caminho [...] estreitando esses laços se consegue melhorar o cuidado. Mas não tem um tempo, quando se sente que pode entrar, não é sempre que as portas estão abertas. Às vezes, a família é que impõe um muro pela negação, pela dor, ou processo que está passando. Mas aos pouquinhos, se vai... não se pode perder a esperança e nem a certeza de que se está fazendo a coisa certa (P8)!

A expressão heideggeriana - *o tempo é o horizonte do ser* - incita à compreensão de que pensar criança e família é pensar no tempo próprio de cada uma em sua singular vivência. Recuar em sua lógica própria para entender a lógica do outro é, por si só, fruto de uma pré-compreensão. Compreender que nem sempre a família e a criança estão preparadas para a interação com o profissional, respeitando esses limites existenciais na construção do processo de enfrentamento, único a cada ser, explicita peculiar demonstração de empatia pelo tempo no desenvolvimento pessoal do Ser-família e Ser-criança, aflorando no *Dasein* da enfermeira.

Então, na primeira negativa que se tem, se vai para trás, espera. Dá o tempo para família e volta depois. Pelo menos é assim que sempre fiz. E os laços se estreitam muito! Criam-se vínculos fortes e até amigos [...] todo paciente merece o mesmo vínculo independente do tempo que fica ou da cronicidade da sua doença ou do crítico (P8).

A interpretação dos discursos possibilita alcançar a profundidade da manifestação da presença, no cuidado autêntico. As ações ganham um cunho de respeito ao outro ser, em sua própria presença e tempo próprio. É reconhecer a temporalidade do outro, expressando-se em sua presença – no tempo presente daquele Ser. É um diálogo de presenças, também sendo reconhecida a negativa possibilidade de se mostrar presença. O tempo faz parte do Ser e lhe confere presença. Acerca da presença, Heidegger (2012, p. 887) diz:

o ser resolutivo precursor abre cada vez a respectiva situação do “aí”, de tal maneira que a existência em ação, vendo-ao-redor, ocupa-se do factualmente do mundo-ambiente [...] o ativo fazer-que-venha-de-encontro o presente do mundo-ambiente, só é possível em um presenciar desse ente. Só como presente, no sentido do presenciar, o ser-resolutivo pode ser o que é: o indissimulado deixar vir-de-encontro o que ele, agindo, toma em mãos.

A presença é o resultado do próprio Ser. O Ser fazendo-se presença no movimento do agir preocupado em ver-ao-redor - o que mostra a propriedade do “olhar” com significado para além de apenas ver – alcança a criação de seu projeto de cuidado que, para Heidegger

(2012, p. 887-889), significa “tomar em mãos”; fazer-se presença como projeto de cuidado, é assim explicado:

o ser-resoluto, presenciando, põe-se na situação. O ser-do-sido surge do futuro, e de tal maneira que o sido – ou melhor, que está sendo sido – faz o presente resultar de si. Desta forma, esse fenômeno é um fenômeno unitário, isto é, como futuro sendo-sido presenciante nós o denominamos temporalidade [...] A temporalidade descobre-se como o sentido da preocupação.

Algumas atitudes revelam-se potencialmente indicativas de uma preocupação genuína com o bem-estar daquele ser para quem a Enfermagem Pediátrica dirige o seu olhar, e criam forma na estética do cuidado. Pode-se perceber acerca do “toque” como cuidado na narrativa da enfermeira:

[...] o toque faz a diferença [...] a criança gosta daquele toque, de se sentir aconchegada no colo do seu pai e da sua mãe [...] é nítido para mim, fui vivenciando na prática: fazia um analgésico e aquele choro não passava, o estresse e a ansiedade da criança, aquele desconforto [...]. Aí tu tocando, se o familiar não está ali, a gente mesmo tenta dar o colo [...] vai arrumando a criança [...] vai se revezando: “é minha vez, então vou dar o colo!” (P9).

Oportunidade de inigualável sensibilidade, o toque é arte que flui e aproxima o cuidador profissional ou familiar na sintonia de corpos que, se entregando ao conforto promovido e experienciado, alcançam peculiar estética que se revela na tranquilidade transformadora, e a dor do corpo e da alma podem transmutar.

E se o familiar está ali sempre se tenta proporcionar para o familiar. E eles gostam e querem porque, às vezes, seu filho ficou tanto tempo deitado na cama, sem poder tocar. Claro, que a primeira oportunidade, querem pegar seu filho no colo (P9).

Movimento sublime, empático e desejado, o toque é pluridirecional, atinge a essência do Ser, como espelho da alma, transcende ao olhar, unindo os corpos de cuidado – a criança, o familiar e a enfermeira.

[...] quando a gente coloca [o filho no colo] se percebe que a mãe relaxa, mostra alegria com o sorriso, agradece e o filho já tenta conectar com o olhar, eles ficam se olhando muito, isso chama a atenção! A criança, o bebê, ou até um maiorzinho, de três ou quatro anos, fica olhando para a mãe e a mãe fica olhando para o filho. Então eles estão ali se cuidando, através do olhar (P9).

A reciprocidade no momento do cuidar une os seres nas mais variadas situações e momentos vivenciados como ser-no-mundo. O olhar recíproco entre a criança e o cuidador

revela singular movimento de cuidado, que emerge no encontro de presenças. Como diz Torralba (2009, p. 148), o processo de cuidar envolve um conjunto de elementos, no qual a palavra tem um peso fundamental, “mas não um peso determinante, como a gestualidade. Precisamente por isso, trata-se de um diálogo, mas um diálogo mediado pelos olhares, pelas mãos, pelas carícias”.

Nos discursos, a percepção de um cuidado entre mãe e filho, proporcionado pelo toque, pelo aconchego, em momentos construídos pela Enfermagem Pediátrica para a promoção de conforto para a criança, se revela uma recíproca relação de cuidado. O cuidado que se concretiza por meio do olhar que liga dois Seres expressa uma beleza reveladora de autenticidade na estética do cuidado, capaz de transformar os projetos construídos em relação verdadeiramente dialógica. Para Torralba (2009) o cuidar é um diálogo de presenças.

Favorecer o entendimento dos processos vividos e apontar recursos facilitadores para a compreensão de que é possível apostar energias para a redução dos danos que a doença causa no viver da criança e da família, em direção ao processo de cura ou alcançar o maior bem-estar possível diante da realidade vivida, constituem-se elementos fundamentais no agir da enfermeira:

[...] paciente com internação prolongada, processo de cura demorado, enxergam uma internação muito traumática, cheia de novidades e que os restringe da vida fora do hospital. Mas a cada momento que vais plantando a sementinha de que isso não é uma coisa tão ruim, que a cura depende de processos e que podes fazer deles o menos pior possível, vão amenizando. Cada vez que entram na unidade, entram com um espírito diferente. Mais abertos, já sabem o que vão fazer, se desmistifica a ideia de enfermeiras que vão trocar: “Se tu não fizeres isso, vou te picar, vou te furar, vou te maltratar!”, não é aquela coisa “judiar do meu filho”, e isso se tira muito deles (P8).

[...] um paciente agudo, normalmente essa criança interna mal, ou vai melhorar ou sair daquele quadro [...] a equipe médica e a gente, se conversa com a família sobre a situação, sobre como é que está, a gravidade, o risco de vida [...] se procura ter esse cuidado [...] se libera a entrada de outros familiares para darem suporte para esse pai e essa mãe conseguirem passar da melhor forma possível por esses momentos (P5).

[...] dependendo do cuidado que se lhes ofereça. Quando se chega para receber o plantão eles vibram, batem as perninhas, fazem “oi” para a gente, os que falam, comentam alguma coisa. Os pequenos, o olho brilhando, têm uns que se ensinam algumas coisas e quando se chega, mostram que aprenderam aquilo com gestos e as mães dizem: “olha o que ele aprendeu contigo no outro plantão!”. Então, não se é só técnica, não pode ser, a gente é muito amor, é carinho (P3).

Expressões que mostram o êxito de desmistificar o caráter de sofrimento e dificuldades que uma internação hospitalar provoca no viver da criança e sua família, para uma leitura positiva e enriquecedora realizada pela criança e cuidadores familiares, permitem

compreender a dimensão de transmutação do caráter técnico-científico da profissão para o caráter estético e expressivo do cuidado à criança e à família. Revelam-se atitudes para que a criança, enquanto ser-no-mundo, seja preservada nesse mundo tão árido da hospitalização, e, conseqüentemente, não seja retirada traumáticamente de seu mundo próprio. Significa transcender em prol do Ser criança em sua totalidade – movimento de cuidado autêntico.

Por outro lado, esse movimento permite à criança amadurecer, ou seja, tornar-se mais aberta, pois ao sentir-se encantada com a forma como se vê acolhida em sua essência, deixa transmutar a sua dor para o enfrentamento possível, diante das vicissitudes vivenciadas. Caracteriza-se, assim, um processo de enfrentamento cuja interpretação revela crescimento pessoal e amadurecimento precoce – que tanto as famílias quanto as crianças com doenças, especialmente, as crônicas evidenciam.

[...] se acaba virando amigos cuidadores! [...] uma grande família, porque a gente também se apega e acaba fazendo um vínculo, que desmistifica muita coisa, de tirar essa ideia do trauma, da dor física [...] faz diferença e a criança demonstra isso a cada internação ou até na própria internação, em dias que fica internada se vê [...] tira esse olhar tão científico, tão técnico de cima da criança, fazer com que o mundo dela fique mais florido, mais lúdico, mais criança [...] muda muito (P8).

[...] a criança é o nosso objetivo, está ali para prestarmos o cuidado. Mas, quem tem que ter esse olhar é o profissional. Porque assim como dizemos para as crianças que tem formas e formas de fazer as coisas, para o enfermeiro vale o mesmo. O enfermeiro pode chegar e fazer o procedimento tecnicamente perfeito, mas, pode entrar mudo, sair da mesma forma, não interagir nem com a criança, nem com a mãe [...] ou pode chegar de outra forma: “de que forma vamos fazer: quer ficar no colo da mãe?”. [...] se aproximar e deixar um pouco mais confortável. E que se tenha segurança naquilo que se está fazendo (P6).

O diálogo liga-se tão intimamente ao cuidado que vem a ser condição necessária para que se concretize efetivamente. Cuidado pressupõe capacidade dialógica. Nesse sentido, “um cuidado monológico, ou seja, no qual somente um articula palavras e o outro é um sujeito completamente passivo que se limita a receber determinados vocábulos que decodifica, desemboca em uma má práxis do cuidado” (TORRALBA, 2009, p.147).

Agir com sensibilidade explícita a promoção do cuidado autêntico, construído na fluidez de um movimento esteticamente planejado, não apenas intelectualmente idealizado.

[...] é uma das coisas básicas [...] Às vezes, estou conversando com o técnico, com o auxiliar ou com as próprias mães e comentam assim: “como tu é carinhosa com ele, olha como ele está gostando!” [...] se a gente chegar a um pacientinho e, simplesmente, executar uma técnica de cara fechada ou simplesmente: “tenho que fazer isso, tenho que fazer aquilo, estou com todo o meu plano na minha cabeça!”, isso não é possível (P3).

Seguramente porque o cuidar transcende ao desenvolvimento de uma técnica “requer intuição e sensibilidade, exige, de modo ineludível, a condição humana, o *face-a-face* [...] um diálogo, mas não um diálogo no sentido intelectualista do termo, e, sim, um diálogo vital no qual o verbo, isto é, o *logos* não é o elemento central” (TORRALBA, 2009, p.146). Para o filósofo, tal elemento reside no aspecto experiencial, ou mais especificamente, sensível.

Transparência, característica do ser autêntico, revela a compreensão de renovada confiança no próprio Ser de estar fazendo seu melhor, ao mesmo tempo em que experimenta uma nobre possibilidade de auxiliar a construção de processos de enfrentamento fundados na esperança.

Para Torralba (2009), o cuidar está intimamente relacionado à esperança. Essa concepção deve-se ao fato de que o ser humano precisamente porque é vulnerável, especialmente ao vivenciar profundamente a decepção, a dor e o sofrimento, precisa cultivar a esperança. No cuidar, a transmissão da esperança supõe uma arte, estando nela envolvidas sensibilidade, técnica e uma considerável capacidade intuitiva.

Inúmeras vezes os cuidadores profissionais questionam-se acerca da comunicação da esperança, justamente por lidarem sobremaneira com situações-limite difíceis de serem enfrentadas. Torralba (2009), nesse sentido, ressalta que ao mesmo tempo em que não é admissível dar falsas esperanças ao Ser que vivencia o adoecimento, tampouco é lícito aniquilar qualquer expectativa. Transmitir esperança deve partir de uma análise criteriosa da situação vivida pelo Ser na totalidade, e quando não é possível transmiti-la, a ação de cuidar precisa dirigir-se para auxiliar o Ser na reconstrução de seu sentido existencial.

[...] se procura falar a verdade, ninguém esconde a situação da criança, sempre se dá esperanças, está sempre se fazendo o possível, se está ali é porque tem chances [...] e se entra em cuidados paliativos se vai trabalhar isso com a família, vai estar junto e acompanhando, auxiliando para que passem da melhor forma por isso (P5).

O processo de cuidar é, fundamentalmente, um diálogo. Contudo, no sentido aqui referido, não se trata do encadeamento lógico de palavras, mas no encontro de presenças que, segundo Torralba (2009, p. 148), “penetram mutuamente na interioridade alheia. Essa interiorização no mundo alheio é obra do diálogo e só é possível na desnudez, ou seja, na sinceridade”.

Presença e solicitude, elementos fundamentais do cuidado autêntico na temporalidade da convivência, revelam-se em inúmeras configurações, como na transparência das informações, na inteireza do profissional de estar com seu foco no “aqui e agora”, presente



naquilo que está fazendo e compartilhando, no encorajamento sensível, agregando esperança ao processo de lutar sem esmorecer para enfrentar as dificuldades inerentes ao adoecimento, e no auxílio para a constituição de uma rede de apoio para a família e, em extensão, à criança a fim de suportarem melhor o ambiente e o estresse da hospitalização.

A presença dialógica do cuidador também é favorecida pela presença constante da família. O trecho extraído do discurso “Sabem sempre do quadro da criança. É conversado todos os dias (P5)” mostra que, no transcurso da internação — na temporalidade que se revela permeada de constantes desafios —, os momentos de comunicação se sucedem para manter a família informada de todas as intercorrências com a criança.

Sabem sempre (os familiares) do quadro da criança. É conversado todos os dias, se necessário mais de uma vez por dia. Não tem um momento único que se conversa, a cada alteração do quadro é conversado com a família, e como estão ali o tempo todo, estão vendo [...] isso é feito 24 horas por dia! Os pacientes têm instabilidade, mudou uma droga, aumentou ou diminuiu e essas coisas são comunicadas às famílias [...] acompanham o tempo todo o que está se passando (P5).

A presença e a solicitude do cuidador denotam a preocupação em proporcionar espaço de escuta, tanto para as manifestações biológicas quanto para as emocionais, por parte da criança e da família, em um movimento integrador:

[...] interagir, saber um pouco da história [...] Quando te interessas, por pequeno que seja o momento que estejas ali, que te interessas pela pessoa que está ali deitada, é o momento de estreitares os laços e dizer “entendo o momento que vocês estão passando, me conta mais um pouco” (P8).

[...] a forma de olhar e de atender a família mudou com o tempo, podendo se ter um pouco mais de tempo para escutar, para poder apoiar [...] mesmo tendo a oportunidade de a família ficar com a criança, para a família algumas vezes era muito difícil, porque as demandas de fora às vezes eram mais críticas que a do paciente internado. Então ter esse olhar: “quem sabe vamos conversar, ver o que está acontecendo!” (P7).

O cuidado faz-se presença na intimidade do encontro dialógico. E “aquilo-sobre-que o discurso discorre”, segundo Heidegger (2012, p. 473), tem como marca o caráter da significação, precisa fazer sentido e ser expresso com sentido para que o resultado da linguagem do discurso no momento de encontro propicie ao outro uma compreensão de mundo.

Heidegger (2012, p. 459) refere-se a modos de expressão do existir que podem ser acompanhados pelo

indicador de linguagem desse momento constitutivo do discurso, que é o anúncio do ser-em do encontrar-se, reside no tom da voz, na modulação, no tempo do discurso, “na maneira de falar”. A comunicação das possibilidades existenciárias do encontrar-se, isto é, o abrir a existência, pode tornar-se o próprio alvo do discurso.

No desenrolar das vivências das enfermeiras no estreito convívio com as crianças e suas famílias, nos momentos de escuta partilhados na presença compassiva e solícita junto ao ser-no-mundo do cuidado, emergem constatações peculiares, entre as quais as seguintes:

ouvir a mãe. A mãe diz assim: “nunca vi ele fazer isso!”. Às vezes, alguém olha e diz “não, mas isso não parece!”, eu digo: “olha, a mãe conhece muito bem a criança!” [...] temos que dar ouvido! Temos que atender e, pelo menos, pesquisar! [...] se a gente tem a mãe ali do lado, que é a voz da criança, porque a criança não está falando, não está se comunicando, ela vai nos trazer muitos subsídios! Não é só um exame clínico, um estetoscópio que também vai nos dar subsídio, mas tem também todo esse lado de escutar (P2).

[...] só para ver como as informações têm que ser valorizadas! [...] sempre se tem aluno aqui, os residentes e os acadêmicos. Sempre digo: melhor do que a mãe conhecer seu filho não existe! A mãe conhece a criança melhor que qualquer um de nós [...] se a mãe te disser: “ele não está bem”, vai lá olhar que tem alguma coisa acontecendo! Nunca deixa de valorizar uma informação que ela está te dando [...] pode estar com sinais vitais normais nesse momento, mas se ela disser que ele está abatido, choroso [...] alguma coisa vai acontecer e tem que ficar de olho nessa criança (P6).

O cuidado autêntico está intimamente relacionado a um movimento de abertura do ser cuidador para com o ser do outro, e entendendo o outro naquilo que se manifesta dirige-lhe seu olhar, sua comunicação abrangente, permeada de significação. Esse movimento alcança sua compreensão na busca do *Dasein* por apreender a essência da linguagem que, como explica Heidegger (2012, p.459), se orienta “sempre por alguns desses momentos, concebendo a linguagem pelo fio-condutor da ideia da ‘expressão’, da ‘forma simbólica’, da comunicação como ‘enunciação’, da ‘manifestação’ de vivências ou do ‘dar forma’ à vida”.

Esse movimento de abertura do Ser, constitutivo do cuidado autêntico, pode acontecer por meio das possibilidades existenciárias que permitem a conexão do discurso com o entender e com a entendibilidade, entre elas, o “ouvir”. Para Heidegger (2012, p. 461), não é por acaso que,

ao não ouvir “direito”, dizemos não “ter entendido”. Para o discurso o ouvir é constitutivo. E assim como a prolação verbal se funda no discurso, a percepção acústica também se funda no ouvir. O ouvir alguém ... é o existenciário ser-aberto do *Dasein* como ser-com para os outros. O ouvir constitui inclusive o estar-aberto primário e autêntico do *Dasein* para o seu poder-ser mais próprio, como um ouvir a voz do amigo que cada *Dasein* traz junto de si. O *Dasein* ouve porque entende. Como entendedor ser-no-mundo com os outros, ele é, no seu ouvir, “obediente” ao

*Dasein-com e a si mesmo e, nessa audiência obediente, ele se torna dependente. O ouvir uns aos outros, no qual o ser-com se forma, tem os modos possíveis do seguir, acompanhar.*

Com Heidegger (2012) alcança-se a compreensão que o cuidado que emerge do verdadeiro ouvir, ou seja, a escuta com sentido de abertura do Ser para suas possibilidades mais próprias, adquire o sentido de acompanhar — cuidado autêntico. É autêntico porque fundado na dialogicidade do ser-com, originando-se do ouvir. Ser-com tem o sentido de acompanhar, estando aberto ao que o outro tem possibilidade de manifestar, respeitando seu modo próprio de Ser.

No mundo do hospital, onde as práticas de saúde permeiam o cenário do cuidado com procedimentos derivados das tecnociências, muitas vezes invasivos e dolorosos (AYRES, 2006), “a introdução de um rosto humano no aspecto tecnológico e burocrático é fundamental para o desenvolvimento do cuidado” (TORRALBA, 2009, p. 127). Nessa lógica, reside nos trechos dos depoimentos a seguir a explicitação de alguns dos existenciais vinculados ao cuidado humano em Enfermagem Pediátrica, que não prescindem do caráter da segurança do paciente, competência técnica e subjetividade, interligados e em harmonia:

[...] no sentido de o que se pode estar fazendo de interface, não perdendo aquela coisa mais subjetiva do cuidado que se precisa na Pediatria, mas também precisamos dar um cuidado com segurança [...] e como é que se chega nesse meio termo das relações, desse cuidado mais subjetivo e desse cuidado mais duro, mais técnico e mais cheio de processos? Se está nessa busca assim [...] como se pode estar harmonizando, porque a criança e a família precisam de tudo isso (P10).

[...] criar esse ambiente mais acolhedor [...] não tão preso às regras [...] ser permissivas o suficiente para ter segurança que seu trabalho não vai ser afetado e as coisas estão correndo bem! No tratamento mais prolongado, as pessoas se sensibilizam mais e são mais permissivas e tem essa visão mais humana e conseguem liberar mais coisas e serem mais flexíveis (P8).

[...] fazer cada coisa no seu momento. Então, naquele momento eu estou dedicada àquela ação que vou fazer com aquele paciente ... daí vou dar carinho... Claro... Tem situações e situações. Emergências a parte! Mas, mesmo assim, mesmo numa situação de urgência, não posso deixar o carinho de lado, porque tenho que saber tratar a família naquele momento! Não posso simplesmente retirá-los do ambiente [...] ter esse cuidado ou delegar para alguém nesse momento me auxiliar, porque tudo isso na hora da dor e do sofrimento é muito pesado (P3).

Os discursos mostram que o lado humano precisa ser permanentemente resgatado, em um mundo onde imperam vivências de toda ordem e onde o ser experimenta de forma contundente o caráter de fragilidade da condição humana, lançado em sua facticidade existencial. Conforme Ayres (2006, p.51-55),

[...] para além do manuseio das regularidades de relações meios-fins, próprio às ciências e as técnicas, há em toda ação de saúde, seja individual ou coletiva, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual estarão presentes inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de projetos de êxito técnico e sucesso prático [...] êxito técnico que significa prevenir, reverter ou minimizar danos morfofuncionais [...] sucesso prático, ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas como fonte de realização, de felicidade.

O Ser lançado em sua facticidade existencial, em qualquer período do desenvolvimento humano, vivencia continuamente sua sede por sentido, propriedade que lhe é inalienável e que o faz persistir em alcançar seus projetos de vir a ser — transcendência. Esse processo reside na temporalidade do Ser. Heidegger (2012, p. 891) cita existenciários peculiares a esse movimento que se caracterizam pelo “adiantar-se-em relação-a-si funda-se no futuro. O já-ser-em ... manifesta em si o ser-do-sido. O ser-junto-a ... só é possibilitado no presenciizar”. Retoma-se, aqui, a ideia de que somente a *presença* dos atores do cuidado – criança, família e equipe – e a *solicitude*, indicando o agir com competência e sensibilidade, pode resgatar a humanidade nos momentos de encontro nas práticas de saúde.

A visão da enfermeira pediatra lhe possibilita transpor-se para o reconhecimento de um cuidado autêntico, quando a essência dela é tocada pelo *Dasein* do outro que partilha sua existência, pois, segundo Heidegger (2012, p. 891), “a totalidade-do-ser do *Dasein* como preocupação significa: ser-adiantado-já-em-relação-a-si-em (um mundo) como ser-junto-a (ente-que-vem-de-encontro-dentro-do-mundo)”. Reconhece o cuidado inautêntico, quando percebe que o profissional cria uma barreira para não sofrer, afastando-se do envolvimento, buscando uma zona de conforto no “não agir”. Por outro lado, colocar-se no lugar do outro e sofrer diante da fragilidade da condição humana que a doença expõe com tanto vigor, paradoxalmente, possibilita amadurecimento pessoal e crescimento interior. Isso pode-se ser percebido nas falas a seguir:

[...] essa parte pediátrica doi muito na gente. É fácil se colocar no lugar do outro e entender, quando se está de coração aberto e quer se colocar no lugar do outro! É muito fácil da gente se machucar, porque são várias histórias deles [...] é compreensível das pessoas criarem seu mecanismo de defesa, vir aqui fazer o trabalho e irem embora [...] tem mães tratando o câncer junto com as crianças. A mãe trata de um lado e a criança de outro. A mãe está careca numa cadeira e o filho está careca na cama [...] tu recebes pacientes na UTI muito graves e que comeram um grão de pipoca e saem daqui sequelados. [...] Tu ficas pensando “como eu sou feliz”, e se tenta transportar isso para nossa vida sim (P8).

[...] empatia, tu te colocar no lugar deles naquela hora do desespero, da dor, do sofrimento [...] é a maternagem, é o cuidado, é a recreação, sem perder o foco do trabalho bem feito e com qualidade [...] A gente punciona, faz procedimentos dolorosos [...] um dia vai ser um adesivo para não ter que picar as crianças, porque se sofre muito. Isso é a parte que dói demais, se sofre nos procedimentos dolorosos. Mas tem a parte boa, dar muito carinho, muita atenção! Ver aquele olho

brilhando [...] a criança no colo da mãe, tu punctionaste ou algum procedimento que provoque dor e ele sai e sorri [...] te manda um beijinho e te abana! [...] e ele vai me ver em seguida, vai conhecer o meu rosto, a minha roupa branca (P3).

Mesclam-se, nos cenários do cuidado a dor e a alegria, o desespero e a confiança. Projetos de cuidado podem ser construídos e compartilhados, em movimentos articulados entre os Seres no mundo do hospital. No entanto, se não houver uma leitura profunda da linguagem humana naquilo que se manifesta, nos aspectos verbais e não verbais, o cuidado não acontece. A arte de cuidar envolve o desenvolvimento da empatia. Envolver-se empaticamente na situação daquele Ser que recebe o cuidado “significa situar-se nas suas coordenadas existenciais, viver seu sofrimento e suas angústias” (TORRALBA, 2009, p.173).

[...] fazer com que as pessoas se coloquem no lugar [...] sempre digo, a qualquer técnico de enfermagem ou enfermeiro que eu esteja treinando ou acompanhando, que a gente tem que cuidar como a gente gostaria de ser cuidado! Isso é o básico na enfermagem, não existem tantas regras [...] se impõe muitas regras, muitas vezes, na enfermagem! Nas coisas técnicas tem que ter, mas nessa parte do cuidado, do respeito não precisa ser sempre da mesma forma. A cada momento as coisas vão mudar, tem que ter bom senso e empatia (P5).

A empatia, diz Torralba (2009, p. 173), “é algo conatural e é impossível fabricar relações empáticas”. Afloram da sensibilidade e da solicitude do cuidador, em um movimento de abertura para o Ser do outro.

Não é sofrer, como a família está sofrendo, como a criança está sofrendo, senão a gente não agüenta trabalhar, mas é conseguir enxergar esse sofrimento e o que se pode fazer para amenizar isso! Então, é o se colocar no lugar nesse sentido, de pensar se eu estivesse nessa situação gostaria que estivessem fazendo assim comigo, então, é assim que vou fazer [...] isso é fazer certo em qualquer situação da vida, não é só no trabalho, mas na vida em si (P5)!

Na hermenêutica dos discursos desvela-se o “olhar compassivo” para com a fragilidade do outro. Perceber a vulnerabilidade do outro e reagir com sensibilidade significa compreender o que o outro necessita, o que o outro “provoca” e o Ser cuidador ao ser sensível, responde àquela necessidade que emana do outro. Assim, desvela-se o cuidado. Cuidar exige flexibilidade; a leitura do momento é singular, e nas questões técnicas existem regras a ser cumpridas. Nas questões estéticas do cuidado a essência é a empatia, o respeito pela dor do outro, e colocando-se no lugar dele significa enxergar esse sofrimento como se estivesse colocando as lentes do outro.

Momento de encontro dialógico ao partilhar junto a uma mãe o processo de finitude de seu filho é reportado por uma das participantes como momento de cuidado autêntico ímpar em sua existência.

[...] aquilo foi (experiência transcendental) em termos de cuidado, se a gente pode falar assim, mais forte que já vivi [...] eu fiquei me perguntando: por que isso não aconteceu anteriormente? Talvez porque eu esteja mais aberta, ou tirando as minhas barreiras de ter essa conversa, de abrir esse espaço (P9).

O significado alcançado é explicitado como uma “abertura”, deixando desvelar o “ser-livre” para as possibilidades mais próprias da existência, ao que Heidegger (2012, p. 827) caracteriza como “um possível modo próprio existencial do poder-ser-um-todo perde o caráter de uma construção arbitrária e torna-se uma interpretação que deixa o *Dasein* em liberdade para sua extrema possibilidade-de-existência”.

Na arte de cuidar aflora a confiança entre o Ser cuidado e o Ser cuidador. Esse movimento é resultado de um trabalho *partilhado* na esfera de uma mútua simpatia, ou seja, emerge do esforço do cuidador em situar-se nas vivências da outra pessoa, e, por sua vez, desencadeia nela o reconhecimento desse esforço que se traduz em confiança, com significado de ter fé em alguém e em suas ações (TORRALBA, 2009). Assim, Heidegger (2012, p. 461) expressa que “o escutar tem também o modo-de-ser do ouvir entendedor [...] a resposta como contradiscurso resulta de imediato e diretamente do entender o sobre-quê do discurso, que já foi ‘partilhado’ no ser-com”.

A compreensão do sentido da confiança possibilita alcançar o significado do movimento de compartilhar que emerge como um possível aprendizado nessa experiência de enxergar para acolher o outro em suas dores e adversidades, e desencadeia e é desencadeada em um círculo hermenêutico movido pela ternura e pela solicitude. A solicitude vem a ser o fio-condutor, e é exclusivamente a solicitude de uns para com os outros que pode autenticamente humanizar a existência. A solicitude é o modo próprio do ser humano, é o que lhe dá olhos e ouvidos, significa sensibilidade (TORRALBA, 2009; HEIDEGGER, 2012).

O olhar compassivo que as enfermeiras desenvolvem lhes permite lidar melhor com os impasses envolvidos no cotidiano da convivência, ao se depararem com a crise de vida deflagrada diante da trajetória de dor e sofrimento vivida pela criança e pela família.

Tens que ter empatia, se colocar no lugar do outro primeiro. Se colocar muitas vezes no lugar do paciente e perceber porque essa situação, o que gerou aquela atitude, para poder se aproximar e entender [...] não podemos levar as questões para culpar alguém do porquê aconteceu a situação. A família já está muito sofrida

com toda a situação da doença da criança! [...] como profissionais não precisamos colocar mais um *plus* naquela situação que muitas vezes se sabe que foi porque não fez alguma coisa adequadamente (P6).

Trata-se, aqui, de uma forma de sensibilidade que envolve a tomada de direção para o conhecimento da circunstância vivida pela criança e pela família. Tem como inspiração máxima proteger o outro Ser de sofrimentos adicionais. Torralba (2009) fundamenta que o acompanhamento de registros quantitativos de determinados dados físicos ou biológicos são, muitas vezes, insuficientes para um aprofundamento no âmbito circunstancial do ser humano. Torna-se fundamental transformar os processos habituais, em que, muitas vezes, estão em pauta apenas a história fisiológica ou corporal para determinar a identidade do Ser.

[...] são orientados ao primeiro sinal de febre vir, fazer contato com a equipe [...] os pais esperam para vir no outro dia e isso muitas vezes agrava a situação da criança [...] outros moram no interior, dependem do transporte da prefeitura [...] mas, não foi proposital! Então, conhecer bem, ver bem a história, e não partir já para uma questão de culpa, de culpabilizar, de deixá-los mais vulneráveis a isso (P6).

Desvela-se, aqui, uma genuína preocupação do cuidador com a existência de quem com ele partilha o cuidado à criança — o familiar. E por partilhar com o familiar essa missão de cuidar, por entender as preocupações que possam aflorar naquele Ser, pois entende essa manifestação da culpa como um existenciário da pessoa humana, é possível brotar no cuidador essa compaixão pela preservação da integridade do outro, seu conforto e o melhor bem-estar possível diante da realidade vivenciada (HEIDEGGER, 2012).

Heidegger (2012, p. 795) expõe a culpa como uma interpretação da consciência. Ele diz que “em todas as interpretações da consciência a precedência é da consciência “má”, “malvada”. De modo primário, a consciência é “má”. Nisto se anuncia que em-toda-experiência-de-consciência é primeiramente experimentado algo como um “ser-culpado”. Porém, reside no âmago do cuidado — a preocupação — a compreensão para esse fenômeno da existência do Ser cuidador, a compaixão. Assim, Heidegger (2012, p. 821) explica:

[...] a preocupação, como ocupada preocupação-com-o-outro, abrange o ser do *Dasein* tão originária e totalmente que ele já tem de ser pressuposto como um todo, ao fazer distinção entre um comportamento teórico e um prático, e não poderia ser reconstruído a partir dessas faculdades [...] o ser-resoluto é somente a propriedade da preocupação ela mesma, aquilo de que ela se preocupa e que é possível como preocupação.

Por perceberem que sentimentos de culpa afloram na trajetória de convivência dos familiares com o adoecimento da criança e dificultam sobremaneira a construção de processos de enfrentamento, as enfermeiras solidarizam-se e adotam mecanismos de suporte às famílias. Essa compreensão emerge de profunda sensibilidade no entendimento das situações de vulnerabilidade da condição humana. Percebe-se que as enfermeiras, ao se relacionarem de modo autêntico, alcançam novas compreensões de si e dos outros na trajetória vivida. Elucidando o entendimento que o Ser não é imutável através do tempo,

comunga-se a compreensão de que o ser mais próprio de cada um não é sempre o mesmo, mas *pelo mesmo*. É no cotidiano das interações que cada um vai se “re-apropriando” do seu próprio ser [...] Nos encontros que se vai estabelecendo ao longo da vida essas referências identitárias vão se transformando, reconstruindo continuamente a percepção de si mesmo e do outro (AYRES, 2004, p. 25).

Nessa perspectiva, constata-se mudanças existenciais relatadas pelas enfermeiras, quando se percebem mais permeáveis às vivências obtidas nas relações de cuidado que estabelecem e de que, em resultado, percebem que mudaram como pessoas.

#### 6.4.3 Cuidado Espiritual

Desvela-se, no acontecer das relações, uma nova e genuína faceta do Cuidado. A capacidade de transmutar e crescer, movimento de ir além – transcendência do Ser – propicia um movimento de abertura do ser rumo para novas e inusitadas reações frente à facticidade existencial do ser-no-mundo e ser-com-o-outro. Nesse movimento, permitindo-se construir e reconstruir-se consecutivamente no fluxo da existência, a enfermeira apodera-se de seu poder-ser mais-próprio em direção a outrem, com sentido de cuidado espiritual.

Os trechos do depoimento, a seguir, mostram a compreensão de uma experiência desafiadora que, para a enfermeira e para uma mãe de uma criança hospitalizada, adquiriu significado paradoxal de se desenvolverem como pessoas pelo sofrimento. Tal vivência pode servir de subsídios para o enfrentamento de situações conflitantes que se deflagram no contexto do cuidado em Enfermagem Pediátrica. Às revelações que se seguem atribui-se o significado de vivência espiritual reveladora, que se procura interpretar à luz de alguns significados existenciais:

Há três semanas se teve uma situação aguda de uma criança que estava em casa brincando, jogando vídeo game, *lembro* de que a mãe até frisou isso, e a criança teve uma dor de cabeça muito forte e acabou evoluindo para uma parada cardíaca,



e se revelou em AVC (Acidente Vascular Cerebral). A SAMU veio, fez um primeiro atendimento e veio transferida, e em duas horas evoluiu para uma morte encefálica, uma situação muito aguda! Só que a mãe, uma pessoa muito humilde, mas de um entendimento de que sabia que poderia acontecer [...] Eu recebi ele no meu turno, na minha escala, fui conversar com a mãe, fui sentir como ela estava (P9).

Revela-se, aqui, um conceito fundamental na interpretação existencialista. Para Gadamer (2014, p. 112 - 113),

quando algo é denominado ou avaliado como uma vivência, isso ocorre pelo fato de sua significação estar associada a uma totalidade de sentido [...] o que se pode chamar de vivência constitui-se na recordação. Com isso, temos em mente o conteúdo semântico de uma experiência [...] o que denominamos enfaticamente de vivência significa, pois, algo inesquecível e insubstituível, basicamente inesgotável para a determinação compreensiva de seu significado.

O chamamento interior da enfermeira movido pela intensa preocupação com o Ser daquela cuidadora familiar conduziu-a a uma tomada de atitude evidenciando um agir, provavelmente impulsionado pelo movimento de abertura do ser, característico do *Dasein*, quando assume seu *poder-ser mais-próprio* (HEIDEGGER, 2012).

[...] A mãe me falou claramente: “Enfermeira, eu sei que isso pode acontecer só que esse momento foi com meu filho, foi a minha vez, com meu filho!”. Perguntei se ela acreditava, se tinha alguma religião, alguma ideologia de vida, me disse que acreditava em Deus e isso estava fazendo diferença naquele momento! Senti uma brecha, que poderia conversar mais sobre isso! E falei bem claramente: já que ela tinha tido o diagnóstico de morte encefálica, era uma situação irreversível, mas se ela acreditava nesse mundo espiritual, acreditava num Deus, em algo maior, num ser maior que nos protegia e nos confortava, que pudesse se agarrar nisso, pudesse sentir esse contato com Deus (P9).

Uma peculiar face do cuidado aflora nesse momento de sofrimento que representa a morte de uma criança. A perda de um filho (a) reverte-se em dor inexplicável e inconfundível. Para a profissional que partilha tal vivência constitui-se em experiência de inigualável valor existencial. Essa perspectiva da vivência é explicitada por Gadamer (2014, p. 113) como

o vivenciado é sempre a vivência que alguém faz de si mesmo, e o que ajuda a constituir seu significado é o fato de ele fazer parte da unidade desse si mesmo e conter uma referência inconfundível e insubstituível com o todo dessa vida una. Nesse sentido, não se esgota essencialmente no que se pode transmitir dele nem no que se pode fixar como seu significado.

O sentido dessa vivência, igualmente único e inconfundível, tanto para a mãe quanto para a enfermeira, resultou em experiência jamais reproduzível, por sua referência interna com a vida.

Disse-lhe saber que não é fácil, porque no nosso plano físico é tudo muito palpável, a gente sente, toca, vê, sente cheiro, sente gosto, e que num plano espiritual não é assim [...] se precisa transcender um pouco a mente para poder captar esse Deus que nos conforta e que às vezes parece que está longe, mas que se a gente se recolher um pouquinho para dentro do nosso coração, para as nossas emoções, ele está aqui! Então, foi uma conversa muito linda! [...] reveladora para mim (P9).

Aproveitando a riqueza de suas reflexões e ponderações acerca da vida e de sua transitoriedade, a enfermeira permite-se uma abertura de si para confortar aquela mãe. Recorre a uma experiência espiritual por meio de reflexões filosófico-existenciais diante da fragilidade da condição humana que aflora com todo vigor, como forma de cuidado, diante de uma vivência da morte de uma criança. Para Gadamer (2014, p. 47), “o homem se caracteriza pela ruptura com o imediato e o natural, vocação que lhe é atribuída pelo aspecto espiritual e racional de sua natureza”.

[...] a mãe queria conversar sobre isso e foi muito revelador! Se pudesse descrever em uma palavra foi isso! Como ser humano, como enfermeira, de ter vivido essa experiência e poder ter o exemplo dessa mulher, ter essa dor de um filho saudável, até então, que estava brincando ali no seu dia a dia, e ela preparando a comida, ele brincando e de repente, em três ou quatro horas, tem um diagnóstico de uma morte! Mesmo assim, já estava fazendo um processo de entrega do filho, de entrega espiritual [...] se tem essas experiências, essas vivências (P9).

O desvelar do conteúdo compreensivo dessa vivência ilumina peculiar significado. Diante da trajetória de sofrimento deflagrada frente à constatação da fragilidade da condição humana, paradoxalmente resultou, para essa mãe, em singular aprendizagem: não se entregar ao desânimo e enfrentar a perda do filho. Para a enfermeira, igualmente, descortinou o significado de amadurecimento pessoal e crescimento interior, ao sentir o apelo em seu íntimo para mover-se em direção ao apoio a essa mãe. Heidegger (2012, p. 865) assim explica esse mecanismo:

[...] no apelo-da-consciência, a preocupação desperta o *Dasein* para o seu poder-ser mais-próprio. O entendimento do apelo – originariamente entendido – manifestou-se como o ser-resoluto precursor, o qual contém em si um próprio poder-ser-um-todo do *Dasein*. A estrutura da preocupação [...] é a *condição da possibilidade* de tal poder-ser existencial.

Descortinando suas reflexões, a participante demonstra o significado dessa vivência como uma oportunidade em que ela mesma encontrou outra *possibilidade nova de ser diante*

*dela própria* nessa delicada e exitosa relação de Cuidado (AYRES, 2004). Tal experiência de *Cuidar* possibilitou, em contrapartida, sentir-se cuidada:

[...] me senti mais aberta, não tinha tido momento tão forte desse lado do cuidado e do cuidado voltado para o lado espiritual, essa fala, essa vivência, porque não foi só uma fala, se ficou bastante tempo falando sobre isso, então foi uma vivência! Mas, naquele primeiro momento foi uma conversa que foi fluindo naturalmente, a mãe foi puxando, falando sobre Deus, também fui perguntando, se foi vivenciando esse momento! [...] me senti cuidada, pelo exemplo de fé, de conseguir transcender a dor, consegui captar quanto estava dolorida e sofrida, mas que ao mesmo tempo ela tinha um sentimento de entrega, um sentimento de acreditar em algo superior que poderia confortá-la (P9).

Na reflexão, propiciada pela vivência relatada, o cuidado pode ser compreendido como uma experiência de singular aprendizagem para ambas as pessoas envolvidas. Representou oportunidade ímpar de constatar que doença, dor e morte são contingências inerentes ao ser humano que não podem ser eliminadas do horizonte das pessoas, mas que o cuidado pode servir de suporte para conviver com elas. Eliminá-las significa eliminação da própria essência humana, pois, ao mesmo tempo em que não são desejáveis, são inalienáveis, e escamoteá-las só dificultará o enfrentamento (MACHADO, 2011).

A convivência com a academia, por ser hospital-escola, propiciou a retomada reflexiva entre a enfermeira e uma acadêmica de enfermagem que presenciou o acontecido, resultando em experiência significativa para ambas.

E não me dei conta que a acadêmica de Enfermagem estava comigo no Box e me deu esse retorno: “enfermeira, eu fui para casa pensando naquilo que se viveu, naquilo que falaste para a mãe, e precisava te dizer isso, falaste muito natural, não tiveste barreiras, foste conversando, falastes as palavras *morte*, de *ser irreversível* aquela situação e a mãe também foi se abrindo para ti!” (P9).

Torralba (2009, p. 181) traz auxílio valioso com o seguinte questionamento e a reflexão que dele sucede: “como construir na prática, o sentido?” E a resposta é clara: “cada homem pode encontrar o sentido a sua vida, inclusive no sofrimento, mediante o diálogo, mediante um diálogo verdadeiro no qual alguém pode expressar o que o preocupa”.

[...] tinha levado aquela experiência mais para o lado pessoal, para a minha vivência interior, do que para o lado profissional. Perguntei para a acadêmica: “como viste aquilo?”. Respondeu: “foi também profissional, em nenhum momento foste antiética, na verdade, fostes confortar a mãe, perguntar como estava se sentindo e ela foi se abrindo, e tu também foi indo e foi clara!”. Chamou-me atenção ela ter me dado esse retorno [...] foi um suporte espiritual (P9).

Refletir acerca do valor do sentido no processo de cuidar e como se constrói o sentido em situações-limite representa oportunidade ímpar de crescimento pessoal e profissional para o cuidador. Pode revelar-se

[...] quando alguém é apanhado pelo trágico parênteses que significa o sofrimento, então, é absolutamente necessário reconstruir de novo o sentido, achar fórmulas para recriar novamente sua vida e encontrar espaços, nos quais seja capaz de realizar sua autenticidade, de encontrar sentido (TORRALBA, 2009, p. 180).

Para a pessoa que sofre, a construção de sentido vem a ser uma necessidade imprescindível e não uma responsabilidade ética. Por outro lado, para o cuidador profissional constitui-se, fundamentalmente, em uma responsabilidade ética, pois ele tem o dever moral de responder aos anseios de quem cuida, restituindo-lhe sua integridade, ou seja, sua estrutura multidimensional e relacional (TORRALBA, 2009).

A narrativa posta em evidência teve a intenção de trazer à tona aquele aspecto do Cuidado que tão enfaticamente se quer alcançar, o sentido que torna um encontro terapêutico, uma relação de Cuidado (AYRES, 2004). Nessa perspectiva, pondera-se que, diante da possibilidade da morte, o Ser alcança compreensões profundas sobre o sentido da vida e passa a revelar atitudes que assumem o significado de desenvolvimento pessoal. Tais atitudes podem ser mais bem entendidas ao se aprofundar questões específicas que aprimoram a compreensão do modo-de-ser que significa o cuidado, em sua específica ligação com a possibilidade *mais-própria* do *Dasein*, que é a morte. Nesse sentido, Heidegger (2012, p. 723) explica:

A morte é a possibilidade *mais-própria* do *Dasein*. O ser para a morte abre para o *Dasein* seu poder-ser *mais-próprio* [...]. A possibilidade *mais-própria* é *não-relativa*. O adiantar-se faz que o *Dasein* entenda que deve assumir unicamente a partir de si mesmo o poder-ser em que seu ser *mais-próprio* está em jogo. A morte não “pertence” só indiferentemente ao *Dasein* próprio, mas ela o *interpela como singular*. A irrelatividade da morte, entendida no adiantar-se, isola o *Dasein* em si mesmo. Esse isolamento é um modo de o “aí” se abrir para a existência.

Nessa esfera do entendimento do significado da morte, enquanto possibilidade para o *Dasein* alcançar crescimento pessoal e autenticidade, atrelado às condições inalienáveis do cuidado, cabe salientar que

o *Dasein* só pode ser *propriamente ele mesmo* quando para tal se possibilita por si mesmo [...] O *Dasein* só é *propriamente ele mesmo*, na medida em que *como* ser ocupado junto a ... ser preocupado-com-o-outro, ele se projeta de modo primário no seu poder-ser *mais-próprio* [...] O adiantar-se na possibilidade *não-relativa*

força o ente que se adianta na possibilidade a assumir por si mesmo e a partir de si mesmo o seu ser mais-próprio (HEIDEGGER, 2012, p. 725).

Assumir por si mesma e a partir de si mesma o seu ser mais-próprio, diante da proximidade com a questão da morte, revelou-se para a enfermeira uma vivência, à qual atribuiu o significado de cuidado espiritual. Percebendo-se envolvida em um movimento empático à dor do outro, em uma relação dialógica verdadeira e inusitada, compreendeu que mudou como pessoa e alcançou maior amadurecimento profissional.

O cuidado espiritual para com a criança, o adolescente e a família adentra os espaços do cotidiano da Enfermagem Pediátrica, especialmente quando a fragilidade do Ser está mais exposta. Pode constituir-se em suporte capaz de transmutar, em alguma medida, a dor e o sofrimento vivenciados.

Nesse particular, explicitado no movimento de abertura do ser para seu “poder-ser mais-próprio”, o ser se vê compelido a refletir acerca do sentido de suas ações, a valorizar suas atitudes e a ressignificar sua vida (HEIDEGGER, 2012). Torralba (2009) explica que essa vontade de sentido torna o ser mais complexo, pois sua plenitude somente é obtida para além dos aspectos biológicos, incluindo os simbólico-espirituais.

As crianças, os adolescentes e as famílias, no cotidiano em internação pediátrica, expressam questões existenciais reveladoras de fé e espiritualidade, também correspondidas pelo Ser da enfermeira. Na percepção das enfermeiras,

[...] os adolescentes ou as crianças falam sobre isso, falam de um papai do céu, um anjinho da guarda, ou às vezes a família nos trás isso [...] minha crença, acredito num Deus [...] o ser humano tem esse lado espiritual que precisa ser trabalhado diariamente. Tento trazer isso para a minha assistência, não numa ideologia fixa de uma religiosidade, mas de um lado espiritual [...] a criança está rezando ou cantando uma música [...] tento fazer isso, incentivar, as crianças que estão conversando, continuo cantando com elas ou pergunto: “O que tu estás falando sobre o papai do céu? Conta-me melhor essa história”, e entro nessa conversa buscando isso, esse lado espiritual, e tento dar a minha contribuição de fé (P9).

[...] essa parte espiritual é extremamente importante! [...] se pergunta: “qual é tua religião?”. “Mas tu vais à igreja ou de que forma tu faz?” [...] de que forma se trabalha esse aspecto, “tu acreditas em Deus?” [...] mas para isso precisa de um tempo e a pessoa tem que se sentir a vontade contigo! [...] tem aspectos religiosos que vão de encontro a alguns tipos de tratamento [...] “Testemunhas de Jeová” e transfusão de sangue [...] ter um tempo e as famílias, às vezes, tem alguma estranheza em relação a isso (P10).

Para Machado (2011), a revelação de um sentido para a vida trazido pela experiência de adoecimento coloca em perspectiva os valores cultivados até então. Assim, percebe-se que, tratar saúde e doença suscita a questão da morte, surge de forma enfática a necessidade

de questionar e possibilitar o devido aporte teológico. Tal consideração vem a desencadear discussões acerca das crenças que movem a pessoa ao longo de sua vida.

[...] ter conhecimento da família, da espiritualidade, da religiosidade [...] O trabalho do enfermeiro nesses momentos de ser o facilitador para a família no sentido de procurar apoio de outros familiares, apoio religioso se eles quiserem, de proporcionar essa oportunidade [...] querem trazer alguém da religião deles, que possa vir dar uma benção! Mas, às vezes, acham que ali não pode, a gente tem que ter essa visão de oferecer isso para o paciente, ao familiar (P2).

Gadamer (2014, p. 116) brinda-nos com uma passagem especialmente bela, na contemplação do significado que as vivências assumem na existência humana, cujo sentido, analogamente, pode ser atribuído ao cuidado:

cada vivência é trazida para fora da continuidade da vida, permanecendo ao mesmo tempo referida ao todo da própria vida. Não apenas porque, enquanto vivência, somente há de continuar viva na medida em que não esteja inteiramente elaborada no contexto da própria consciência da vida. Também o modo como se ‘subsume’ por sua elaboração no todo da consciência vital é algo que vai muito além de qualquer ‘significado’, do qual alguém pensa saber. Na medida em que a vivência fica integrada no todo da vida, este todo também se torna presente nela.

Pode-se comparar o cuidado ao todo e ao mesmo tempo singular da existência. Como em um círculo hermenêutico, o todo se relaciona com a parte e a parte com o todo, de modo inexplicável e irrepetível. Tem sua peculiaridade própria, acompanha a evolução do Ser em seu acontecer e torna-se presente em sua entrega, sempre singular e inconfundível. O cuidado é o próprio *Dasein* da enfermeira que se manifesta, pois o “ser-aí” é cuidado, e o cuidado reside no Ser enquanto viver (HEIDEGGER, 2012).

## **6.5 As dimensões do cuidado em Enfermagem Pediátrica: na perspectiva da criança e família**

A estrutura fundamental do “ser-aí”, do *Dasein*, é o cuidar ou a preocupação que significa zelar, relacionar-se com algo. Para Heidegger (1981, p. 34),

[...] o mundo do ser-aí desvela os entes que não apenas se distinguem inteiramente da totalidade dos “entes-envolventes” e das coisas, mas que também – pelo seu próprio modo de ser como ser-aí – estão “no” mundo onde, ao mesmo tempo, são encontrados dentro-do-mundo; entes que são “no” mundo no modo de ser-no-mundo. Estes entes não são jamais meros objetos ou entes-envolventes; ao contrário, são como é o verdadeiro ser-aí que os desvela, *são aí também, e aí-com* [...] o próprio ser-aí é, também, “mundo”.

O cuidado em Enfermagem Pediátrica revela-se nessa íntima relação entre os Seres de cuidado nesse viver compartilhado no mundo do hospital. O mundo do “ser-aí” é um mundo partilhado com outros numa relação com sentido, e é esta busca de sentido como possibilidade existencial que marca a presença do cuidado na procura de desvelar os Seres com quem interage autenticamente para exercer o cuidar.

#### 6.5.1 Ser criança: tempo e cuidado

A condição de possibilidade de direcionar a *preocupação* em um movimento do ser-com, no partilhar da existência com o outro, permite que a enfermeira, ao pensar o cuidado, valorize a vida em todas as suas manifestações, tanto biológicas quanto emocionais, sociais e espirituais. Para a criança revela-se em sua forma de Ser e compreender o mundo. Por outro lado, para a enfermeira, compreender a forma de ser-no-mundo e de como a criança compreende o mundo é fundamental para o exercício cotidiano do cuidado.

Conhecer as características do crescimento e do desenvolvimento também é imprescindível para o desenvolvimento do cuidado. Requer capacitação e prontidão na observação, acontecendo diante da presença e solicitude da enfermeira:

o enfermeiro pediatra tem uma característica diferente [...] atendemos as crianças desde dois meses de idade até a adolescência, é uma fase de mudanças. Mesmo no primeiro ano de vida, uma criança não é a mesma nos dois meses e nos 10 meses [...] conhecer o desenvolvimento: “essa criança está com seis meses e não firma a cabeça”; “essa criança está com 10 meses e não consegue ficar sentada sem apoio” [...] nosso conhecimento, nosso olhar da criança é fundamental (P2).

Pode-se recorrer aos ensinamentos da ontologia existencial para reconhecer também na infância sua aplicabilidade. Gadamer (2014, p. 181) assim se expressa para falar da evolução do Ser:

o ente que só é na medida em que é diferente é um ente temporal [...] só possui seu ser no devir e no retornar [...] ser, isto é, a presença [...] a mesma coisa se transforma a cada vez, não é sempre a mesma coisa, mas só é na medida que é sempre diferente.

A experiência de enfrentar o inusitado que representa a hospitalização é única para cada criança. Depende de vários fatores, como o estágio de desenvolvimento, a gravidade de suas condições clínicas, experiências anteriormente vividas, tempo de hospitalização, procedimentos a que necessita ser submetida, entre outros. Para tanto, é indispensável

compreender o significado da experiência vivida por ela e a manifestação de seus sentimentos, nas várias formas e intensidades (RIBEIRO; BERNARDES; 2012).

[...] as demonstrações emocionais [...] leitura daquela criança muito quietinha, que fica deitada só olhando para o teto, não é normal. Ou então dizem: “ele está muito agitado!”, “não ele não está agitado, está adequado para a idade dele, não está aguentando estar dentro desse berço cercado aqui!” (P2).

Assume também o significado de pensar na história da criança, nos marcos do crescimento e do desenvolvimento, nas interações que estabelece no momento existencial que atravessa. Pode-se alcançar essa interpretação nas falas abaixo:

[...] vou estar pensando na história dessa criança, na vida dessa criança. O porquê está chorando muito, está apavorada de estar ali! Percebe-se uma criança que é a primeira internação! Fica muito mais agitada, a família também, nos procedimentos. A criança que está habituada, a reação dela frente ao mesmo procedimento é completamente diferente, porque está mais resignada com aquilo [...] tem que respeitar a criança! “Porque um deixa puncionar e o outro não?”. O normal é não deixar, é uma criança, não é normal ser puncionada! Ela tem que reagir (P5).

Elas são crianças, então têm as necessidades de ser crianças: a necessidade do lúdico, de querer brincar, de querer ver um desenho, as necessidades de ser uma criança, só que estão doentes [...] a equipe de enfermagem, as enfermeiras precisam se dar conta! Vai prestar uma assistência, passar uma sonda vesical, fazer uma punção, tens que ter uma conversa com a criança, explicar para ela (P9).

O modo de enfrentar as diversas adversidades decorrentes da internação hospitalar e tratamento difere de criança para criança. A maioria prefere participar e pede esclarecimentos, mas algumas tentam adiar a situação, enquanto outras não admitem nem olhar. Para a criança, o fato de saber que lhe é permitido expressar seus sentimentos reveste-se de valor fundamental e a equipe precisa reconhecer os limites e o ritmo de cada criança em particular (RIBEIRO; BERNARDES, 2012).

[...] uma criança está aqui por algum problema, mas mesmo estando com aquele problema não deixa de ser uma criança! Está passando por algum sofrimento, mas não deixa de ser uma criança, que tem que ser tratada como *essa* criança, com os problemas que apresenta naquele momento [...] fez uma cirurgia, mas não deixa de ser uma criança. Tem dor, tem que tratar a dor adequadamente. Mas vai tratar a dor para poder brincar, não vai ficar na cama todo tempo. Tem que seguir o ritmo dela sempre (P4).

Cuidar, para Torralba (2009), tem o significado, entre outros, de acompanhar. E acompanhar alguém, em qualquer fase de sua existência, não significa determiná-lo, indicar-



lhe o caminho, impor-lhe um itinerário. Acima de tudo, significa caminhar ao lado, respeitando sua liberdade e o ritmo de seus passos.

A peculiar atitude na arte de cuidar de crianças refere-se à sensibilidade do cuidador de ser sempre verdadeiro, alcançando a compreensão de que é próprio do ser criança, na maioria das vezes, a espontaneidade nas interações. Estar alerta para o aprendizado que os momentos dialógicos propiciam ao viver da criança, nessa inusitada fase do adoecimento, repercute em melhores oportunidades de enfrentamento para elas.

[...] fundamental para quem trabalha com criança é a verdade. Tu jamais podes não falar a verdade para a criança! Porque a criança é verdadeira. Ela vai te dizer se não gosta ou se gosta [...] muitas dificuldades que as pessoas têm de trabalhar com crianças é justamente isso [...] eles vão ser francos, vão dizer que não gostaram do que tu fizeste. Estão no maior momento, na fase de vida de maior aprendizado, estão aprendendo tudo. O que tu fala, é uma esponja, absorve tudo (P6).

À medida que a enfermeira compreende que a verdade, como fundamento existencial, reside no Ser autêntico e por compreender a essência da existência humana pelo estreito convívio com a própria criança como uma essência com base na verdade, adota atitudes condizentes com essa autenticidade nas relações dialógicas com a criança. Alcançar a compreensão acerca do constante aprendizado como condição inalienável do Ser criança possibilita assumir o respeito ao momento vivido pela criança e comprometer-se com seu crescimento e desenvolvimento, e sua liberdade de escolhas mediante diálogo sincero e acolhedor.

Comprometer-se com a constante necessidade de compreensão que possui a criança, significa entender que também para ela o entendimento de *ser* faz parte de sua estrutura vital. Para Heidegger (2012, p. 863),

se só “se dá” ser na medida em que a verdade “é”, e se o entendimento-do-ser se modifica cada vez segundo o modo da verdade, então a verdade originária e própria deveria garantir o entendimento do ser do *Dasein* e do ser em geral. A “verdade” ontológica da análise existenciária [...] é a abertura do sentido-de-ser da preocupação [...] para pôr-em-liberdade.

Cuidado é preocupação com o “ser-aí” — a criança — nessa peculiar fase da existência, no vir a ser de seu projeto existencial. O aqui e o agora do cuidado revela-se na presença e solicitude da enfermeira, o que pode favorecer um modo de cuidar com autenticidade, indo ao encontro da linguagem da criança, que se funde ao agir da enfermeira:

[...] com criança, é isso, não tem receita de bolo que vai fazer assim e assim. Não! Ela vai te desarmar na primeira, quando tu chegar com a bandejinha pronta, para não te deixar fazer da forma que tu sempre faz. “Não, eu quero que tu faças diferente!”. E só assim que nós vamos conseguir nos aproximar e fazer. Cada criança é única e as famílias também. Nós podemos ter um conhecimento geral das coisas, mas, no momento que está se fazendo e prestando o cuidado, tem que trabalhar com as questões que estão aparecendo naquele momento (P6).

Cuidar de alguém não significa, então, determiná-lo, em outras palavras, privá-lo de sua liberdade, e sim estar com ele, caminhar ao lado. Cuidar do Ser “não é arrastá-lo à força para um determinado fim, mas passear com ele respeitando seu itinerário e seu ritmo” (TORRALBA, 2009, p. 123).

[...] tens que lembrar que ela é criança, entender aquele momento dela, não podes ser rígida nos cuidados [...] ter, para com elas, uma tolerância maior para as coisas. Tem que entender, ter paciência, se naquele momento a criança não está conseguindo fazer determinada coisa, tem que esperar um pouquinho, fazer daqui um pouquinho, não obrigá-la a fazer (P4).

[...] vamos percebendo como é o paciente. Se para ele é menos sofrido [...] E enfrentar junto. Deixar muitas vezes... entender muitas vezes quando não quer brincar, não quer falar, respeitar isso. Eles são muito expostos a muita gente e às vezes vais ao quarto: “mas, agora eu não quero!”. “Então está bem, volto depois!”. Porque para a criança é importante (P6).

Por meio de recursos empregados em momentos de convivência continuada no exercício da Enfermagem Pediátrica, e que em sua essência traduzem o cuidar, a enfermeira alcança compreensões singulares acerca do comportamento e das reações infantis frente ao mundo da doença, hospitalização e tratamento. Dessa genuína interação emerge ainda o entendimento das repercussões do cuidado e da figura do cuidador para as crianças.

[...] tu pensa: “vou perder um amigo agora!”. Que nada, eles choram naquele momento, e depois estão amigos da gente de novo. Entendem que aquilo não é uma coisa de maldade, é uma coisa que é para o tratamento deles, que têm que fazer [...] as crianças são muito mais fortes que os adultos! Conseguem trabalhar melhor isso do que muitos adultos, elas sentem aquela dor, mas têm muita força! E não se consegue saber da onde tiram toda essa força para passar por tudo que passam [...] é conversando que se consegue ver (P4).

[...] vão chorar muitas vezes, mas o bom das crianças é que vão falar naquele momento, vão falar na hora, não vão guardar as coisas para te dizer depois e isso é bom! Se não gostaram: “não gostei da forma que tu disse tal coisa!” [...] das primeiras vezes eles meio que se assustam, mas, depois que começa a conviver com elas, isso passa a fazer parte, é tranquilo (P6).

O entendimento de que a criança é capaz de alcançar a compreensão acerca da necessidade dos procedimentos aos quais necessita ser submetida, confere às enfermeiras

mais tranquilidade ao exercício de cuidar desses seres, particularmente mais frágeis fisicamente. As enfermeiras reconhecem que, mesmo diante das adversidades, paradoxalmente aflora, nas crianças, a capacidade de enfrentá-las por meio da busca da compreensão, favorecendo a experiência.

Para cuidar é preciso compreender. Especialmente com crianças, por suas diversas fases de crescimento e desenvolvimento, pois em cada fase é diverso o entendimento da capacidade cognitiva que também evolui gradativamente, e essa aptidão precisa ser cultivada pela enfermeira pediatra.

Compreender é a mais alta forma de doação, porque nela não se dá uma coisa objetivável: presenteia-se algo da própria vida. Compreender é ‘encarregar-se de’, ou seja dividir a carga que o outro leva. O que também exige atenção ao qualitativo, ao esmero, examinar os detalhes e matizes que tonalizam uma autêntica situação vital (TORRALBA; 2009, p.124).

Por sua legítima compreensão acerca do desenvolvimento das habilidades das crianças de lidar com o desconhecido, como um movimento gradativo no ciclo evolutivo, as enfermeiras adquirem sensibilidades específicas para a promoção do maior bem-estar possível diante das dificuldades experienciadas pelas crianças. Nesse sentido, compreendem, como afirmam Ribeiro e Bernardes (2012, p. 85), que é mais fácil para a criança “verbalizar seus medos para a mãe e/ou pai, do que para alguém da equipe, que quase não conhece. Também poderia ser mais fácil aceitar as explicações deles, se eles estivessem sempre junto”.

Muitas vezes o primeiro contato é mais com a mãe, as crianças pequenas, principalmente, é muito o cuidar da mãe. Permitir que os pais fiquem junto nos procedimentos, para que tenham segurança [...] ficam mais tranquilas quando tem um familiar junto (P6).

[...] as crianças sentem o carinho da mãe junto com o profissional. O profissional sozinho, às vezes, assusta, intimida a criança, dependendo da faixa etária [...] as mães podem proporcionar o carinho naquela hora [...] às vezes, elas ficam tão assustadas que não conversam nem acariciam, entendo perfeitamente, elas se assustam. Quando estou fazendo um procedimento digo ‘mãe, não precisa olhar o procedimento em si, fica junto com ele, encosta no rostinho, segura a mão, conversa com ele, deixa ele seguro’ [...] vou conversando, deixando a criança tranquila, explicando (P3).

Na cotidianidade das situações inusitadas, e muitas vezes difíceis de serem enfrentadas no mundo da hospitalização, o diálogo revela-se uma das mais potentes formas de auxiliar a vencer o medo que tais desafios provocam ao existir das crianças e suas famílias. Uma particularidade essencial do “ser-aí”, em sua existência, é a busca de sentido. E o discurso é a expressão da entendibilidade do ser porque “o discurso é constitutivo do ser do “aí”, isto é, do

encontrar-se e do entender, é que o *Dasein* significa ser-no-mundo; o *Dasein* como ser-em que discorre já se expressou. O *Dasein* tem linguagem” (HEIDEGGER, 2012, p. 465).

Garantir a presença da família durante a hospitalização e, ao mesmo tempo, favorecer a compreensão da criança para as necessidades de afastamento do familiar por alguns períodos, é considerada uma atitude de respeito às características da infância.

[...] imagina a criança internar e a mãe tem um determinado tempo para ficar junto e depois vai embora? No primeiro dia da internação, a criança se separar da mãe, como que fica a cabecinha daquela criança? É fundamental saber que vai ter alguém com ela [...] quando a mãe sai, tem que se trabalhar esse momento que a mãe vai estar distanciada, explicar sempre: o que mãe foi fazer; porque ela precisou sair [...] cuidado e respeito à criança [...] está no berço, dependendo da faixa etária, pode se jogar, gritar, chorar, arrancar o soro [...] fora os sentimentos dela, vai ser muito prejudicial [...] a presença do familiar é excelente para a criança (P3).

Nos momentos peculiares, em que, por algum motivo, a presença da família não se faz possível, ou é contraindicada, torna-se necessário promover a presença de alguém significativo para a criança, preservando vínculos afetivos.

[...] se em algum momento a companhia do familiar está sendo prejudicial, por alguma questão social, tem que se trabalhar essa questão, de como é que se vai fazer, se aquela pessoa tem que dar um tempo, se tem outro familiar. A preferência é que a criança não fique sem esse familiar, ou alguém que tenha afinidade com a criança, porque senão ela se assusta se não tem nenhum vínculo afetivo [...] se questiona quando está com familiar diferente ou estranho [...] pode ser estranho para nós, e não para ela [...] a família faz parte do tratamento, tem que estar associado (P3).

No movimento do cuidar, paulatinamente, o olhar da enfermeira vai se ampliando para a promoção de estratégias facilitadoras diante das vicissitudes da hospitalização, condizentes com os estágios evolutivos das crianças, reconhecendo o que é vital para elas.

[...] acabei desenvolvendo um olhar para essas coisas, para poder perceber o que está acontecendo ao redor e poder incluir. E, também, incluir o lúdico porque a coisa não pode ser tão séria. Então, isso numa unidade de internação não-intensiva, se consegue fazer um pouco mais. É claro que um paciente que está numa situação grave e precisa de um atendimento mais rápido, não dá para pensar muito. Mas quando dá para fazer de outra forma, combinando, conversando, incluindo é muito melhor (P6).

Aprendi que se pode transformar aquele momento no melhor possível de várias estratégias. E aí que veio o mundo lúdico para mim, de transformar aquela terapia, aquele procedimento que estava fazendo, numa coisa mais amena, e ver com os olhos de que estou fazendo o bem naquele momento! Que aquele procedimento não é o mal para a criança, não é um sofrimento, e sim o processo de melhora. Pode ser demorado, pode não ser. Mas é preciso fazer e pode ser mais ameno do que se possa imaginar (P8).

Tratando-se do significado do termo cuidar, desvela-se, nos discursos das participantes do estudo, o sentido que ilumina esse movimento que parte da interioridade da enfermeira e se dirige para a interioridade da criança. Significa colocar todas as ações que estão sendo desenvolvidas no ato de cuidar, dialógicas ou instrumentais, em benefício da criança. A expressão “ver com os olhos de que estou fazendo o bem naquele momento (P8)” descortina essa compreensão.

Essa última acepção se refere fundamentalmente à finalidade da ação de cuidar, mas não se retém no *como*, nem no *quê*. Cuidar de alguém é buscar seu bem, é velar por sua saúde, pelo restabelecimento integral de sua saúde e isso pressupõe colocar todos os recursos técnicos e humanos a serviço do paciente. Segundo essa noção, cuidar de alguém é convertê-lo no verdadeiro *centro* da ação, no centro de gravidade em torno do qual tudo adquire sentido e valor (TORRALBA; 2009, p. 122).

Experiências de aprendizagem desdobram-se na descoberta para a enfermeira de que o cuidado é o bem necessário e transformador. Cuidar do ser criança significa cuidar para além da doença, pensando na experiência de felicidade (AYRES, 2007) construída para cada criança em particular, olhando para a sua essência, traduzindo o que possa lhe ser familiar e necessário diante do momento existencial que atravessa. Do mesmo modo que é vital para a criança, o mundo lúdico passa a fazer parte da essência da enfermeira, e, na linguagem de ambas, transforma a realidade vivida.

[...] quando começou a funcionar a Pediatria, também comecei a fazer folia com as crianças [...] se dava risada, brincava com as crianças, escondia dentro do guarda-roupa com eles, fazíamos horrores! Era muito gostoso, ia para a recreação com meus alunos e eles iam lá ver o que as crianças estavam fazendo, o que estavam brincando. As crianças e as mães contavam histórias e muitas das histórias sobre a doença do filho íamos ficar sabendo lá na recreação! [...] Essas histórias eram muito ricas, às vezes era difícil de acreditar (P1).

[...] com uma tração esquelética na perna, porque reclamam para ir à recreação? Estão de cama, mas estão brincando! A criança é obrigada a ficar com a perna presa, mas não é por isso que vai ficar semanas trancada no quarto! Se tem a possibilidade de fazer o que outra criança faria [...] não vamos tirar a tração, mas ela vai de cama para a recreação. As mães dizem: “ele está com febre”. Está com febre, mas está animado, toma o remedinho e vai brincar! Isso tem que ser entendido (P4).

O enfermeiro pediátrico, em algum momento, vai à recreação, eles estão jogando, joga um pouquinho com eles [...] eles têm que sentir que não é sempre que vamos nos aproximar das crianças que vai ter alguma coisa dolorosa [...] Em alguns momentos é só brincadeira mesmo! Também fazer essa aproximação em outros momentos, para que nos conheçam um pouco mais (P6).

A estimulação lúdica tem o dom de unir a alma criativa da Enfermagem Pediátrica, enquanto arte do cuidado, e a alma da criança, cedendo ao cuidado esteticamente criado para o seu Ser criança.

[...] este menino está conosco há muito tempo! O mundo dele são os personagens, cada dia ele é um personagem [...] é o mundo dele. Essa é uma criança que sofreu muito mesmo, e é a forma como enfrenta! E ele ri, se diverte, todo mundo brinca com ele, “meu Deus!” isso é muito importante para ele, é essencial! [...] demonstra que quer que brinque com ele [...] é a diversão dele, é uma alegria [...] aprendeu a caminhar e a se alimentar aqui conosco [...] uma criança que veio muito grave e que está todo esse tempo resgatando um tempo que ele perdeu (P7).

Revela-se a leitura da vida em seu desabrochar com as lentes de que a força essencial ao viver transcende ao biológico e penetra a intimidade do Ser criança. É o resgate do Ser na totalidade das relações de cuidado, em que há esperança do cuidador movendo o processo de reestruturação existencial da criança. O tempo é a *força* do Ser, o elemento transcendental-historial do ser. É pela compreensão do ser que ocorre no *Dasein* que o ser capta o sentido do mundo e são estabelecidas as relações do ser humano consigo mesmo, com os outros e com tudo o que o cerca (STEIN, 2004a; HEIDEGGER, 2012).

Momentos dialógicos com as crianças resultam mais efetivos quando o brinquedo é inserido como recurso comunicacional. Promove a aproximação entre a enfermeira e a criança, e confere ao cuidar peculiar significado, o de convidar “a confiar no profissional, ou seja, é convidá-lo a desejar-se ajudar pelo profissional, ceder sua responsabilidade e ansiedade” (TORRALBA, 2009, p. 122).

O lúdico é diário na Pediatria! A abordagem para a criança sempre brincando falando de algum personagem, fazendo alguma coisa no bonequinho, é a forma como conseguimos nos aproximar, sem causar tanto medo. Às vezes, tem criança, por exemplo, em função das punções venosas é um terror, é a pior coisa do mundo é saber que vai levar uma picada! A criança enfrenta melhor a hospitalização e todas essas angústias enfim com o lúdico [...] é o dia a dia, e é imprescindível (P7).

Essa compreensão passa a adquirir novo formato, mais sistematizado, propiciando à Enfermagem Pediátrica a transição para um mundo em que não apenas o cuidado técnico evolui, mas também a arte e a estética do cuidado criam formas e modos de expressão mais indicados para unir aquilo de que a criança gosta com aquilo que a terapêutica requer. A estimulação lúdica revigora o lado estético do cuidado e é uma aliada ao fazer da enfermeira pediatra.

O lúdico faz parte do processo de desenvolvimento da criança, é muito importante essa coisa da brincadeira, da fantasia [...] faz curativos em boneca, põem sondinhas [...] cuidados de higiene básicos, banho, escovação do dente, isso é um processo de

educação da criança, da linguagem que gostam, que entendem e que com o brinquedo vão aprender. A enfermeira integra mais, voltada para questão assim do cuidado mesmo [...] o brinquedo faz parte do dia a dia do cuidado da criança (P7).

Trazer esse mundo lúdico que a criança vive fora do ambiente hospitalar, para dentro, já que ela está em um ambiente hospitalar, para fazer esse cuidado ficar um pouco lúdico [...] cuidar da criança desmistificando essa ideia de hospital, de procedimentos e de terapias invasivas [...] é o que levo do meu cuidado para eles! [...] na troca de um curativo, tentar cantar uma música, tentar fazer aquilo o “menos pior” possível, inserir eles no cuidado, segurar algum material para mim e me ajudar a fazer o procedimento junto (P8).

Para que o momento de brincar alcance a verdadeira essência da criança é necessário conhecer a criança.

[...] conhecer a criança, alguns gostam de brincar mais. Outros às vezes mentalmente, te exigem um pouco mais [...] uma menina que tinha um tumor cerebral, quando chegou aqui só mexia os olhinhos, mas estava muito consciente e muito inteligente [...] gostava muito de charadinha! Então, sempre tínhamos uma charadinha nova para falar para ela, e ela esperava um momento para passar uma charadinha para gente [...] e foi indo, foi crescendo, se desenvolvendo e melhorando (P6).

As repercussões, para o viver da criança hospitalizada e ao *Dasein* da enfermeira, de experienciar essa proposta de estimulação lúdica aliada ao cuidado, são assim expressas:

[...] estimula a criança e para isso também o desenvolvimento [...] ameniza o medo, a ansiedade daquela criança, da família, se vê que quando se começa a falar: “olha só a princesinha, cadê a galinha pintadinha?”, a criança na hora do curativo já não fica tão tensa, ela tolera melhor aquele desconforto e dependendo do tempo que a criança está internada assim ela consegue, inclusive, se acostumar e não achar ruim, não ser um momento de tanto sofrimento (P7).

[...] coisas que se pode negociar [...] tem criança que não gosta de fazer quimioterapia de dia, porque eles não querem ver, e preferem fazer de noite. Então a equipe também, não só eu como enfermeira dizer, mas dentro da equipe se poder combinar [...] Porque deixa a criança mais tranquila (P6).

[...] é uma das coisas que me encanta, poder desmistificar esse sentido de hospital, que, às vezes, não se consegue fazer com o adulto, que é muito racional, muito teórico, e que acaba não deixando esse seu lado mais espiritual assim, fluir (P8).

No processo interacional do cuidado são acionados mecanismos de reconhecimento existencial, de uma partilha de sensações comuns e que dignificam o momento vivido por ambos: profissional e criança. Momento único repleto de significado que requer da enfermeira a compreensão para a singularidade de cada criança, a fim de permitir que ela se sinta acolhida em seu mais profundo desejo de como cuidá-la, no seu íntimo de ser-criança doente e hospitalizada. Quando a participante P6 diz “sinto mais próximo de estar enxergando realmente o paciente. O paciente sente que estás mesmo enxergando ele”, deixa emergir uma

essência do cuidado que é o “enxergar”, é a visualização acurada da essência do outro que se desvela e que permite ser captada. Essa essência desvela-se na compreensão de que

[...] nenhuma criança é igual à outra [...] isso é uma coisa que a gente vai conhecer nas crianças. Então como o tratamento é longo, dá tempo de conhecer bem profundamente cada um deles, o que para cada um é mais importante, o que é para o outro [...] mais individualizado! [...] características próprias deles que a gente tem que no momento da assistência é importante preservar [...] sinto mais próximo de estar enxergando realmente o paciente. O paciente sente que estás mesmo enxergando ele, com as suas peculiaridades (P6).

Um olhar ampliado! Sem contar que nós somos o profissional que mais fica junto do leito do paciente! Então, conhecer o paciente no seu universo total, dele como um todo, tanto biologicamente, espiritualmente, somos nós, porque nós conhecemos aquele paciente! Então, tu sabes, tu conheces aquele paciente com propriedade, tu afirmas “alguma coisa errada está acontecendo, porque ele não é assim!” (P2).

As orientações são fundamentais para favorecer a aceitação e a participação da criança. Porém, Ribeiro e Bernardes (2012) recomendam que é vital reconhecer quando a orientação inicial ajuda, minimizando o medo do desconhecido, ou prejudica, antecipando de tal forma a dor que leve a criança a sofrer por antecipação. Isso somente é possível se a enfermeira conhecer a criança.

[...] se vai conhecer nas crianças. Alguns é uma brincadeira, outros têm que pegar no colo antes de fazer o procedimento. Algumas, podem fazer uma combinação antes: “hoje precisa colocar o soro, vamos ter que puncionar o cateter!”. Algumas sabendo, conseguem se organizar, outras não podem saber, vão ficar num estresse danado [...] não pode dizer quando tem a troca da agulha, tem que fazer um sinal para mãe que tu vai ir. Quando tu fores tu faz e acontece e elimina aquele estresse que, para a criança, é demais. Então, se fica sabendo antes é muito mais sofrido. Então, às vezes, têm que ser muito rápidas outras precisam se preparar antes (P6).

Na visão de Torralba (2009, p. 124), “cada Ser tem seu ritmo, não apenas seu ritmo físico, mas seu ritmo mental e emocional também. Cuidar de alguém consiste, em primeiro lugar, em adaptar-se ao ritmo alheio”. Nessa direção, a ótica da criança e a da enfermeira se fundem em uma nova forma de construir o cuidado, um cuidar que se revela no novo a cada momento de estreito convívio, na leitura de significados singulares a cada “ser-aí” no sendo existencial, no projeto de cuidado construído a dois – ou no conjunto interacional – no aqui e no agora do universo do cuidado.

Tem coisas muito intuitivas, mas vai da convivência [...] tinha um paciente que sabia que a troca da agulha era sete dias. No dia dele trocar, ficava em estresse. Dai a mãe disse: “troca de manhã cedo, ele relaxa depois, se vocês trocarem na tarde ou noite, ele passa o dia inteiro com aquela angústia!” [...] de uma



combinação [...] está acabado o problema [...] se pode negociar, acomodar o que se pode mudar para que fique mais confortável, consiga tolerar melhor o tratamento que é longo, é cansativo, doloroso, muito tempo internado, muitas internações (P6).

Esse universo desvela-se como um movimento que emerge pautado no conhecimento que a convivência com as crianças promove,

[...] fazer daquele movimento que se aprende um pouco nos cuidados paliativos, o que tu pode fazer para melhorar as condições, a adaptação que seja o enfrentamento feito naquele momento! Isso serve para qualquer fase. Mas vai disso, da observação, de saber a faixa etária que a criança está, o que podes oferecer de opções e brinquedos [...] brincadeira de saber qual é o time de futebol, qual é o desenho do momento [...] se aproximar um pouco do universo deles! E quando eles vêm te mostrar e tu conheceres, conversar sobre isso [...] fazer uma coisa individualizada para aquela criança, com o conhecimento que nós vamos adquirindo através das internações, o tempo de convivência (P6).

Conhecer e compreender o universo da criança, suas reações frente ao novo que se mostrou desconhecido e desafiador – a doença, hospitalização e tratamentos invasivos e dolorosos – pode resultar em modos igualmente genuínos de aproximação com a criança, e que se traduzem por momentos compartilhados de fé e espiritualidade implicados no agir da enfermeira. Transparece no trecho abaixo:

[...] o adoecer de uma criança é um momento crítico! Ela não deveria estar ali, deveria estar brincando, estar na escola, isso é o que se quer, e é o que a criança e a família também querem. O adoecer num hospital [...] é um corte daquele momento em que estava bem, estava na sua vida, no seu dia a dia, e vem para um hospital, vários procedimentos, seguir ordens, ter horários fixos enfim, sai de toda a sua rotina [...] a enfermeira, o profissional da saúde, o técnico de enfermagem tem o dever de tentar amenizar a dor, não só com medicação, com conversa e com sua contribuição (P9).

Conhecer a criança na temporalidade e no plano biológico é, igualmente, importante para a construção de um projeto de cuidado. O cuidado não prescinde da visualização integral do paciente, em que o exame físico da Enfermeira reveste-se de um instrumento de cuidado. Aparece, na fala a seguir, o sentido de presença com significação de acompanhamento acurado, cuidado como um olhar ampliado, da totalidade do Ser: “tem toda essa visão!”. O ser total, universo do ser, é o *Dasein*, como “ser-no-mundo”.

[...] se aprende que o importante é tu conhecer o teu paciente! [...] é ir à beira do leito examinar o paciente, destapar o paciente, ver como está naquele momento! [...] num momento atrás podia não estar, mas, naquele momento, pode apresentar uma série de coisas: um soro infiltrando, significa que não está recebendo aquele soro, além de estar infiltrando, machucando e podendo causar até lesões, dependendo da

droga que corre ali [...] as condições dele: o aquecimento, as extremidades, como está no geral, um exame físico completo (P2).

E P2 complementa acerca do cuidado seguro no sentido de “acompanhar”, o qual envolve presença e atenção para com a totalidade do Ser criança:

[...] para ter certeza de que “esse paciente estava assim quando cheguei, daqui a pouco vou passar aqui e ver como é que ele vai estar”. Tem toda essa visão! E é algo que dá segurança que eu possa dar uma atenção muito direta a eles, acompanhando tudo que está sendo feito (P2).

E o cuidado novamente aparece revestido do sentido de preocupar-se “com-o-outro”; é ver se o cuidado que é prestado é seguro; se é condizente com o ser cuidado e o ser que cuida, e há uma circularidade nesse processo de cuidar, o círculo hermenêutico do cuidado (HEIDEGGER, 2012).

A ação de cuidar, na perspectiva do acompanhar, trata-se de um movimento contínuo, não pontual, e que se desenvolve lado a lado das etapas vividas pelo Ser no curso da enfermidade. Nessa perspectiva, “cuidar de alguém um instante não é cuidá-lo porque o cuidado requer, tempo e fidelidade no tempo” (TORRALBA; 2009, p. 124).

Compreender as reações da criança e que é possível transportá-la para a experiência vivida naquele exato momento – o aqui e o agora - desmistificando o caráter tecnológico dos procedimentos mostra abertura do *Dasein* da enfermeira para o mundo infantil:

Adoro fazer isso. Quando vou coletar um paciente e dou pelo menos os tubinhos para segurar e aí, aos pouquinhos, vou ensinando qual tubinho tem que ser primeiro, qual tem que ser depois, porquê primeiro o azulzinho e depois o roxo... Cada um tem um motivo. Aos pouquinhos a criança vai sabendo, a mãe vai sabendo, aquilo deixa de ser um bicho de sete cabeças. É outro olhar! [...] transformar o científico num conhecimento mais compreensível e aplicável ao cotidiano, que todos compreendam (P8).

Dialogar com a criança, solicitando e estimulando a sua colaboração, favorecendo, quando possível, alguma tomada de decisão, contribui para diminuir o medo do desconhecido, ao mesmo tempo em que ela se perceberá valorizada. Orientar a participação da criança nas etapas envolvidas em seu tratamento é uma forma de aumentar suas possibilidades de controle da situação. Por outro lado, compreender constitui-se para a criança em auxílio poderoso para transformar positivamente a visão que ela está tendo acerca da experiência vivida (RIBEIRO; BERNARDES, 2012). Assim, perceber que o seu agir pode beneficiar a criança para a retomada existencial frente às vicissitudes vividas, transporta a enfermeira para a atitude de

responsabilizar-se em favorecer a restauração da confiança no futuro, essência do cuidado autêntico (TORRALBA; 2009; HEIDEGGER; 2012). Tal compreensão move ao auxílio à criança na estruturação de modos de enfrentar e não esmorecer.

Tentando mostrar que é um momento, às vezes, quando é uma situação aguda, que aquilo vai passar que se entende que é difícil, que está longe dos seus amigos, da sua escola, do seu quartinho, das suas coisas, dos seus brinquedos, mas que é importante tomar aquela medicação! É importante acreditar, é importante ter fé, acreditar que aquele é um momento passageiro [...] e tem aquelas situações realmente mais pesadas, mais difíceis que, às vezes, é um final de vida, um momento de finitude (P9).

Trata-se, aqui, da transmissão da esperança. A esperança está intimamente relacionada à vulnerabilidade. Somente pode ter esperança aquele que é vulnerável e exclusivamente ele precisa ter esperança, “pois o ser autônomo e autossuficiente, incólume à precariedade, não tem necessidade desse hábito que é a virtude da esperança. O ser humano, precisamente, porque é vulnerável, necessita cultivar a esperança” (TORRALBA; 2009, p.168).

Para Torralba (2009), somente é possível restaurar a ordem anterior à enfermidade a partir da esperança no bem futuro, transmitida pelo cuidador por meio do diálogo e da receptividade:

Cuidar é [...] uma forma de interação interpessoal, da qual se articula a transmissão de determinados valores éticos, como, por exemplo, o valor da esperança. Essa transmissão de valores supera as margens da racionalidade técnica e cresce na esfera da emotividade e do sentimento. Cuidar é velar, é lutar contra o niilismo, o abandono, o fracasso. Esse velar, esse preocupar-se revela sensibilidade ética (p.167).

Diante da fragilidade da condição humana exposta com tanto vigor pela doença, ou nos momentos derradeiros da existência como diante da finitude do Ser, emerge para a enfermeira uma compreensão do significado do “agora único”, revelador da mais profunda essência individualizada daquele ser criança, também único em seu acontecer.

[...] é muito intenso [...] As crianças podem não saber a perspectiva de vida de uma criança pequena, se tem muito tempo de vida ou se a doença é “prognóstico reservado”. Mas se elas vêm te dar um beijo, não é um beijinho, te dão um beijão! Inconscientemente, não sabem se vão ter oportunidades de te dar de novo aquele beijo [...] se aprende convivendo com elas isso também: de valorizar aquele momento, aquela situação, porque não sabemos dali para frente o que vai acontecer! Vou percebendo essas coisas, da aproximação (P6).

As crianças, em seu processo existencial frente à possibilidade da morte, vivenciam movimentos de assumirem com maior vigor condutas interativas com outros seres com os

quais convivem em sua trajetória de enfrentamento. Pode-se encontrar em Heidegger (2012) a explicação para esse fenômeno da existência humana, vivenciado pelo ser em seu processo de adoecimento, especialmente diante do prognóstico reservado, e pelo ser cuidador que empaticamente coloca-se diante da vulnerabilidade da condição humana.

[...] o entendimento subsequente ao apelo da consciência, que deixa livre a possibilidade de que a morte venha a *dominar a existência* do *Dasein*, destruindo em seus fundamentos todo encobrimento-de-si como fuga. O querer-ter-consciência determinado como ser-para-a-morte também não significa despedida e fuga do mundo, mas leva sem ilusões ao ser-resoluto do “agir” [...] brota do sóbrio entendimento das fundamentais possibilidades factuais do *Dasein* (HEIDEGGER, 2012, p. 845).

Todas essas abordagens dialógicas e expressivas até aqui explicitadas são colocadas como mecanismos de resgate às forças das crianças e favorecem a construção de um processo de enfrentamento indispensável à caminhada existencial que se configura. Entretanto, quando a trajetória existencial do Ser-criança como “ser-no-mundo” tem seu ponto-limite e derradeiro, na hora da morte e do morrer, ainda assim as enfermeiras encontram-se impelidas a um movimento de respeito ético à vida da criança que finda, e após a morte. Mostram-se igualmente solícitas a constituir-se em referência humana de suporte à família nessa hora de singular sofrimento psicológico. Essa atitude é desvelada como uma construção vivida na trajetória das enfermeiras.

[...] autorizei vestir uma pacientinha depois de morta. A mãe pediu que se pusesse a roupinha, sempre se faz os cuidados com o corpo, colocava a fraldinha, identificava e levava para o “MORG”, era a rotina. E a mãe pediu que eu vestisse a criança, vesti com a técnica de enfermagem, e pus a roupinha [...] Hoje a mãe pede para colocar a roupinha: “está tudo bem!”. Tudo é criado, com esforço, negociação para que se estabeleça e depois parece que aquilo é tão natural e óbvio. Hoje se pergunta ao familiar se tem a roupinha, se querem que a gente vista a criança, está introjetado nos profissionais (P5).

Naquele momento ali é o respeito ao nosso paciente, que passa a ser um corpo, mas que é pessoa, e vai continuar sendo respeitado. Todas as técnicas vão ser executadas da forma correta, não se pode abandonar o corpo [...] sempre digo para as técnicas de enfermagem que se tem que estar sempre junto, sempre tem que ter alguém ali, ter todos os encaminhamentos certos, tem a família também [...] o cuidado é com os dois, não posso isolar, na hora da morte também (P3)!

Para cuidar da criança, em uma perspectiva ontológica e existencial, pode ser particularmente útil apropriar-se do conhecimento de que a criança é um projeto, um vir a ser-endo. Ao mesmo tempo, a ideia de projeto vem atrelada à compreensão de que coexistem, numa circularidade hermenêutica, o passado, o futuro e o presente. Na modulação desse

porvir entra em cena reconhecer o valor da interação e da intersubjetividade que se faz presença no “ser-com” outros *Daseins*, o que, por sua vez, representa vivências ilimitadamente ressignificadas. Com sua temporalidade não linear e a condição do Ser de ser formador de mundo é que se compreende a existência humana (STEIN, 2004a; AYRES, 2007; HEIDEGGER, 2012).

Particularmente importante para a Enfermagem Pediátrica é o reconhecimento de seu potencial formador e transformador na missão de favorecer a constituição do Ser criança como ser-no-mundo, em uma análise compreensiva de suas manifestações, atribuindo significado à compreensão de seu modo de ser e vir-a-ser.

#### 6.5.2 Ser Família: no mundo do cuidado

A compreensão de como cuidar de modo autêntico da criança – pois, os depoimentos expressam todo um modo de genuíno envolvimento do ser da enfermeira — faz emergir concomitantemente a percepção de que o caminho do cuidado liga a criança à família e de modo articulado liga a família à criança, ao mesmo tempo em que se funde com o Ser da enfermeira, levando a uma compreensão de “conjunto”. Para que haja inteireza nos movimentos seguintes, emerge o agir da “inclusão”, da “inserção” da família em todos os momentos, constituindo-se, assim, o “universo do cuidado” – “ser-aí” é “ser-no-mundo”, é “ser-com”. O *Dasein* da Enfermeira reflete o *Dasein* da Enfermagem Pediátrica, que é seu continente, pois abriga o “ser-enfermeira” no mundo existencial do cuidado no hospital.

Os trechos a seguir explicitam esse entendimento:

[...] conseguia ver a questão de que a aproximação das crianças, muitas vezes, tinha que ser através da família. Comecei a prestar mais atenção nisso. Porque, pode ser que no início, começava a me deter só na criança e depois fui vendo que não é bem assim e tive que começar a incluir [...] a criança vinha de uma família, iria voltar para uma família e tinha que trabalhar em conjunto (P6).

[...] essa é a preocupação! “Essa mãe não veio dois dias?”. Vamos ver o que está acontecendo, porque ela não está aqui, será que precisa de apoio para estar aqui? Então, tem todo esse trabalho junto com a criança, mas com a família junto (P2).

[...] entrei no trabalho com a criança, vi que não existe trabalho com a criança se não trabalhar a família, que está inserida num contexto. A criança está conosco durante a hospitalização, determinado período do tempo, precisa trabalhar com a criança num contexto maior, do que só esse momento, só a doença física, só a projeção da cura [...] existem muitas outras interfaces nesse cuidado (P10).

Não tem como tratar uma criança sem a família estar presente e envolvida [...] o tratamento não fica completo se a família não está presente e participa, é um

diferencial essa família estando junto, dando todo esse suporte emocional para a criança (P7).

O “ser-aí” da enfermeira amplia seu olhar quando percebe que a família, ao ser inserida, alarga o continente do cuidado de tal forma que o cuidado adquire uma configuração de um mundo sensível à criança, respondendo ao seu “ser-aí” da mesma forma que atende ao “ser-aí” da família, e em extensão ao “ser-aí” da Enfermagem Pediátrica. O cuidado não se estabelece se esse conjunto não for contemplado porque cuidado é preocupação, e esta está intimamente ligada à compreensão que possibilita avançar para o domínio de inclusão. O olhar que se dirige ao todo contempla a singularidade de cada parte que se reflete no todo incessantemente, e, conseqüentemente, o todo se reflete na parte, fenômeno caracterizado como o círculo hermenêutico do cuidado.

[...] a família é o ponto crucial do paciente pediátrico. Não vejo uma criança sem ter o seu cuidador, seu pai ou sua mãe do lado [...] quando o pai ou a mãe estão juntos, o desfecho da criança, ou pelo menos passar por aquilo é muito menos sofrido! [...] também os adolescentes, que já tem um conhecimento, uma vivência com seu pai e com sua mãe, então, aquele laço, num aperto, quem se chama é o pai ou a mãe [...] se forma um conjunto de cuidado no nosso trabalho, e não nos vejo isolados, nos vejo muito em grupo (P8).

A expressão “conjunto de cuidado” emerge como uma dimensão integradora ao viver da criança, significando que ela reconhece que pode contar com a solicitude da família, porque é com a família que ela compreende o mundo e se autocompreende como Ser. Desvela um sentido invisível aos olhos, pois se insere em uma categoria sensível que advém das relações que somente a afetividade é capaz de promover para o suporte existencial da criança diante das vivências de um mundo novo e desafiador: conviver com a doença, tratamento e hospitalização. A Enfermagem Pediátrica, por meio de cada cuidador como parte desse universo, assume seu *poder-ser mais-próprio* em seu “agir”, e projetando-se (HEIDEGGER, 2012) constrói o Cuidado.

A explicação de Heidegger (2012) mostra que na essência do *ser-aí* reside o *ser-em* como significação do *ser-no-mundo* do *Dasein*, o que remete à compreensão de estou acostumado, familiarizado com, cuidado de algo, tendo a significação de *colo*, no sentido de *habito o ser*: “moro, detenho-me em ... o mundo como o familiar deste ou daquele modo” (p. 173). Tal explicação favorece a necessidade de compreensão que aqui se instaura acerca do significado para a criança em relação às mudanças existenciais que desestruturam o seu viver e que passam a fazer parte de seu itinerário existencial. Na facticidade assim expressa, emerge a preocupação para que tais necessidades sejam acolhidas e interpretadas, em uma releitura

cotidiana, apontando para possibilidades de reconstrução, tornando seu mundo novamente “familiar” a si própria. O cuidado vem a ser a única proposta viável nesse sentido para completar sua existência no mundo da doença e da hospitalização.

Olhar para a totalidade desse Ser é visualizar um conjunto; é como uma fusão de seres – uma unidade de cuidado. Significa que o “ser-criança” funde-se ao “ser-família” e o “ser-família” funde-se ao “ser-criança” em um sentido de universo do ser, de totalidade do ser; é “ser-com”, é “ser-no-mundo”. O *Dasein* da enfermeira pediatra reconhece, nessa fusão, a essência do cuidado em Pediatria:

[...] um modelo de cuidado de crianças [...] o modo de fazer, ensinava muito no modo de agir com as mães e os pais [...] evitar a (des) interação entre pai e filho [...] se começou a perceber isto! E isto é muito importante! E uma das coisas que era comentado sempre era que os animais não deixavam seus filhos. E nós pessoas queríamos separar os filhos dos pais! Isto era uma compreensão que era irracional. A irracionalidade dos animais era muito mais sensata do que a nossa racionalidade. Isso era e até hoje é assim [...] volta e meia se tem que retroceder (P1).

E o fundamental que a criança quer é que a família esteja cuidando dela, que vai voltar a cuidar. Para criança nada melhor que o colo. Nós adultos quando ficamos doentes, no fundo, o que se quer é ter um colo da mãe. Então, tem essa questão da criança que realmente o que ela quer é o colo da mãe. E se pode fazer as coisas junto, mas na hora, é a mãe que a criança quer. Ou o cuidador principal [...] a criança faz parte de um núcleo [...] ela vai voltar para esse núcleo para continuar sendo cuidada (P6).

[...] sempre associei a Enfermagem Pediátrica à criança, nunca a criança só como uma criança, sempre vejo meu paciente como pelo menos três pessoas: pai, mãe e criança, ou a criança e seu cuidador, seja seu avô ou seu tio [...] quem se preocupa com aquela criança e está ali naquele momento. Sempre vi assim, não consigo desvencilhar as coisas. Isso está muito ligado, é essencial eles estarem perto da criança (P8).

Os discursos desvelam uma dimensão integradora ao projeto de cuidado no movimento que se estabelece, fruto do processo criativo movido pela compreensão, característico do “ser-aí” na construção de seu próprio projeto existencial. O caminho do cuidado à criança leva inevitavelmente ao cuidado ao familiar, no círculo hermenêutico que se instaura desde o momento em que se insere a família no modelo do Sistema de Permanência Conjunta. A leitura desse movimento do cuidado é o fio condutor do modelo em sua temporalização, na existência da Pediatria.

[...] enxergo a família como alguém de dentro [...] que faz parte do meu cuidado, que está ali e é responsável por aquela criança, que é vinculada à essa criança por ser pai, responsável, cuidador legal, mas que tem o vínculo afetivo com essa criança, e que também está nessa situação de adoecimento do seu filho, e que também precisa de cuidado! [...] é muito nítido, essa família, esse ser também precisa ser cuidado e orientado (P9).

[...] a família faz parte da criança, eu não consigo enxergar a criança sozinha sem a família, a família faz parte e não se cuida só da criança, tem que cuidar da família junto! Eu não estou cuidando só de uma criança, a criança não é um ser isolado, faz parte daquela família, e precisa da família e a família precisa dela (P5).

Nota-se, aqui, a presença de uma das estruturas fundamentais para a compreensão dos elementos estruturantes do modelo de cuidado que assim foi criado, em um sentido *temporalizado*. O movimento de recriação contínuo, assumido pelo *Dasein*, como o “ser projetante em um poder-ser em vista do qual o *Dasein* cada vez existe” (HEIDEGGER, 2012, p. 915), é ativado na *concepção criadora* “evitar a (des)interação (P1)” entre pais e filhos.

Esse movimento criador do Ser – o projetar — tem seu fundamento na explicação de Heidegger (2012, p. 915) para o significado do “entender”:

O entender abre o poder-ser de cada *Dasein* de modo que entendendo ele sabe cada vez de algum modo o que se passa com ele mesmo. Mas este “saber” não consiste em haver descoberto um fato, mas em manter-se em uma possibilidade existencial [...] O projetar é fundamentalmente o futuro e não apreende primariamente a possibilidade [...] nela se arremessa como possibilidade. Entendendo, o *Dasein* é, cada vez, como ele pode ser.

Emerge a preocupação com algo para que não seja dissolvido – e que adquire para as enfermeiras o significado de “não consigo desvencilhar (P8)”, “está muito ligado (P8)”, “faz parte da criança (P5)”, “alguém de dentro que faz parte do meu cuidado (P9)”. Essas expressões são reveladoras da essência de que é necessária a *preocupação* para manter a interação, ou seja, movimento de desvelo para a manutenção dessa força que aproxima dois seres, em que a interpretação sobre a ação das enfermeiras permite que se lhes atribua o sentido de “curador”. Para Ayres (2006, p. 60), referindo-se ao cuidado, “o Ser do humano é cuidado. É projetar e, ao mesmo tempo, ser o ‘curador’ do projeto”.

A interpretação que o *Dasein* dá de si mesmo reside na ‘preocupação’. Assim, “o vir-a-ser o que ele pode ser em seu ser livre para suas possibilidades mais-próprias (no projeto), é uma ‘realização’ da ‘preocupação’” (HEIDEGGER, 2012, p. 555). Tal evidência, por sua vez, remete à questão da “plasticidade”, sabiamente comentada por Ayres (2006, p. 60):

Não fosse plástica a matéria de nossa existência, não fosse sujeita à transformação, à moldagem, não haveria a existência. Não haveria, porque não se teria concebido e criado o ser vivente, mas também porque não haveria a possibilidade de sua dissolução, de sua finitude e, portanto, não haveria a necessidade de ser cuidado. O cuidado tem a ‘posse’ do ser vivente porquanto e enquanto o mantenha vivo, porquanto e enquanto sustente sua existência contra a dissolução.



Nessa perspectiva, a linguagem do Ser-enfermeira desvela a significação para o entendimento de que o foco do cuidado dirige-se à criança, mas também à família, no sentido de suporte à existência desses seres quando estão lado a lado no mundo do hospital, projetando um vir a ser contínuo, transcendendo ao hospital. O entendimento da singularidade de cada família predispõe a enfermeira ao cuidado centrado nas necessidades daquele *Ser-família* em sua individualidade:

[...] percebo o cuidado à família enquanto ser humano, com as suas demandas emocionais também [...] cada pai e cada mãe reage de uma maneira ao adoecimento de seu filho. Têm aqueles que negam, aqueles que estão mais próximos, os que estão em um processo de aceitação, tudo isso diferencia também. Mas sem dúvida, é um ser humano, um ser humano adulto que está ali com a sua dor emocional pelo seu filho estar doente e está se mantendo forte, na maioria das vezes. É assim que se mostram para nós, tentando se manter fortes, tentando ficar bem, mostrar para seu filho que está bem e não desabando, para que o filho perceba essa fortaleza, perceba esse cuidado (P9).

A fala de P9 expressa de modo sensível o entendimento das enfermeiras sobre o que elas consideram justificar o “cuidar da família”. É o cuidado àquele Ser-família em sua individualidade, como pessoa. A solicitude ao ser do cuidador familiar desvela uma das facetas primordiais do cuidado na Enfermagem Pediátrica, sob a ótica das enfermeiras.

A compreensão da visão das enfermeiras que remete ao todo da significação para expressar que cuidam da criança e cuidam da família, encontra respaldo ao se tratar do sentido que o “ser-aí” dá para as coisas e que se expressa como linguagem:

os existenciários fundamentais que constituem o ser do “aí”, isto é, a abertura do ser-no-mundo são o encontrar-se e o entender. O entender traz consigo a possibilidade da interpretação, isto é, da apropriação do entendido [...] *O fundamento ontológico-existenciário da linguagem é o discurso [...] O discurso é existencialmente de igual originariedade que o entender [...] O discurso é a articulação da entendibilidade. Por isso, o discurso fundamenta a interpretação e a enunciação. Ao que pode ser articulado na interpretação e mesmo mais originariamente, já no discurso, demos o nome de sentido. O articulado na articulação discursiva como tal denominamos de o-todo-da-significação e este pode ser decomposto em significações* (HEIDEGGER, 2012, p. 453).

Os discursos das enfermeiras revelam, com unanimidade, que o cuidado por elas construído e entregue, enquanto projeto que se temporaliza cotidianamente, se expressa nessa dúplice articulação – cuidado à criança e à família - revelando a entendibilidade da totalidade de sentido que se manifesta no “todo-da-significação” (HEIDEGGER, 2012).

Encontra-se em Heidegger (2012, p.455) subsídios para o sentido da explicitação do cuidado à criança e à família de modo articulado:

as significações, como o articulado do articulável, são sempre providas-de-sentido. Se o discurso, como articulação da entendibilidade do “aí”, é um existenciário originário da abertura, e esta, por sua vez, é primariamente constituída pelo ser-no-mundo, o discurso deve ter essencialmente ele também um modo-de-ser específico *de-mundo*. A entendibilidade do encontrar-se do ser-no-mundo *exprime-se como discurso*. O todo-de-significação da entendibilidade *accede à palavra*. Das significações nascem as palavras, e não são as palavras que, entendidas como coisas, se provêm de significações (HEIDEGGER, 2012, p. 455).

Seguindo na trilha desses saberes, as bases para a construção do cuidado emergem da formação acadêmica, se revitalizam com a escolha da linha de cuidado a ser adotada na profissão, e experiências se somam no devir do cuidado cotidiano e, comparativamente, singularizam a compreensão de um fio condutor, ao longo dos anos, percebido e absorvido como modelo de cuidado. Tal modelo distancia-se do foco exclusivo na doença para aproximar-se do “universo do cuidado”, que a linguagem das enfermeiras traduz como “ser completo”, aquele que visualizado em seu existir não existe sem a família. O *Dasein* da criança emerge como “aí”, existindo no “*ser-com*”.

Era um modelo que previa, então, a educação da família![...] a primeira coisa era a higiene: a higiene das mãos, das crianças, corporal. Então, tinha todo este particular; porque as crianças vinham sujas mesmo, daquele jeito! E tinha uma questão social muito forte que era esta questão assim: filhos de vários pais, a mãe sozinha, vinha o pai daquele, depois vinha o pai do outro [...] Tinham coisas assim que a gente nem tinha ideia [...] quando eu aprendi Pediatria, o importante era a doença, não era a criança (P1).

[...] o atendimento da Pediatria focado na criança e na família, me chamou muito atenção. Conversava-se com outras pessoas de outras instituições e se percebia que isso não era muito o foco. O foco era a doença do paciente e pronto! Aqui não, aqui se trata e sempre, desde àquela época, se trata o paciente como um ser completo! Uma criança ou um adolescente que, claro, tem um problema para estar aqui, mas ele não é só aquela doença, tem uma vida, uma família, tem todo um universo em volta dele (P2).

A compreensão de que a criança, ou o adolescente, naquele momento existencial convive com uma doença, mas que a essência maior do existir reside na vida e no partilhar da existência com o outro – sua família e seu mundo - possibilita à enfermeira ampliar o olhar para o ser em sua totalidade existencial: “ele não é só aquela doença, ele tem uma vida, uma família, ele tem todo um universo em volta dele” (P2). Essas reflexões caminham junto ao tempo, mantêm um foco norteador e desvelam um saber que não é novo. Tal saber construiu-se e reconstruiu-se no fazer das enfermeiras na trajetória do Sistema de Permanência Conjunta desde a sua criação, palco dos movimentos sucessivos de cuidado. Reveste-se em peculiar entendimento, a preocupação essencial – o cuidado à criança e à família - exerce sua força

motriz, move-se na temporalização do existir do modelo de cuidado levando a nunca novas, mas (re)significadas e peculiares formas de cuidar na completude:

nós temos que pensar que aqui é uma fase, um período que ela está passando e que se precisa manter todo esse vínculo, essa estrutura, a vida da criança, respeito à família, a participação da família (P5).

[...] sem isso o tratamento da doença não vai funcionar, se não olhar para todo esse universo [...] do meio que a criança vive, da família que a acompanha, dos cuidados que recebe, como é a relação com a família, como é que se pode aproximar essa família desse cuidado (P2).

[...] a criança não é um adulto pequeno, a criança é uma criança, tem os cuidados diferentes e tem todas as etapas de desenvolvimento por onde elas passam. E a família como participante como cuidadora dela, então também tem que ser cuidada para poder atender a criança em casa ou no hospital mesmo (P4).

Alguns dos argumentos que regem a inserção da família na internação pediátrica e justificam o olhar da enfermagem sobre a inclusão do cuidado à família podem ser assim esclarecidos:

[...] manter a interação mãe e filho, era uma questão afetiva, de ligação, de junção da criança e a mãe [...] que não houvesse um rompimento entre a mãe e o filho porque a criança tinha aquele risco de ficar em inanição [...] se via a criança desnutrida internar e daqui uma hora morrer, porque não tinha uma gota de sangue, só tinha edema! Não se viu mais porque já tinha começado um trabalho em função disso [...] manutenção do vínculo afetivo (P1).

[...] tudo a ver com a criança! A criança e o adolescente não são adultos em miniatura como as pessoas às vezes colocam, de certa forma. São crianças, tem seus aspectos peculiares e dependem de um adulto, da sua família, para realmente poder crescer e se desenvolver, e um dia se tornarem adultos sadios! Precisam desse suporte de adultos responsáveis (P10).

A família é o suporte emocional da criança [...] é um vínculo emocional e ela vai ter uma resposta melhor ao tratamento, à hospitalização, se a família puder ficar junto, de preferência envolvida, dando carinho podendo estar suprimindo as necessidades básicas que a criança aceita melhor com a família! A família tem que estar sempre junto da criança para que ela tenha toda essa estrutura de dar conta, vai se sentir mais segura, vai se sentir protegida [...] o fato de entrar no hospital é uma agressão, então ela fica completamente perdida, vulnerável se não tem um elo emocional que é a família (P7).

Os projetos de futuro de uma criança são tecidos nas redes de apoio ao seu próprio Ser que é a família. A Enfermagem Pediátrica é transitória na vida da criança e da família, apesar de toda significação que imprime na temporalização do viver da criança e família durante a internação e cujas influências persistem no tempo. Essa compreensão alcançada pelas enfermeiras preserva a identidade da criança e da família, seus vínculos afetivos, sua segurança e proteção, legitimadas no reconhecimento à singularidade de cada *Dasein*.

No caso das crianças desacompanhadas, ou vítimas de negligência ou outras formas de violência intrafamiliar, a enfermeira presencia o alto grau de sofrimento e solidariza-se com a dor da criança:

[...] as crianças, que não tem pais, ou que por algum momento os pais abandonam [...] aquela passagem, aquela internação é um sofrimento que existe no fundo, no coração daquela criança, uma dor, uma tristeza, e que aquilo é irreparável. É uma coisa que não se consegue reparar, se consegue dar amor, dar carinho, mas a família é o laço mais estreito que pode existir entre uma criança internada (P8).

[...] mesmo ela não sendo a melhor família que se gostaria que fosse para aquela criança, ela é o vínculo emocional, independente até dela ter sofrido agressão ou negligência, ela é imprescindível para a criança. Se a gente vai conseguir resgatar enfim ou não, vejo muitas vezes o sofrimento da criança que é separada de uma família [...] Então mesmo ela sendo negligente, ela é importante para a criança (P7).

Quando o direito da criança de ser acompanhada por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização (BRASIL, 1995), lhe é negado ou não valorizado em qualquer circunstância, se revela um dos mais graves desrespeitos que se pode identificar no panorama do cuidado à infância. O despertar de um *modo-de-ser* que se caracteriza pelo cuidado solícito imprime assegurar a defesa aos direitos da criança enquanto hospitalizada, como fio condutor dos projetos de cuidado criados e repensados em seu devir.

[...] noutra instituição, tive uma experiência que foi chocante porque tudo que tinha aprendido na academia, não conseguia aplicar, porque a família tinha horário de visita, a família não permanecia junto com o paciente, a gente olhava os olhos das mães angustiadas na porta esperando o horário da visita para entrar! Achava isso um absurdo, e as crianças nas enfermarias sozinhas, sozinhas não, acompanhadas da enfermagem, mas não é a mesma coisa (P2).

O Ser cuidador sensível às facticidades existenciais da criança que é lançada em um mundo novo e sobremaneira ameaçador, especialmente ao ser afastada da família, se sente impulsionado para um peculiar despertar de uma experiência de proteção ao Ser de que se ocupa. Heidegger (2012, p. 799) diz que

a interpretação cotidiana mantém-se na dimensão do cálculo ocupado, a calcular a compensação de “culpa” e “não-culpa”. Nesse horizonte, a voz-da-consciência é então “vivenciada” [...] a distinção de uma consciência que olha para-adiante, a prevenir, e outra que se volta para-trás, a reprovar. É certo que a ideia da consciência que admoesta parece aproximar-se ao máximo do fenômeno do despertar para ... [...] caráter do significar para-adiante.

No entanto, uma peculiaridade que confere especial sentido ao despertar da consciência para a proteção do Ser de quem se ocupa e por quem se preocupa, refere-se ao

agir acionado e potencializado pelo desejo, como expressão de uma vontade genuína de envolver-se com o outro de modo significativo – solicitude, essência de projetar-se ao e pelo cuidado (HEIDEGGER, 1981; HEIDEGGER, 2012).

A prevenção dos maus tratos institucionais constitui-se em possibilidade, acolhida e assegurada pela Enfermagem Pediátrica na essência de seu potencial criador, em conformidade à leitura das manifestações peculiares das crianças e dos adolescentes. No devir do tempo, o movimento do despertar da solicitude com sentido de “zelar pela existência do outro, vendo-o não como um objeto a ser cuidado, impedindo-o de se conhecer de forma transparente em busca pela liberdade” (HEIDEGGER, 1981, p. 41), se estabelece. Renova-se, cotidianamente, com base na preocupação, adianta-se em prol da defesa da criança e da família em todos os espaços em que se encontre no mundo do hospital.

Nos encontros e reencontros, no transcurso da trajetória de cuidado, que se constituem na temporalização da história da Permanência Conjunta, peculiares compreensões vão se dando entre *Daseins*. Os seres de cuidado, em sua dialogicidade, em busca do entendimento existencial do qual são copartícipes, alcançam o entendimento de que o afastamento da família constitui sofrimento irreparável para a criança. A família é insubstituível em seu devir de cuidar da criança. Se, por alguma facticidade existencial, não consegue, considerando-se que cada *Dasein* “é como ele pode ser” (HEIDEGGER, 2012, p. 915), outros projetos, igualmente com caráter de cuidado — pois possuem como base esse fundamento — são lançados, em nome da preocupação, na reorganização do viver da criança e da própria família.

O “todo-de-significação” da entendibilidade do cuidado em Enfermagem Pediátrica — *o-cuidado-à-criança-e-à-família* — pode por analogia ser interpretado como a entendibilidade do encontrar-se do *ser-no-mundo* (HEIDEGGER, 2012), que se exprime como discurso. Isso é verdadeiramente válido ao se pensar na criança, na família e na enfermeira. No caso da criança enquanto *ser-no-mundo* precisa ser compreendida em seu mundo, e esse mundo, primariamente, é seu continente, é a família, e nesse sentido são indissociáveis. Assim, por extensão, o cuidado à criança é indissociável do cuidado à família e como tal precisa ser transparente enquanto significação e sentido.

Para Heidegger (2012, p. 455), a linguagem revela o *ser-no-mundo*, ou seja,

a linguagem é o ser-expresso do discurso. Essa totalidade-de-palavra, como aquilo em que o discurso tem um próprio ser “de-mundo”, como ente-do-interior-do-mundo, pode assim ser encontrada como um utilizável. A linguagem pode ser despedaçada em coisas-palavras subsistentes. O discurso é existencialmente linguagem, porque o ente cuja abertura ele articula conforme-a-significação tem o modo-de-ser do ser-no-mundo dejectado, remetido ao “mundo”.

A compreensão do Ser-Família passa a fazer parte do *ser-no-mundo* da enfermeira, pois esse mundo lhe é repleto de significações. A busca por compreender a família como *ser-no-mundo* advém do potencial de cuidado que se comporta como que cotidianamente reclamado a uma reflexão. Manifesta-se diante da significação que o outro passa a ter no mundo daquele de quem se ocupa. Mover-se pela preocupação projeta-se no cuidado ofertado (HEIDEGGER, 2012).

A experiência desenvolvida por meio da convivência com as famílias e suas dificuldades, aliado ao desenvolvimento que alcançam como pessoa e profissional, favorece às enfermeiras adquirir sensibilidade com base em valores éticos e estéticos em prol de um cuidado responsável. Alcançam compreensões para decidir acerca de atitudes capazes de favorecer relações solícitas com os cuidadores familiares.

[...] a demanda é de pacientes, famílias bem sofridas, complicadas, problemas sociais graves, e não se pode separar isso e achar que é a dona da verdade! Convido para que seja de outra forma [...] manter o controle [...] lembrar que se está em um ambiente hospitalar, lidando com um ser humano e se sabe de todas as dificuldades que as pessoas estão enfrentando! [...] a partir do momento que o familiar faz parte do cuidado, de ser o paciente, a família, quando passa por essas situações, quer nesse hospital ou qualquer outra instituição, a pessoa sofre muito! Às vezes, o problema é a milésima parte daquilo que se está enfrentando ali agora junto com eles, e às vezes lá fora é nada quase [...] Tem que entendê-los! Em todas essas situações, o carinho é básico (P3).

As enfermeiras alcançam a compreensão de que as famílias estão lançadas ao mundo vivenciando suas facticidades existenciais, nas quais, muitas vezes, estão imersas sem conseguir ultrapassá-las por causa do conteúdo de sofrimento nelas contido. Essa condição existencial assim é esclarecida:

não há dúvida que o Dasein permanece de pronto e no mais das vezes não-resoluto, isto é, fechado no seu-poder-ser-mais-próprio [...] Isso significa que a temporalidade não se temporaliza constantemente a partir do futuro próprio. Essa inconstância não significa que às vezes falte futuro à temporalidade, mas que a temporalização do futuro é variável [...] O entender impróprio projeta-se em o-de-que-pode-se-ocupar, para o factível [...] da ocupação cotidiana (HEIDEGGER, 2012, p. 917).

No movimento de cuidado autêntico revigora-se o “poder-ser-mais-próprio” do *Dasein* das enfermeiras, impulsionando-as para a construção de projetos de cuidado compartilhados com a família, mas movidas pela compreensão de que podem favorecer o “poder-ser” e o “projetar-se” das famílias, em direção a um redirecionamento “de-que-pode-se-ocupar”. As

enfermeiras compreendem que as famílias, do mesmo modo que as crianças, também passam por fases existenciais suscitadas pela convivência com a doença do filho (a). Alcançam compreensões de que o cuidado, para a família, constitui-se como suporte para o inevitável processo de enfrentamento, em que resgatam forças interiores para não esmorecer e sentirem-se e manterem-se fortes para cuidar da criança. O âmago desse *processo de cuidado à família* é assim desvelado:

[...] eles também precisam ser cuidados, porque têm todo um emocional, as suas emoções que precisam de cuidado. Às vezes basta uma conversa, basta uma orientação, basta um espaço de escuta! Tem isso também, às vezes eles não querem que se fale nada, querem nos contar pela quinta, sexta, sétima vez como é que aconteceu aquela pneumonia tão grave, como aconteceu aquela situação de adoecimento (P9).

A abertura do ser ocorre por meio da linguagem, o que leva à compreensão de que para o *Dasein* o discurso é constitutivo para sua existência. Fazem parte do falar discursivo o *ouvir* e o *calar*. Fica explícita, nesses fenômenos, a função indispensável do discurso para a existencialidade da existência (HEIDEGGER, 2012, p. 455).

Heidegger (2012, p. 461-63) discorre sobre o “ouvir” na partilha dos momentos dialógicos do cuidado, e vai mais além quando se refere ao *escutar*, acrescentando novos elementos.

O escutar tem também o modo-de-ser do ouvir entendedor [...] De igual modo, a resposta como contradiscurso resulta de imediato e diretamente do entender o sobre-quê do discurso, que já foi “partilhado” no ser-com. Só onde se dá a possibilidade existencial de discorrer e ouvir, alguém pode escutar. Quem “não pode ouvir” e “deve ter sentimento” talvez possa muito bem e precisamente por isso escutar [...] Discorrer e ouvir se fundam no entender. Só quem já entende pode ouvir.

Alguns momentos de cuidado revestem-se de um caráter diferenciado e sensível, em que, muitas vezes, o silêncio pode expressar uma genuína compreensão do significado do momento que o outro ser está vivenciando em sua trajetória existencial, como diz Heidegger (2012, p. 463), “*deve ter sentimento [...] só quem já entende pode ouvir*”, revelando-se nos espaços de “ser-com” construídos pelos seres envolvidos.

A compreensão da enfermeira - “tem isso também, às vezes eles não querem que a gente fale nada” - revela um nobre entendimento. É possível, com a explicação de Heidegger (2012, p. 465) para “o calar-se”, alcançar o sentido aqui desvelado:

só no discorrer autêntico o calar-se próprio é possível. Para poder se calar, o *Dasein* deve ter algo para dizer, isto é, deve dispor de uma abertura própria e rica de si mesmo. Então, o ser – do - calar-se manifesta algo e derruba o “falatório”. O ser – do - calar-se, como *modus* do discorrer, articula a entendibilidade do *Dasein* de um modo tão originário que é precisamente dele que provém o autêntico poder – ouvir e o transparente ser- um-com-o-outro.

Essa compreensão faz sentido para o cuidador, ainda mais quando situações peculiares de sofrimento expõem, de forma intensa, emoções difíceis de serem manifestadas por aqueles que atravessam esses momentos existenciais. Às vezes, o silêncio pode ser revelador de um “ser-um-com-o-outro” autêntico, denotando solicitude e presença, pois outras formas de expressão também mostram cuidado compassivo, além do falar — o toque, o olhar, o abraço, ou o simples estar ao lado, representando conforto.

O reconhecimento dos momentos vivenciados pela família na trajetória de sofrimento diante da crise de vida deflagrada quando a doença da criança surgiu em suas vidas conduz a enfermeira para um agir pautado no sentido de proporcionar à família auxílio para a construção de processos de enfrentamento. Desperta a compreensão que o cuidado à família requer um olhar atento para o não julgamento e a necessidade de entendimento às reações manifestadas, em consonância com as fases existenciais peculiares vividas diante do adoecimento do (a) filho (a). As falas explicitam essa compreensão:

[...] para poder entendê-los [...] às vezes, a equipe tem um julgamento: “aquele pai não aceita, é revoltado, sempre com respostas mal dadas”! Mas se tu fores ver, é a maneira de ele estar se protegendo, é a fase de aceitação ou, às vezes, de negação da doença do filho, porque é tão difícil aceitar que o filho está doente que ele nega emocionalmente [...] a profissional precisa saber sobre as fases do adoecimento, e que a família também está inserida nessa fase, não é só a criança, não é só o doente que passa por essas fases, é a família também! Porque vai fazer diferença no nosso cuidado (P9).

[...] uso essa “história” como uma porta de entrada para começar a conversar esses assuntos com a família, diante da terminalidade, que nesse momento são importantes! Nesse momento, muitas vezes, porque se lá no início eles brigaram com Deus: a questão de “porquê comigo?”, eles conseguem resgatar! Como diz a doutora Saunders [...] aquela frase que diz assim: “o sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida” (P6).

Projetos de cuidado à família, na dialogicidade dos momentos de estreito convívio, desvelam-se como um modo empático e solícito, a fim de alcançar o cuidado autêntico que tanto a criança quanto a família necessitam:

[...] é nesse momento que as famílias precisam de mais inclusão, de estar junto ali, de não sentir que o paciente que está deitado ali, cheio de aparelhagem tecnológica, vai deixar de ser filho deles. E que sente igual, ama igual, vai acordar



e sentir as mesmas coisas, que ele ainda está ali e que é a mesma pessoa [...] incluir, não tem muito essa coisa “não toca”, “não mexe”, “não vira”. E sim dizer: “quando tu quiseres tocar, me avisa que te ajudo!”. Nesses momentos faz toda diferença, “quando quiseres virar ele de lado, me chama para te ajudar!” (P8).

Na questão hermenêutica do cuidado, como o fundamento do “ser-aí” e do “ser-com”, é essencial o reconhecimento da comunicação como um dos elementos norteadores do encontro dialógico e autêntico. A concepção de Heidegger (2012, p. 473) de que “o discurso que se expressa é comunicação, sua tendência-de-ser consiste em pretender que o ouvinte participe do ser aberto por aquilo-sobre-que o discurso discorre”, manifesta o caráter genuíno da preocupação com o outro, levando ao momento em que os seres de cuidado permitem-se “um ir-além de si próprios” para alcançar a essência do outro, e diante dessa essência crescer e evoluir. Quando o ser que cuida realmente almeja que o ser cuidado, enquanto ouvinte participe de seu amadurecimento, ou seja, sua abertura para o entendimento do ser próprio que busca o entendimento do outro, propicia que ambos se fortaleçam nos laços de cuidado.

Temos que aprender a trabalhar com a família [...] uma visão de família, que a família interfere [...] sempre se coloca “não, tu vai ter que aprender!” [...] “explicar para o familiar que nesse momento não deve agitar o filho, procurar acalmar”, quem sabe a mãe está cansada, precisa dar uma volta, tomar uma água!”[...] jogo de cintura: “quem sabe precisa ser ouvida?”, “pergunta a ela o que a está angustiando?”. De repente é uma coisa tão simples que se pode resolver ali na hora, é uma informação que ela não está entendendo e se tu explicar, com calma [...]Tu acalmas aquela pessoa [...] ela está angustiada porque está com medo, está com dúvida (P2).

O cuidado autêntico à família, no movimento de “ser-um-com-o-outro”, aparece aqui como um cuidado que pode ser aprendido, ensinado e desenvolvido, e que inclui porque se disponibiliza. O Ser que cuida visualiza-se vivendo a facticidade existencial do outro com quem partilha o viver, movido pela empatia e compaixão: “me avisa que eu te ajudo”; “quem sabe ela não precisa ser ouvida?”. Também mostra presença e solicitude – expressões que Heidegger (2012) usa para o cuidado autêntico respaldado pelo legítimo “poder-ouvir”. A leitura das manifestações do “ser-aí” da criança somente é possível se a profissional permite colocar-se também no lugar da criança que, por exemplo, ao acordar de uma situação crítica, ligada às tecnologias para sobrevivência, percebe-se em sua existência, ou seja, como diz a participante P8 “ainda está ali e que é a mesma pessoa”. Pode-se perceber o olhar das enfermeiras para o universo do cuidado em sua totalidade.

Os discursos desvelaram uma peculiar dimensão do cuidado à criança e à família, em sua indissociabilidade, e que se insere no *Dasein* da Enfermagem Pediátrica que assim assume

esse devir. Projeta-se com o sentido de presença, “um presente próprio, instante [...] entendido em sentido ativo como estase, a saída-para-fora-de-si do *Dasein*, resoluto e mantida no ser-resoluto, aberta para o que na situação vem-de-encontro nas possibilidades e circunstâncias de-que-pode-se-ocupar” (HEIDEGGER, 2012, p. 919). A Enfermagem Pediátrica, por se ocupar com as possibilidades do vir-a-ser da criança e da família, lança-se aos projetos de cuidado a esses Seres, no entendimento desse existencial do próprio devir.

É imperativo para poder cuidar restabelecer continuamente o processo de abertura ao Ser do outro, permitindo-se deixar impulsionar pelo *ser-com* o outro para que ele possa revelar seu mundo próprio, aquilo que lhe faz sentido. Movimento fundamental do *ser-aí* como ser em busca de sentido, aberto à suas inúmeras possibilidades de vir-a-ser, coloca-se em estreito contato com o Ser do outro porque lhe atribui sentido e porque dele *deseja* escutar o sentido próprio (HEIDEGGER, 2012). O desejo é um dos mais potentes condutores da necessidade de conhecer a criança e a família para poder cuidar.

Articulam-se, no fazer das enfermeiras na temporalidade da Enfermagem Pediátrica, estratégias fundadas nas teorias de Enfermagem, estudadas e difundidas pela Escola de Enfermagem da UFRGS, mantendo-se os elos de hospital-escola, e que reafirmam o compromisso com o fio norteador de conhecer e compreender para poder cuidar. Desponta, nessa caminhada, a integração do processo de Admissão da Criança e da Família e as ações da Sistematização da Assistência de Enfermagem à prática cotidiana.

Resgatando no tempo o cuidado à criança e à família na implantação do Sistema de Permanência Conjunta, uma das atividades das Enfermeiras que se destacava era a Entrevista de Admissão e, logo após, foi estudada e implantada a Entrevista para Alta. E assim, consolidou-se a premissa da importância de um trabalho continuado ao longo da internação da criança para que o resultado do cuidado fosse realmente mais efetivo.

No começo queríamos era que os pais viessem [...] tinha uma Entrevista de admissão feita pela enfermeira [...] depois se montou uma Entrevista de Alta. Sabíamos que a Entrevista de Alta só funcionaria se os pais fossem orientados durante o período de hospitalização da criança [...] se dizia como era a medicação, o banho, se a criança mostrasse alguma coisa diferente em casa como fazer, que podiam telefonar, tinham toda liberdade para perguntar [...] orientar os pais, isso para eles era importante (P1).

O processo de cuidado à criança e à família persiste no caminhar dos tempos, adquire suas nuances singulares como é próprio de todo fazer. Inicia desde o momento em que a criança é admitida na unidade, continuando ao longo da internação. A admissão, realizada

pela enfermeira, articula-se ao processo caracterizado na instituição como Sistematização da Assistência de Enfermagem. As enfermeiras relatam:

[...] um olhar de sistematização, desde a primeira internação [...] a cada internação se faz toda anamnese, exame físico, todo o processo. Mas na primeira internação, um pouco mais detalhado as informações, e a história familiar [...] a equipe passa isso na passagem de plantão (P6).

[...] para conhecer a família no momento da internação, quando se faz anamnese, principalmente. Porque aí tu tens um conhecimento daquela família, da espiritualidade da família, da religiosidade, de quais os membros da família que participam da convivência com aquela criança, quem é o principal cuidador, isso tudo tem na anamnese [...] o relacionamento, como a criança se relaciona com os membros da família e vice-versa, conhecendo a criança e a família (P2).

[...] ao longo da internação, é gradativo. Quando o paciente interna, a enfermeira vai conversar, vai orientar as rotinas da unidade, vai dizer da permanência dos pais com a criança, dos horários de visitas, das regras como lavagem de mãos, muitas dessas coisas não vão nem conseguir gravar naquele momento, porque é um momento de muito estresse (P5).

A admissão da criança e da família desvela-se como momento dialógico, singular, por não resumir-se à simples aplicação de um saber científico (AYRES, 2006). Momento único, em que é possível auxiliar o outro a encontrar-se diante de um novo mundo, reposicionando-se frente a ele, e diante dele um processo pode ser ativado para a construção de mecanismos de adaptação e enfrentamento. É o “encontrar-se e o entender”, de que Heidegger (2012) fala, que possibilita ao Ser acionar seu “poder-ser-mais-próprio”.

[...] desde a chegada da criança, na anamnese, no exame físico se faz esse primeiro encontro com a família e com a criança, as orientações do funcionamento da unidade, do hospital todo, e a coleta de dados [...] não se esgota nesse primeiro momento [...] momento extremamente especial [...] Todas as crianças precisam ter a anamnese e serem prescritas [...] demora se tu vai fazer todo esse processo de receber e de fazer anamnese, exame físico e a prescrição, não menos que uma hora, uma hora e meia (P10).

[...] pela anamnese tu conhece um pouquinho mais da história e chegar um pouquinho mais perto [...] tu consegue a história dele, conversar com a mãe, saber de coisas importantes, algum outro detalhe, e consegue chegar [...] cada família é um tipo [...] gosto de perguntar muitas coisas [...] isso é do estar junto ali. Do dia a dia mesmo (P4).

Na esfera da construção dos projetos de futuro em curso para o cuidado à criança e à família, a compreensão alcançada pela enfermeira habilita ao “tomar-para-si” — conhecendo porque se responsabiliza —, e ao “agir” — característico do “ser-resoluto” (HEIDEGGER, 2012). Isso coloca em movimento o cuidado, movido pela preocupação.

[...] nosso processo de trabalho oportuniza que desde o início [...] no momento que a criança chega [...] o processo (de enfermagem) na íntegra, nessa chegada a primeira abordagem que tu faz, várias situações já aparecem [...] a colega que recebeu a criança da Emergência disse: “quando eu fui saber como é que estavam as vacinas?” [...] coisas bem simples, pedir a carteirinha, “a mãe se atrapalhou, ela não sabe!”. Então, “bom já vamos ter que dar uma olhada para ver o que está acontecendo!” (P7).

A dedicação colocada pelo *modo-de-ser* da enfermeira enquanto *ser-no-mundo* pode imprimir nuances diferenciadas a esses momentos de reconhecimento e entendimento do viver da criança e da família naquilo que se manifesta e é captado por meio da utilização dos instrumentos da técnica à disposição do cuidado. No entanto, na visão das enfermeiras, é no *acontecendo* das situações cotidianas que afloram as percepções, vivências e experiências de aprendizagem na mutualidade das interações.

[...] se é a primeira internação, normalmente é num momento crítico e os pais não conseguem absorver muito das orientações [...] isso é feito a cada momento, a cada turno, a cada dia, as enfermeiras são responsáveis por isso [...] faz parte do trabalho o cuidado com a família (P5).

[...] detalhar um pouco mais essa passagem para os outros colegas também conhecerem a criança. Depois aos pouquinhos vai se conhecendo as outras coisas, os tratamentos em si, os procedimentos. Mas no início é bem mais detalhado (P6).

[...] no desenrolar dos dias de internação se tem uma noção da dinâmica daquela família, do envolvimento da mãe, do pai ou da avó, do principal cuidador com aquela criança, do cuidado que ele presta, da prontidão com que ele se coloca no momento que tu está prestando o cuidado, dele ficar ali vendo ou dele, simplesmente, ficar sentado na cadeira ao lado sem nem se preocupar com o que tu está fazendo com a criança [...] se percebe todos esses sinais, na convivência (P2).

A admissão e a realização da anamnese, primeiro encontro com a criança e a família, integram um processo de trabalho sistematizado que possibilita o despertar de uma atitude que, como característica do *Dasein* da enfermeira, se temporaliza, em um movimento que vai ganhando novas e novas configurações sempre decorrentes do que se mostra e do olhar da enfermeira - para aquilo que por si só se manifesta. Nesse ínterim acontece,

[...] anamnese inicial, até o exame físico [...] tu colhe a história, o que está acontecendo, o que houve, já teve internado, como é que está, como é que foi o nascimento? [...] e com o tempo, já se está acostumada [...] as preocupações que se têm, de uma forma geral, já aparecem. E as coisas já vão assim acontecendo! A enfermeira já conversou, já viu que pode ter alguma situação, já pediu a consultoria, já nos passa, daí vai se dando continuidade (P7).

A experiência diante de situações conflitantes que podem colocar em risco a criança e que demandam esforços adicionais da equipe, como a ocorrência de maus tratos intrafamiliares, faz parte do panorama da hospitalização infantil e necessitam ser captadas.

[...] a colega disse “a mãe me trouxe uma situação em relação ao outro filho, eu já solicitei avaliação do serviço social” [...] esse processo nos oportuniza que se dê essa atenção: o que a criança tem, porque internou? Olha essa criança é a quinta internação [...] fiquei desconfiada, não sei essa mãe tem um perfil de Münchhausen [...] tem alguma coisa errada! [...] é uma ferramenta muito boa e importante o nosso processo de enfermagem (P7).

Uma cadeia de ações de cuidado vão se temporalizando, mesclando-se como essência do “ser-aí” e “ser-com”, revelando-se no trabalho em equipe, tanto da enfermagem quanto multiprofissional. Para tanto, envolve presença e solicitude para as necessidades suscitadas, desvelando-se na prontidão para o cuidado.

O cuidado à família também faz parte dos registros da enfermagem que favorecem a continuidade do processo de cuidado. Despontando no tempo do fazer da Enfermagem Pediátrica junto ao processo de implantação do modelo do Sistema de Permanência Conjunta, concomitante a outras áreas da Enfermagem na instituição, esses registros vão se fortalecendo nesse caminhar.

[...] importante era a Prescrição de Enfermagem [...] trabalho que se discutia todos os dias! Como e o que prescrever, porque prescreveu? As enfermeiras se autoajudaram muito! Ninguém prescrevia, isto estava começando, tinha que começar a prescrever [...] nas reuniões do grupo de enfermeiras se via quem tinha mais habilidade para prescrever, essa pessoa colocava no grupo a sua experiência (P1).

Questões da família são abordadas ali no nosso processo, na evolução ou na própria prescrição “observar condutas maternas”. Recentemente, tive uma mãe que, na baixa, informou que tinha síndrome do pânico, ficava nervosa e ansiosa [...] sinalizamos na prescrição para as pessoas atentarem [...] no processo de trabalho aparece e se vai reforçando com a equipe a importância desse trabalho e para que serve [...] está cada vez mais valorizado [...] introjetado, na realidade [...] se aprimorou muito ao longo desses anos [...] hoje é uma ferramenta para aprimorar o cuidado, valorizado e usado (P7).

Na totalidade, esses espaços e momentos criados pela Enfermagem Pediátrica — desde a entrevista de admissão, etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e preparo para a alta hospitalar — primam pelo propósito de aproximação, inter-relação e aquisição de um conhecimento mais aprofundado do viver daqueles seres que habitarão no mundo da Permanência Conjunta. Nessa esfera, na temporalização desse acontecer, o cuidado flui no círculo hermenêutico envolvido na relação de convivência do *ser-com e do ser-com-outros-Daseins*.

Como cuidar é preocupação com o outro em seu acontecer, e a hospitalização é um período crítico na vida da criança e da família, é mister que a Enfermagem Pediátrica, nesse

estreito convívio mantido ao longo da internação, organize e desenvolva mecanismos para que esse momento peculiar na vida dessa criança e da família também possa constituir-se em momento de aprendizado. O enfoque é propiciar que a criança e a família possam enriquecer-se e adquirir novos conhecimentos e novas habilidades para cuidar. Na linha do tempo explicita-se essa compreensão:

nós não sabíamos falar, não sabíamos comunicar o que a gente queria dizer e eles (os pais) não entendiam nada! [...] a criança voltava na mesma circunstância e com o mesmo problema. Nós dizíamos: “Mas mãe, você não deu? Não sabe?”. Elas diziam: “não, não lembro!” [...] não lembrávamos que as mães tinham que se preocupar com a questão da vida do filho. Ao invés de nos preocuparmos com uma coisa que nós tínhamos que nos preocupar que era comunicar bem para eles (P1).

[...] estamos acostumados com as rotinas do hospital e o familiar está tentando se situar que o filho está doente, numa situação aguda ou crônica, está em algum momento do processo de adoecimento e precisa de orientações [...] no dia a dia, querem todos os dias orientações de como está o andamento da doença, resultados de exames, o que mudou na telinha do aparelho de respiração, se ontem estava o número tal, porque hoje está maior, porque hoje precisa passar uma sonda entérica para a alimentação, se ontem não precisava [...] a Enfermagem, o enfermeiro [...] está o tempo todo explicando e orientando essa família (P9).

Desvelam-se, na hermenêutica dos discursos, percepções fundamentais para o entendimento das bases que norteiam o processo de cuidado à família; desponta a preocupação com base nas necessidades imperiosas de compreensão que os familiares cuidadores possuem acerca de todos os fatores que desencadearam a crise de vida pela qual estão passando e que permeiam de dúvidas esse momento de seu existir. Diante de tais constatações revigora-se o “agir” das enfermeiras, atualizando cotidianamente processos dialógicos com tal finalidade.

Ao compreenderem que o cuidado entregue, fundamentado no suporte emocional e cognitivo, pode favorecer a trajetória de enfrentamento das crianças e famílias, as enfermeiras sentem-se mais competentes nesse posicionamento assumido e, em contrapartida, percebem que seu potencial cuidador mantém-se continuamente revigorado.

[...] sentes que realmente estás cuidando, fazendo alguma coisa de educação [...] essas crianças continuam com a gente e vão voltar para casa [...] em especial, em casa é uma extensão daqui, e eles vão para casa e vão voltar [...] na forma como a mãe faz em casa e a criança também se cuida, vai voltar muitas vezes ou não, vai voltar, realmente, quando é necessário [...] procuro sempre incluir a questão educativa na minha assistência ali com a criança [...] não tem como sair desse binômio, da questão familiar, de quem cuida dessa criança, de que forma fazer para se aproximar (P6).

Aprendizagens significativas propiciadas e, ao mesmo tempo, resultantes do processo de cuidado, têm como base o fenômeno da comunicação. Heidegger (2012) explica que o fenômeno da *comunicação* precisa ser ontologicamente entendido. E nessa compreensão, a “comunicação” enunciativa, ou seja, a informação sobre algo é particularmente fundamental para a existência; promove o encontro entre seres, o que se constitui em uma espécie de articulação do entendedor “ser-um-com-o-outro”.

#### A comunicação proporciona

“a partilha” do coencontrar-se e do entendimento do ser-com. A comunicação nunca é algo assim como um transporte de vivências, por exemplo, de opiniões e desejos, do interior de um sujeito para o interior de um outro. O *Dasein*-com já está essencialmente manifesto no co-encontrar-se e no co-entender. O ser-com se torna “expressamente” *partilhado* no discurso, isto é, ele já o *é* de antemão [...] Todo discurso sobre..., comunicando algo que o discurso diz, tem ao mesmo tempo o caráter de *se expressar* (HEIDEGGER, 2012, p. 457-9).

Não são apenas as famílias que aprendem com os profissionais. Os profissionais, igualmente, aprendem com as famílias. A convivência com a família é repleta de aprendizado, sendo que uma situação vivida com uma família serve de inspiração para a forma de agir com outra situação que se apresenta no cotidiano do cuidado. No mundo do hospital, nessa inter-relação que se estabelece mediante intercâmbio de saberes, em que todos são aprendizes entre si — crianças, famílias, equipe — vai se configurando um campo fértil para a reprodução de experiências positivas experienciadas, como se pode perceber no relato:

[...] aprendi com uma mãe isso, até de como dizer dos limites [...] uma mãe disse para a criança: “tem duas formas de fazer as coisas. Na boa ou na ruim, qual que tu quer? Fazer nós vamos ter que fazer igual! Quer ficar aqui, segurar a mão da mãe, ou tu quer ficar sozinho?”. Normalmente a criança entende, porque às vezes não tem opção. Vai ter que fazer. De que forma a gente pode fazer? [...] é uma negociação, mas os familiares e as crianças se sentem participando das coisas (P6).

Movimentos de cuidado dialógico estão envolvidos nos processos cotidianos, em que é necessário que se estabeleçam limites e negociações em prol de decisões acerca de procedimentos, muitas vezes dolorosos, de difícil compreensão para a criança. Essa reflexão identifica-se com a de Ayres (2006, p. 67) quando diz que “nossa intervenção técnica tem que se articular com outros aspectos não tecnológicos. Não podemos limitar a arte de cuidar da saúde apenas à criação e manipulação de ‘objetos’”.

O sentido de comunicar, na compreensão das enfermeiras, pode ser explicitado como um cuidado dialógico - a arte de escutar e de comunicar - desvela-se por:

Tentar entender, é escutar, perguntando, comunicando se consegue entender melhor as coisas [...] quando estou conhecendo o paciente e a família, procuro perguntar, se estão entendendo o que está acontecendo [...] E eles se abrem, dando esse espaço [...] se precisa é dar esse espaço para os pais! [...] começam a falar, desde o início da doença ou fazem mil perguntas, tu percebes que não estavam entendendo até então. Aí tu começa uma conversa [...] a família precisa de um reforço, precisa de orientações [...] para que se revelem, que possam dizer o que está acontecendo (P9).

É do olhar, tu tens que saber olhar a pessoa. Não é ter aquele discurso pré-concebido “mãezinha, a senhora não pode isso, a senhora pode aquilo”. Não! Não chegar assim: “levanta a grade, baixa a grade, lava a mão!”; não é ter aquela coisa assim de lalala, falar tudo aquilo como se fosse um mantra, que repete, repete. Para umas pessoas tu falas em determinado momento, para outras tu fala um pouco mais adiante, aquele momento não é o momento para falar determinadas coisas [...] ter esse olhar, saber se comunicar, mas saber perceber a situação no momento de toda a crise, que tu possas aproveitar (P2).

Ao abordar as implicações da dimensão dialógica nos processos interacionais, Ayres (2004, p. 25) diz que,

[...] quando se estabelece uma interação não se a inicia; rigorosamente se a ‘retoma’. Ora, é fundamental ter-se isso à vista quando se busca fazer da interação terapêutica um diálogo, no sentido mais pleno do termo, pois quanto mais se busca expandir a intervenção para além do terreno da pura tecnicidade, quanto mais se busca a flexibilização e permeabilização da normatividade morfofuncional dos nossos horizontes terapêuticos, de maior significado e interesse se revestirá a desconstrução das identidades-alteridades que já medeiam e subsidiam os encontros.

Com sabedoria e humildade, uma das participantes recomenda:

tem momentos assim: familiar que tu não sabes se entendeu, se está compreendendo, se aquilo é importante para ele naquele momento! Proporcionar que ele fale primeiro e a partir do que ele fala [...] encaixar as informações que tu precisa dar. Não que eu tenha habilidade para me comunicar, mas tem que também ter vivência, tu acaba vivendo com tantas situações diferentes, tu vai dizer “bom, o caminho que eu fizer não vai dar certo para esse tipo de familiar, eu tenho que ir por outro caminho!”. Tem que ver o melhor caminho a cada situação (P2).

Aquilo-sobre-que o discurso discorre, segundo Heidegger (2012, p. 473), tem como marca o caráter da significação, precisa fazer sentido e ser expresso com sentido para que o resultado da linguagem do discurso no momento de encontro propicie ao outro uma compreensão de mundo.

Fazendo uma reconstrução no tempo vivido do Sistema de Permanência Conjunta, é importante assinalar que o primeiro trabalho científico publicado, orientado pela enfermeira docente, se constituiu em um marco, à época, à medida que articulava o saber oriundo da prática à teoria. Mostrava, já naquela época, que um dos pilares do modelo residia na



necessidade de orientação à família para que pudesse integrar-se às atividades de cuidado à criança na internação e já previa pensar em atividades de educação em saúde, pois um dos pontos-chave da Pediatria Social era a prevenção de doenças. Tal estudo disparou nas enfermeiras o desejo de escrever – reproduzia-se, desse modo, o ímpeto para a construção do conhecimento em Enfermagem Pediátrica – e socializar o conhecimento que ia sendo construído sobre a experiência da permanência da família ao lado dos filhos.

[...] a equipe não sabia que tinha dificuldade de comunicar [...] começaram a escrever (as enfermeiras)! [...] desde aquele primeiro trabalho que se começou a fazer juntas (sobre a participação dos pais no Sistema de Permanência Conjunta), (as enfermeiras) viram a importância de escrever, e da orientação durante a hospitalização. E que era uma coisa importante para ter continuidade (P1).

Desvelam-se as oportunidades de aprendizagem reconhecidas como estratégias válidas e necessárias para dialogar com as famílias acerca de suas reais necessidades para aprenderem a lidar com as demandas que afloram na convivência com a doença, tratamento e hospitalização de suas crianças. Tais experiências, pelas características apontadas, afastam-se da lógica da tecnicidade em direção ao reconhecimento de como o outro vive seus projetos existenciais, acreditando que “revalorizar a dignidade dessa sabedoria prática é uma tarefa e um compromisso fundamental quando se quer cuidar” (AYRES, 2006 p. 69).

[...] é uma demanda muito grande na vida dessa família. A família quer entender o porquê e como as coisas estão acontecendo, o porquê daquilo. Então precisa ser cuidado nesse sentido de que está vivenciando o adoecimento do seu filho [...] a família precisa ter essas conversas, precisa de um grupo de pais para ter um espaço para conversar, expressar seus sentimentos, suas percepções, precisa ouvir outros pais, trocar! Valorizo muito o Grupo de Pais, esse trabalho que as colegas fazem do Programa de Apoio à Família, desse momento de troca, de conversa [...] momento que a família está sendo cuidada (P9).

Emergem do potencial transcendente inerente aos projetos de cuidado, em que os artífices são as enfermeiras, construções dialógicas suscitadas pela constatação da necessidade imperiosa para as famílias de receberem auxílio para a construção de seus próprios projetos de cuidado, com base em suas preocupações de como cuidar da criança e do viver em geral. O viver não pode ser descontextualizado porque Ser é “ser-no-mundo” e tanto a criança quanto a família possuem seu mundo próprio, que pode e precisa ser compartilhado, mediante suas próprias manifestações, ao olhar sensível e compreensivo por parte da equipe cuidadora. Momentos de cuidado especialmente construídos e dirigidos às famílias fazem parte do discurso das profissionais.

A permanência dos pais junto à criança desde o início favorece o diálogo [...] as orientações dos enfermeiros, da Enfermagem, ao longo da internação para que possa, em casa, seguir um tratamento [...] o grupo de pais serve, junto com a equipe multidisciplinar, para se ter os pais junto e conseguir entendê-los durante a internação e ajudá-los nas suas preocupações [...] as orientações no decorrer da internação do paciente (P4).

Ao longo do tempo a gente construiu várias ações, para auxiliar nesse cuidado, nessa inserção da família. Há muito se faz o Grupo de Pais [...] todos os familiares são convidados a participar [...] enfermeira, assistente social, psicóloga, equipe médica [...] conversar sobre as questões da hospitalização da criança, como estão se organizando [...] atendimentos individuais [...] a enfermeira no Programa de Apoio à Família faz atendimento às famílias e ajuda nessa organização, momentos específicos de conversar com o familiar (P5).

Uma das participantes esclarece a dinâmica do Programa de Apoio à Família citado:

Todas as enfermeiras fazem isso no dia a dia, mas tem também, nesses programas, as enfermeiras específicas [...] uma criança faz uma traqueostomia, vai ter alta e está estável [...] a Enfermeira já começa esse treinamento, não é cada vez uma, ou cada vez de um jeito! Os procedimentos em si realizados pelos familiares todas vão acompanhar e auxiliar nas orientações, mas a Enfermeira (nome da enfermeira) é a pessoa de referência para isso. No momento da alta para a internação, alta para casa tudo é pensado, é estruturado (P5).

A necessidade de conhecer e compreender o mundo do Sistema de Permanência Conjunta, no que compete à intersubjetividade das interações, revela-se como necessidade dos Seres de cuidado, qual seja a posição que ocupem, pois intercambiam cuidar e ser cuidado. Move-se em um círculo hermenêutico no tempo interno e no tempo linear, quando por analogia se o concebe como *Dasein*. Para Heidegger (2012, p. 195), a questão do conhecer como sair da esfera interna do Ser e conquistar a transcendência pode ser esclarecida por:

A conexão-de-fundamentação mostrada para os *modi* de ser-no-mundo que são constitutivos do conhecimento-do-mundo torna claro que, no conhecer, o *Dasein* ganha um novo *estado-de-ser* em relação ao mundo já cada vez descoberto no *Dasein*. Essa nova possibilidade-de-ser pode ter um desenvolvimento independente, convertendo-se numa tarefa e assumindo, como ciência, a condução do ser-no-mundo. Mas o conhecer não *cria* pela primeira vez um “*commercium*” do sujeito com um mundo e não surge também de uma ação do mundo sobre um sujeito. O conhecer é um *modus* do *Dasein* fundado no ser-no-mundo. Daí que o ser-no-mundo, como constituição fundamental, reclame uma interpretação *prévia*.

Entende-se que, na Enfermagem Pediátrica, a unidade de cuidado é a criança e a família, na linguagem desvelada nos discursos das enfermeiras. O caráter do ser-no-mundo como *ocupação*, movido pela busca constante do conhecer como modo-de-ser, caracteriza o movimento da criação do cuidado, ou seja, não ficar inerte, mas lançar o olhar em uma

“determinada tomada-de-direção para...um visar o subsistente” que, para Heidegger (2012, p. 193), é o agir.

A narrativa a seguir descortina a trajetória desse olhar para a criança e a família no mundo do Sistema de Permanência Conjunta, movido pela *preocupação para fortalecer a família no cuidado à criança, mediante apoio cognitivo, essencial para o enfrentamento do novo que se mostrou inusitado e desafiador:*

[...] começou com uma preocupação. As preocupações começaram a surgir da própria vivência de ver: “a criança vai se alimentar em casa por sonda nasogástrica, quem vai explicar para a mãe como é que cuida? O preparo da dieta? Se a sonda sair, onde se dirigir? [...] preocupação com o depois [...] se preocupar com o paciente que se dá alta, o que vai acontecer com ele lá fora (do hospital) [...] dar subsídio à família para que tenha condições de identificar situações que possam ocorrer e aonde vai se socorrer, talvez coisas que ela mesma possa fazer. Temos obrigação de orientar, essa responsabilidade no momento da alta do paciente e dele ter uma continuidade do tratamento com segurança (P2).

Acompanhando os ensinamentos de Heidegger (2012, p.915), de que “entendendo, o *Dasein* é, cada vez, como ele pode ser”, e que nesse sentido o movimento de projetar é um lançar-se ao futuro enquanto possibilidade sempre presente, e para isso é importante acionar seu poder “ser-si-mesmo”, alcança-se a compreensão da importância do pensar e do repensar contínuo dos projetos de cuidado dirigidos às famílias.

Outras situações vêm exigindo da Enfermagem Pediátrica estratégias para o preparo dos familiares no aprendizado de habilidades cognitivas e técnicas para o cuidado pós-alta dos filhos (as):

[...] começou com as crianças diabéticas submetidas a todo um tratamento, quando iam para casa, como a mãe ia saber determinar a glicemia, qual a dose e como aplicar a insulina? Se começou a orientar a mãe no período de internação, que fizesse os cuidados com nosso acompanhamento [...] ir para casa com a segurança de ter todos esses passos dominados. Então começamos a refletir: porque não se pode fazer isso com outras situações? Criança que vai para casa com [...] gastrostomia, traqueostomia [...] a tecnologia melhorou e com ela o ônus que proporciona (P2).

Responsabilizar-se pelo cuidado das famílias aflora diante da preocupação com as exigências a que passam a ser submetidas a enfrentar, em decorrência das mudanças de perfil de atendimento à saúde das crianças,

[...] percebi, nesses anos, que a traqueostomização das crianças veio no rastro da melhora da tecnologia [...] uma criança que é entubada e permanece um período longo acaba tendo uma lesão de traquéia, que não se resolve com todas as medidas e acaba indo para uma traqueostomia. Com isso trouxe novos problemas e novas

necessidades de intervenção da enfermagem para as crianças que estavam tendo alta: “como é que eles vão se cuidar em casa e a família?”. É uma demanda que nasce daquela necessidade do paciente. A família só vai poder prestar esse cuidado, se ela aprender a fazer isso e quem é que ensina, quem é que acompanha, quem é que orienta? É o enfermeiro (P2).

Seguindo essa linha de raciocínio, a Enfermagem Pediátrica busca habilitar-se para o atendimento das novas demandas das famílias, especialmente de crianças com doenças crônicas e que ficam dependentes de recursos tecnológicos para a sobrevivência. É necessário transcender ao cuidado exclusivamente intra-hospitalar para garantir a continuidade da atenção de saúde que essas crianças e suas famílias requerem.

Como a criança é dependente de tudo isso é preciso saber como a família cuida e como se organiza [...] quando a criança for para casa como o cuidado vai se dar e de que forma se pode, aqui de dentro, estar auxiliando, entrando em contato com a rede, tanto a rede de saúde como a social, a legal, poder estar auxiliando esse cuidado, quando a criança voltar para a sua comunidade [...] o trabalho do enfermeiro vai além da questão do momento da hospitalização e tratamento [...] Se tu queres ter um cuidado e esse olhar [...] a criança e a família mostram que eles precisam disso (P10).

[...] em prol de melhoria do cuidado institucional, também em função dessa criança fora do hospital [...] estamos fazendo contato, junto com o serviço social, com a rede de apoio de saúde de outra cidade para trazer o profissional enfermeiro que vai ser responsável pelo cuidado da criança com cateter *Broviac*, que não é um cateter muito comum. Então, a gente entra em contato também com a rede para que essa criança possa sair daqui e dar continuidade nas suas necessidades, continuidade no tratamento! Então, se tem essa abordagem para fora também (P7).

O potencial cuidador emerge diante da preocupação, na essência de “ser-com”, que tem como ponto de partida o outro – o “ser-junto-a” – como “ser-no-mundo”, mundo do cuidado em que juntos habitam os seres da Permanência Conjunta. O “ser-aí” da enfermeira, mantendo-se com convicção em “sua possibilidade existencial”, confere concretude aos projetos em seu devir (HEIDEGGER, 2012). Reafirma-se, assim, a convicção do papel da enfermeira para essa perspectiva de atuação que faz a interface com a rede de saúde, a fim de garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar:

[...] sobre o cuidado de saúde, se é sobre o cuidado, cuidado com dispositivos tecnológicos, isso é do enfermeiro, é papel do enfermeiro tentar organizar, fazer o contato com a rede! [...] quantitativo cada vez maior de crianças e famílias com necessidades que precisam de suporte [...] tem que pedir as consultorias e os outros profissionais tem que estar se apropriando, se aprofundando das questões, sem sombra de dúvida, mas vejo que pelo menos isso que é da saúde, relacionado estritamente ao cuidado, o enfermeiro tem que fazer essa interface com a rede [...] com o Enfermeiro do Posto de Saúde! Não é o Serviço Social quem tem que fazer. É sobre o cuidado, tem que ser o enfermeiro (P10).

[...] cada vez tem acontecido mais em relação a cateteres, principalmente o PICC [...] as enfermeiras da AD (Ação Diferenciada) de Cateteres têm treinado os enfermeiros do município para dar manutenção semanal quando a criança mora muito longe, para não ter que vir toda semana, o pessoal da equipe de saúde que vai dar suporte [...] isso é uma realidade [...] o paciente ganha muito com isso, com essa oportunidade de ter esse recurso também na sua cidade, na sua casa, nesse olhar mais abrangente! [...] foi tanta coisa que foi mudando, que aconteceu e que foi se estruturando, pensando desde o início até hoje (P7).

Desvela-se a compreensão das participantes deste estudo quanto à importância do cuidado por elas prestado. Tal convicção aprimora a Enfermagem Pediátrica, do singular ao todo, seguindo o fluxo do círculo hermenêutico, por meio da busca em renovar o conhecimento e a arte de cuidar integrando-as, atendendo ao movimento de entender e compreender que move os projetos de futuro, sempre em curso (HEIDEGGER, 2012; GADAMER, 2014).

E para atingir de forma satisfatória as demandas da criança e da família, as enfermeiras utilizam o conhecimento adquirido na formação acadêmica acerca da educação em saúde, aplicada no contexto do cuidado intra-hospitalar:

É educação para saúde, que tanto se aprende na faculdade. Em vários momentos se pode aplicar, desde o posto de saúde. Na nossa Enfermagem, vejo que se pode fazer isso também, mesmo com as tecnologias que se tem a nosso dispor [...] não é o médico que vai chegar para o familiar e dizer o que aquilo representa. Quem vai chegar e vai falar essa parte educacional, de desmistificar as coisas, de transformar para um linguajar mais fácil para as famílias somos nós! Se faz esse papel no cotidiano [...] transportar a criança e a família para um mundo mais real (P8).

Nesse sentido, torna-se necessário conhecer a criança e a família para poder cuidar e transmitir conhecimentos aplicáveis ao viver cotidiano, tanto no momento intra-hospitalar quanto no processo de transição para o domicílio. Momentos de encontro em que a essência reside no compartilhar das experiências, porque fundados na presença e na solicitude entre os seres de cuidado; capacidade de abertura do Ser, segundo Heidegger (2012, p. 723), mediante a capacidade de “adiantar-se faz que o *Dasein* entenda que deve assumir unicamente a partir de si mesmo o poder-ser em que seu ser mais-próprio está em jogo”. Tal condição faz com que os Seres se tornem receptivos para, mediante experiências de aprendizagem significativas, alcançar maior confiança em seu potencial para cuidar. Significa potencializar possibilidades de alcançar o sentido desejado, em um movimento em que ambos os seres são desejantes, o que os recoloca continuamente em construção existencial.

[...] conhecer a forma como a família funciona, que papel a criança tem na família, como a família se organiza para cuidar, cuidado de vida, cuidado do ser criança! É

a alimentação, as amizades, o frequentar a escola, a creche, aspectos mais saudáveis, mas também como se organiza para o cuidado [...] é característica do hospital, crianças com doenças crônicas muito graves, incapacitantes para determinadas questões e que vão para casa, mesmo estando nesse cuidado mais complexo da Enfermagem e das famílias [...] é importante conhecer no que ela acredita, seus valores, o que dá suporte à família (P10).

[...] as coisas vão aparecendo [...] aproveitar o momento e já orientar para que fiquem mais familiarizados [...] primeira internação, é muita novidade [...] elaborar sentimentos com relação à doença, exige mais. Depois vão entendendo os ciclos do tratamento [...] tipos de cateter, risco de infecção [...] tem qualquer problema, chamar a enfermeira. Mostrar e explicar como funciona o mecanismo. Tem gente que nunca entrou num hospital. De repente, vê o filho com cateter, com sonda. Não consegue, às vezes, nem tocar! [...] desmistificar, explicar o funcionamento (P6).

Saberes se entrelaçam, revigoram experiências de aprendizagem significativas para adaptação ao novo viver diante das mudanças existenciais que necessitam ser compreendidas para serem redimensionadas existencialmente.

[...] durante a permanência, estimular que participem, pelo contato, pelo carinho, pela inserção deles, porque muitas crianças vão sair daqui com alguma dependência, algum cuidado específico. Então, se puderem ir se apropriando disso no dia a dia, que se torne parte do dia a dia deles. Como de uma criança saudável em casa faz parte o banho, a alimentação, com uma criança com cuidados especiais, vai fazer parte do dia a dia o cuidado com uma gastrostomia, sonda nasointestinal, traqueostomia [...] desmistificar e fazer com que vejam com naturalidade [...] consigam cuidar (P5).

A mãe vai assumindo esses cuidados [...] fazem sob nossa supervisão [...] com o tempo, já estão habituadas, conhecendo, sabendo, vão estar junto no dia a dia, assim como dar mamadeira e trocar a fralda, é uma coisa tranquila, rotineira, botar uma dieta pela sonda, aspirar uma traqueostomia, acaba sendo tanto quanto o básico da criança [...] isso é assimilado, é feito ao longo da internação, o que para a criança é muito bom (P7).

No momento em que se retoma o sentido de situação e o de identidade, o Ser tem a possibilidade de integrar aprendizagens ao mundo vivido. As expectativas dos cuidadores familiares, quando alcançadas, adquirem um significado de conquista pessoal por perceberem reativado seu potencial para o cuidado da criança, por meio do entender e do compreender, somente possível mediante um processo de corresponsabilização. Para o profissional, o reconhecimento de um novo posicionamento da família, frente às vicissitudes cotidianas, reativa seu poder de “agir”, revigorando a responsabilidade e o lançar-se a novos desafios.

[...] educar uma família [...] cuidado domiciliar com sonda, se ensina os pais a como manusear o material [...] Crianças com cateteres; fazendo diálise e precisam utilizar máquinas, como uma cicladora, em casa [...] transplantados, que cuidados tem que ter em casa, qual a diferença para a criança antes e agora, o que é uma imunossupressão, porque é tão delicado? Eles aprendem e, muitas vezes, sabem

mais do que nós, e vem dando baile [...] Aí se vê que o trabalho está sendo bem feito, quando retornam com um conhecimento maior do que se dispensou para eles [...] é o nosso conhecimento (P8).

No resgate ao processo propriamente dito do momento da educação compartilhada do cuidado, recapitulando os momentos vividos, uma revelação se faz sentir: o tempo de cada família é único e precisa ser valorizado para uma aprendizagem significativa, na temporalidade única de seu acontecer.

[...] cada uma tem seu tempo, umas com muito medo, outras muito precipitadas (os cuidadores familiares) [...] toda essa situação, mostrar os riscos, não só como se faz [...] são várias coisas que, no decorrer do tempo, vai se explicando para aquela mãe “olha, vê como aspiro, como faço o curativo”, mostro uma cânula fora da criança para verem como é [...] passo a passo [...] existe um planejamento [...] inclusive, um folder elaborado para que a mãe leve para casa com todas as orientações. Tudo surgiu da necessidade da criança (P2).

Para a compreensão das formas de ser-no-mundo e da manifestação das formas do acontecer do ser, a questão do Ser e o tempo é fundamental. Para a premissa *o tempo é a força do ser*, Stein (2004a, p. 81) diz que:

Heidegger introduz a dimensão hermenêutica que se move [...] não num movimento superador da finitude do *Dasein*, mas num movimento em que o *Dasein*, cujo ser é a temporalidade, conduz ao conceito de tempo que se torna o horizonte do ser. *Em Heidegger, portanto, o tempo é a força do ser.*

Para Heidegger (2012, p. 863), “a problemática ontológico-fundamental é a abertura do sentido-de-ser da preocupação. Para por-em-liberdade esse sentido é preciso ter inteiramente pronto o pleno conteúdo estrutural da preocupação”. Ressalta-se, nessa explicação, a compreensão para o tempo da família - “o núcleo todo” - que ao ser respeitado, previamente sinaliza a existência de uma *preocupação* que a antecede e, acompanhando o fenômeno da compreensão, faz suscitar a necessidade de uma experiência de aprendizagem. Tal experiência, aqui entendida como projeto do cuidado em ação, só se concretiza no encontro entre os seres envolvidos no processo.

O curativo é diário, ela não vai vir ao hospital, vai onerar o hospital, onera a família porque tem o transporte, tem todo um contexto [...] um cuidado que se bem feito, com segurança [...] tem que treinar dois membros da família, porque a mãe uma hora pode não estar presente [...] quando se fala “a família”, se fala o núcleo todo, não só mãe, e nem só pai, todo o núcleo, o todo que envolve (P2).

O exercício de cuidar a família também envolve o “tempo”, o “sendo” de cada enfermeira para a construção de seu modo peculiar de cuidar. Refletindo com Ayres (2006, p. 61) acerca da temporalidade, “o Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto

seguir sendo. É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de cuidado”.

Seguindo a linha da valorização de um dos pontos relevantes do cuidado que se trata do apoio cognitivo, desenvolvido em todos os momentos ao longo da internação da criança, cabe enfatizar que

[...] isso requer uma aproximação, um olhar, um entendimento do que está acontecendo [...] uma preocupação das coisas entre uma internação e outra [...] tem muito do convívio conosco, de se estar sempre orientando [...] nosso trabalho vem muito da orientação, enquanto se está ali trabalhando com eles, fazendo algum procedimento, aproveitar e fazer orientações de como cuidar em casa. Se acontecer tal coisa, como faz? Deles terem essa confiança! E nas observações que eles vão ter que também treinar um pouco o olho deles. Não é só a febre, outras coisas podem acontecer em casa e ter que trazer essa criança para o hospital. Precisamos desse olhar deles [...] Então, nada como estar convivendo e estar conversando, explicando (P6).

O cuidado autêntico proporciona que o ser do outro se revele, e, para tanto, fornece a base, a autonomia do outro – a família – para exercer o cuidado em extensão ao cuidado apreendido na interação com a enfermeira. A expressão “nós precisamos desse olhar deles”, mostra que o Ser cuidador visualiza o futuro cuidado sendo desenvolvido com competência, em que o olhar requerido é construído na confiança, na convivência e na corresponsabilização, de modo dialógico.

Cuidar a família também significa propiciar que ela compreenda o momento existencial da criança, e que mesmo diante da doença a sua essência precisa ser preservada. Nesse sentido, o cuidado à criança está articulado ao cuidado à família, e é no alinhamento entre os saberes que se entrelaçam que ocorre a construção do projeto do cuidado compartilhado em curso.

[...] tem toda uma coisa cultural que a gente tem que trabalhar, a cultura da família [...] Se a criança fica bem, a gente trabalha melhor com a família. Então, a gente vai explicar os porquês. Às vezes, a mãe diz: “ele não vai para a recreação agora, ele está de cama, porque está com tal coisa” [...] leva a criança na recreação, e daí conversa: “mãe, é importante que ele brinque, que não se sinta diferente dos outros, que não fique preso, deixa ele brincar um pouquinho!”. E eles (cuidadores familiares) vão vendo. Na hora pode ficar bravo. Mas eles vão vendo que as crianças ficam bem mesmo, estando com seus semelhantes (P4).

No processo de cuidado as enfermeiras adotam mecanismos para favorecer mudanças de atitudes, buscando retomar o equilíbrio, em solicitude às crianças. A partilha das decisões é uma característica do Ser – “ser-com-outros-*Daseins*” — e uma possibilidade para conquistar



o sucesso das ações práticas, e passa a ser entendida e utilizada por meio de aprendizagens no processo interacional com as famílias.

[...] uma negociação para que eles (cuidadores familiares) possam se sentir valorizados, e que aquele espaço de estar ali com o filho seja algo em que possam ir interagindo com a equipe. E cada situação não tem uma regra, cada situação é única, é vista naquele momento de que forma se pode compartilhar, naquele momento pode ser compartilhado, em outro momento já não dá para compartilhar, dali a pouco vai dar de novo. Então, vai se fazendo o caminho a cada vez com cada paciente! Não tem uma regra: “os pais fazem isso ou fazem aquilo”. Não! Cada situação é única (P5).

Nessa perspectiva, partilhar com o outro de forma envolvente e significativa requer um traço fundamental e condição de possibilidade para sua realização, que significa solicitude. Heidegger (1981) explica que a solicitude, que designa cuidar do outro, em suas várias expressões, tem, no entanto, dois modos distintos de acontecer. Um deles se manifesta no cuidar do outro de forma a fazer tudo por ele, dominando-o ou manipulando-o, tolhendo sua liberdade própria. A outra maneira indica um movimento para, reconhecendo no outro suas possibilidades, auxiliá-lo a utilizá-las a seu favor, possibilitando que assumam seus próprios caminhos. Essa modalidade expressa o teor do cuidado autêntico que possibilita ao outro crescer, amadurecer, ou seja, retomar seu poder-ser mais-próprio.

[...] em todos os momentos podem participar desde que se tenha bom senso em discernir o que é o Cuidado da Enfermagem técnico, que a gente precisa fazer, e o Cuidado da Enfermagem que pode ser dividido com a família. Penso que tem divisões e que se pode compartilhar nosso trabalho, até porque a família é a mais interessada em toda melhora do paciente, então não vai fazer nada que não se esteja de acordo, acompanhando e olhando (P8).

A solicitude que se expressa no compartilhar requer vínculo, explicitado com o significado de estreitar laços. E longe de ser um fenômeno estático, requer movimentar-se em direção ao outro. São os laços da afetividade que une os Seres, promovendo e possibilitando um encontro de forças ocultas, pois residem na interioridade do Ser, continuamente retomadas diante da essência da preocupação, na circularidade hermenêutica do cuidado.

[...] a família, estando junto, vai se estreitando mais uma vez os laços e criando esse vínculo que existe com a Enfermagem [...] a família é muito ativa no cuidado, nenhum pouco passiva [...] se é muito responsável por isso, de quanto se pode liberar, se pode permitir [...] ter bom senso, opinar e se posicionar (P8).

A responsabilidade assumida pelo cuidado ao “ser-criança” e ao “ser-família” assume o significado de *preocupação* com todo um viver que se estende desde a internação, rompe os

muros do hospital e penetra no viver cotidiano extra-hospitalar. Faz-se presente em todas as esferas das ações de cuidar, seja de ordem técnica ou intersubjetiva, pois o cuidado acompanha o Ser no caminho a ser percorrido diante de suas facticidades e possibilidades. Na voz das profissionais, ouvir a família e cuidar significa

[...] saber como são as relações familiares, se tem alguma questão de adoecimento naquela família, quem faz tratamento e como é que se organizam, que suportes tem dentro da família, dentro da rede, porque se é fundamental no trabalho com a criança e com a família, se precisa disso! Então: “ah... isso é do serviço social e não da Enfermagem!”, e eu digo: “é da Enfermagem sim!”. Há uma ligação muito grande em relação a isso, isso nos demanda muitas ações (P10).

A comunicação é aspecto central do cuidado na intersubjetividade. Sobre essa função essencial do discurso, Heidegger (2012, p. 455-7) diz que

discorrer é a articulação “significante” da entendibilidade do ser-no-mundo, ser-no-mundo ao qual pertencem o ser-com e, na ocupação, o manter-se cada vez em um modo determinado do ser-um-com-o-outro [...] O discurso tem necessariamente esse momento estrutural, porque ele é coconstitutivo da abertura do ser-no-mundo e é pré-formado em sua estrutura própria por essa constituição fundamental do *Dasein*. “Aquilo-sobre-o-que-o-discurso-discorre” é sempre tratado a partir de um ponto-de-vista determinado e dentro de certos limites. Em todo discurso há um *discorrido* como tal, o dito como tal no respectivo desejar, perguntar, pronunciar-se sobre... Nesse dito o discurso se comunica.

A Enfermagem Pediátrica, apropriando-se desse saber pode incorporá-lo à cotidianidade de sua prática ao alcançar o entendimento de que todos são seres em contínua necessidade de conhecer e compreender, e que, portanto, a comunicação não pode prescindir do conhecimento do Ser a quem será dirigida. Ao mesmo tempo em que é indispensável reconhecer que o Ser, ao apropriar-se do conteúdo que dela provém, pode retomar suas forças para enfrentar e vencer os desafios de sua jornada existencial.

[...] ter o conhecimento e desmistificar as coisas, transportar para o mundo em que a criança e a família vivem. Isso acontece com o PICC [...] tecnologias que cada vez mais se está aprimorando a técnica e o nosso fazer nesse cuidado. Mas uma vez que se transporta para o mundo da família e da criança, se consegue [...] o quanto vai ter de benefício para o paciente naquele momento [...] é transportar conhecimento bem científico mesmo, para o conhecimento da família. É o que se faz no ambulatório [...] transmitir de forma que entendam: o que é uma infecção, uma flebite. Também se acham conhecedores de alguma parte e conseguem trabalhar do teu lado (P8).

O cuidado tecnológico pode e precisa ser articulado ao cuidado sensível para que a partir da comunicação, que faz e promove sentido, por meio de experiências de aprendizagem

cotidianas, uma compreensão possível se estabeleça. São conjugações acima de tudo éticas e humanas, inalienáveis ao fazer do profissional quando busca contemplar o Ser em suas peculiaridades.

A arte da transformação do conhecimento científico para a linguagem compreensível à criança e à família, com significado para o mundo do cuidado e transferível para a vida cotidiana fora do hospital, pode fazer a diferença na promoção de um melhor viver e enfrentar. Também revigora nas enfermeiras a certeza pela opção dos caminhos escolhidos – “vai se fazendo o caminho a cada vez com cada paciente” (P5).

As enfermeiras reconhecem sua responsabilidade pela mudança de comportamento das crianças e dos familiares cuidadores mediante aprendizagens significativas, mutuamente construídas, seja no ambiente hospitalar, ambulatorial ou no domicílio. Uma das participantes fala com entusiasmo sobre o processo educativo que assim se constitui,

tem que saber o quão importante aquilo é! [...] até passo para eles (crianças e familiares) o quanto se estudou para chegar naquilo ali [...] Quando a gente fala nos cursos, do sucesso da manutenção ambulatorial do PICC que depende da Enfermagem mas, principalmente, do cuidado da criança e da família, é verdade! Porque só se consegue todo esse sucesso, ter todo o tempo de manutenção de um cateter após a alta hospitalar, quando a família está engajada e entende o porquê está fazendo aquilo, daquela forma (P8).

O discurso da participante possibilita alcançar a compreensão de que no cuidado à família a força do diálogo é vital. Para Ayres (2008), alguns elementos podem ser explicitados na compreensão da linguagem: o compreender é mediado pela linguagem; um diálogo ocorre tendo como fio condutor uma argumentação que articula um significado a outro, formando uma totalidade compreensiva; o sentido de um diálogo não está previamente estabelecido, ao contrário, é alinhavado no transcurso dele mesmo; e, fundamentalmente, quanto mais o diálogo transcorrer e mais imersos nele estiverem os participantes, maior será a apropriação do sentido que nele flui.

Mudanças existenciais da criança repercutem na necessidade de reorganização da família e do cuidado prestado. No cotidiano das interações dialógicas entre os Seres na Permanência Conjunta afloram percepções e vivências compartilhadas pelas enfermeiras com os cuidadores familiares, no estreito convívio que estabelecem. Tais processos desencadeiam esforços que adquirem o significado de mecanismos de suporte emocional e cognitivo para favorecer a readaptação familiar para o cuidado no domicílio. Torna-se mais explícita a necessidade de interface dos profissionais da equipe de saúde entre si, e destes com a rede de saúde da comunidade.

[...] tem que investir nessa família, é uma diretriz nossa [...] a criança vai ter traqueostomia, criança sindrômica, vai precisar da sonda para o resto da vida, não precisam ficar internadas [...] precisamos acreditar que é possível para o bem da criança [...]auxiliar a família a se reorganizar e experimentar a família! [...] a família diz que pode estar se organizando [...] fazer com que isso aconteça! [...] muitas surpresas positivas tivemos [...] internam para fazer procedimento, ou vem visitar e tem muita criança que está bem [...] trabalho de formiguinha, exige tempo e atenção, mas, na maioria das vezes, o investimento na família dá certo e é a opção que se tem para essas crianças [...] não pode ficar o resto da vida dentro do hospital (P7).

O olhar para as forças da família foi mudando com o transcurso das experiências compartilhadas. Acreditar no potencial humano de, diante dos desafios, buscar e estruturar mecanismos de adaptação às dificuldades vividas significa singular aprendizagem. Trata-se de acreditar que a família pode se desenvolver e adquirir competência para o cuidado, mas somente mediante o cuidado. É o cuidado que melhor pode redirecionar possibilidades mais eficazes e sábias (AYRES, 2008). Cuidado exige tempo, solicitude e recursos facilitadores, entre os quais, percebidos como vital, o caráter educativo e dialógico presente nas propostas criadas para tal finalidade. Projetos de cuidado singularizados acreditam e apostam

[...] na criança e na família, porque na verdade é uma realidade dessa família, é a forma como vivem, é a vida deles na casa deles de um jeito completamente diferente que não é o normal, o habitual, mas que dali e daqui conseguem se organizar e tocar! É a nova realidade daquela família, daquela forma e tem muitas pessoas que conseguem e dá certo! E outras que não, enfim, depois de tentativas e investimentos sem retorno, a criança acaba sendo institucionalizada para poder receber a necessidade de cuidado que requer. Mas sempre se faz o investimento total pensando que, independente do caso e da situação, a primeira opção é que essa família se organize e se estruture para atender a criança em casa (P7).

Recursos facilitadores vêm aliar-se aos anteriormente apontados, conferindo maior comprometimento profissional e institucional ao enfoque de cuidado à família, possibilitando melhores condições para a Permanência Conjunta. Acompanhando essas mudanças, as enfermeiras envolvem-se e compartilham saberes com outros membros da equipe multiprofissional.

[...] pensando quando iniciei para como se está agora, uma gama de ações foram se agregando, acontecendo e se somando [...] hoje se tem uma abordagem do cuidado para criança junto com a família muito boa mesmo! [...] se conseguiu, ao longo desse tempo, o serviço social nos ajudou muito, a própria questão administrativa, poder dar alimentação para as famílias. O acompanhante recebe as refeições, café da manhã, almoço e janta [...] esse suporte institucional foi muito bom, assim como a Casa de Apoio! [...] justamente para essa família poder ter condições de ficar um pouco mais aqui no hospital. Por outro lado, algumas famílias ficam

dependentes desse suporte [...] se procura, na medida do possível, atender que o familiar sempre acompanhe a criança, consiga ficar (P7).

Reconhecem que faz parte do modelo de cuidado um apoio adicional à Permanência Conjunta e que em extensão proporciona melhor readaptação da família ao mundo do hospital, pelo fato de acompanharem por tempo integral seus filhos durante a internação hospitalar, onde muitas vezes sobrevém o cansaço físico e emocional. Acompanhar os benefícios para as famílias, que resultam em melhores formas de enfrentamento, com repercussões positivas para as crianças, são valorizadas.

A Casa de Apoio veio dar um suporte muito importante! [...] cada vez mais pessoas moram muito longe, sem estrutura familiar e de casa, então se vê o quanto é importante essa mãe, essa avó, enfim esse familiar poder descansar, tomar um banho, sair um pouco ali do lado da criança, com aquele estresse, aquela dificuldade. Muitas vezes essa mãe saía, dormia uma noite fora, porque a noite é o melhor momento de descansar, no outro dia retornava mais tranquila, descansada, com mais paciência inclusive para atender a demanda da criança (P7).

A preocupação com a forma e a estrutura da equipe, e o modo como se articula e se fortalece para cuidar da criança e da família, é destacada no tempo presente, que olha para o passado, projetando o futuro.

Hoje se consegue ter um diferencial nessa assistência mais integrada [...] está se conseguindo ter o apoio da equipe médica que participa do Grupo da desospitalização. O Serviço Social, desde o início, sempre muito presente, também se estruturou melhor para atender as demandas das famílias. Na Pediatria, inicialmente, tinha uma (assistente social), depois passou para duas e as coisas foram melhorando a abordagem [...] ainda se continua amadurecendo e aprimorando essa questão do atendimento da criança e da família em equipe (P7).

Compartilha-se com a ideia de Souza; Nitschke; Souza (2011, p. 111) ao tratarem da necessidade de reconstruir as ações tendo a família como unidade de cuidado da Enfermagem, de que

o enfermeiro sozinho jamais dará conta do cuidado à família, exigindo nesse contexto um trabalho de natureza interdisciplinar. Para isso, de igual forma os profissionais da saúde deverão integrar os conteúdos sobre família e compartilhar seus olhares no cotidiano das instituições de saúde.

O “tempo que falta” manifesta-se como ponto de angústia para as participantes. Situações que exigem prontidão na execução das ações de saúde, sem muitas vezes estarem acompanhadas de condições convenientes para realização, constituem dilemas que também fazem parte do cotidiano do cuidado.

Mesmo percebendo-se satisfeitas com o processo de cuidado e com os resultados de seu fazer, as enfermeiras sentem, em algumas circunstâncias, sensações de incompletude, relacionadas às exigências que se impõem ao ritmo do tempo próprio de seu fazer; do tempo para o cuidado de cada criança e de cada família em particular, e do tempo do processo do fazer em si, entremeado às nuances específicas que permeiam a dinâmica institucional, em contraponto às especificidades do cuidado autêntico que entendem necessárias e fundamentais serem preservadas.

Torralba (2009) pondera que é importante reconhecer a aceleração temporal que invade o mundo da saúde e agride a arte de cuidar. Algumas vezes, a avaliação da atividade profissional está centrada na rapidez, eficácia e produtividade. O profissional responsável sente-se atingido e sofre diante dessa situação.

[...] o excesso de burocracia e de registro pode afastar do paciente, da mesma forma que é importante! A Enfermagem em certas épocas e em alguns locais é cumpridora de metas e de atendimento, o famoso “apagar incêndios”! Quando se vê não se tem registro nenhum, passa em branco o trabalho da Enfermagem! Aqui se tenta ter os registros, produtividade. É importante todo esse processo de Enfermagem [...] ao mesmo tempo, não se consegue dar conta de tudo (P10).

Agora se vive naquele computador, escrevendo e, às vezes, se perde as outras coisas, mas tem que conciliar! Sair do computador, tem que dar uma olhada, ver o que está acontecendo! Não se pode ficar detido numa coisa só. Isso exige bastante, têm dias que se tem que fazer uma série de coisas, é internação, história, evoluções, prescrição de enfermagem [...] Muitas vezes não se consegue fazer todos os registros. Quantas vezes se olha para aquele caderninho e diz “o que eu fiz não vai nem aparecer!” [...] Agora, isso veio favorecer no sentido de que se fazia e executava, mas não registrava (P3).

[...] às vezes, se sai com uma sensação que correu para um lado e para o outro e passou na Passagem de Plantão tarefas que não se conseguiu dar conta [...] até o próprio Processo de Enfermagem que se tem que fazer porque se considera importante, é uma atividade que faz parte do meu turno, poder dar conta de tudo, mas, às vezes, ainda tem que se fazer de uma forma não tão qualificada como se gostaria (P7).

Momentos dialógicos são construções que requerem intimidade, abertura do Ser que se compromete em acompanhar o outro e, para tanto, é inevitável conhecer e compreender movimentos que exigem tempo e condições facilitadoras, especialmente consideração e paciência para com o outro em seu processo existencial, atributos da solicitude (HEIDEGGER, 1981). Nesse particular, “somente é possível cuidar de um modo eficaz a partir do reconhecimento do valor da lentidão” (TORRALBA, 2009, p. 142).

Para fazer uma boa anamnese, se aproximar daquela família, precisa ter um tempo diferente, algumas famílias mais, outras menos, algumas crianças mais tempo e

outras menos [...] Espaços extremamente importantes onde o enfermeiro tem papel fundamental, tu não consegues fazer de uma melhor forma (P10).

[...] essa gama de coisas que se faz, se acaba não conseguindo dar conta de tudo [...] alguns processos no dia a dia se poderia estar estruturando melhor [...] para a família também ser mais ouvida, se está nesse processo, mas ainda dá para fazer melhor [...] tendo mais tempo e mais profissionais na equipe de enfermagem [...] ou durante o dia onde é preciso ter mais esses contatos, pudéssemos nos organizar para atender no próprio processo de trabalho da enfermagem das 24h [...] redividir melhor na relação de profissionais por turno ou nas atribuições. Tem que se pensar (P7).

A responsabilidade das profissionais diante da necessidade de construção de momentos dialógicos, em que o olhar se dirige à singularidade do outro em seu tempo próprio, mas que não prescindia do cumprimento de deveres para com a profissão ou ações que norteiam o modelo de cuidado institucional, convoca a pensar na premência de alternativas que preservem o tempo fundamental de cada um desses componentes da prática da Enfermagem.

[...] se anotava tudo num caderninho, que depois ia para o lixo [...] nosso trabalho, não que ia para o lixo, mas não ficava registrado. Hoje não, com o Processo de Enfermagem Informatizado [...] temos os pacientes do “Primary”, uma delimitação geográfica e um número estipulado de pacientes sob responsabilidade de cada enfermeira em toda a unidade. E se evolui todas as intercorrências. Uma solicitação, avaliação, o que fiz, o que a equipe fez, o que aconteceu com a família, os encaminhamentos [...] tudo fica registrado (P3).

Todas as crianças precisam ter a anamnese, serem prescritas e, às vezes, acaba não se dando uma ênfase para esse momento tão especial, porque demora. Se tu vai fazer todo processo de receber, fazer anamnese, exame físico e a prescrição, não menos que uma hora, uma hora e meia. Como é que tu vai dar conta disso se tens toda a outra questão assistencial, e quatro ou até cinco internações num período de tempo? Mas esse momento é essencial e de certa forma não está sendo tão valorizado por se ter que cumprir outras determinadas metas (P10).

Questões da cotidianidade envolvidas no mundo da internação pediátrica permeiam o processo de cuidar e precisam ser reorganizadas e enfrentadas. Torralba (2009, p. 142-3) diz que “o cuidar requer, além de tempo, de um espaço idôneo [...] pressupõe um tempo humano, no qual seja possível a comunicação personalizada, o trato sincero”. Nessa perspectiva, o ambiente mais propício para o acontecer personalizado dos momentos de encontro com a família e a forma de proceder também são valorizados e demandam esforços para a melhor relação de cuidado.

[...] o ambiente, o local também não propicia. Às vezes, se consegue chamar essa família para um espaço mais reservado, para que consiga trazer coisas de si, porque tu buscas informações importantes! A religião, às vezes, é difícil para a família falar dos aspectos religiosos, as suas crenças e os seus valores na frente de

todo mundo, é uma coisa muito íntima, e também na chegada: “quem é essa pessoa estranha que está me perguntando tudo isso assim?” [...] isso tudo tem que ser pensado (P10).

Ayres (2006, p. 54-55) chama a atenção para a necessidade de um repensar para além das finalidades ou dos meios técnicos ou gerenciais das ações de saúde, reforçando que o desafio central dos projetos de cuidado

não pode ser equacionado como a necessidade de ‘mais tecnociência’, nem tampouco de ‘menos tecnociência’[...] há em toda ação de saúde, seja individual ou coletiva, um autêntico encontro entre sujeitos, no qual estarão presentes inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de projetos de êxito técnico e sucesso prático.

Nessa perspectiva, ao pensar família diante das situações de vulnerabilidade que experienciam no mundo do hospital, é fundamental a compreensão de que é a capacidade projetiva dos seres humanos, mediante o potencial de cuidado latente em si e na alteridade com o outro, que possibilita a reconstrução ou ressignificação dos potenciais para ir além, não esmorecer e enfrentar. O *tomar-se para si* do cuidador ao estar lançado diante das facticidades do *ser-no-mundo* da família, com quem partilha os caminhos cotidianamente vividos, retoma continuamente seu *poder-ser mais-próprio* para favorecer ao cuidador familiar, e igualmente apoderar-se de seu potencial e recuperar ou intensificar sua autonomia para cuidar da(o) filha(o). Esse agir e *ser-com* a família pode transformar significativamente a fisionomia dos cenários onde são exercidas as ações de cuidado (AYRES, 2008; HEIDEGGER, 2012).



## 6.6 Enfermagem Pediátrica no Presente: programas na perspectiva do cuidado

O fio condutor do cuidado na Enfermagem Pediátrica desvela-se, na compreensão dos discursos, como imutável ao longo dos tempos, representado pelo Sistema de Permanência Conjunta. Na temporalidade de seu acontecer, raízes sólidas construídas no passado alargam-se no fazer da história, como que costurando cada novo acontecimento com o imediatamente anterior. Ampliam-se alguns enfoques como é natural na transcendência da existência, fortalecendo, inevitavelmente, as bases de seu gestar e sua estrutura. Falar sobre a temporalidade da Enfermagem Pediátrica, destacando o presente, é impossível sem fazer referência ao passado. Conforme Gadamer (2014, p. 404):

estes formam o horizonte de um presente, pois representam aquilo além do que já não conseguimos ver. No entanto, importa manter-nos afastados do erro de pensar que o que determina e limita o horizonte do presente é um acervo fixo de opiniões e valores, e que a alteridade do passado se destaca desse presente [...] na verdade o horizonte do presente está num processo de constante formação, na medida em que estamos obrigados a por constantemente à prova todos os nossos preconceitos. Parte dessa prova é o encontro com o passado e a compreensão da tradição da qual nós mesmos procedemos. O horizonte do presente não se forma, pois à margem do passado.

Diante do pioneirismo dos projetos criados para atender as demandas das crianças e das famílias revitaliza-se a certeza de pertencimento a uma Enfermagem Pediátrica reconhecida pelo mérito de seu trabalho na instituição:

[...] pessoas lá atrás, em algum momento, os iniciaram [...] foi evoluindo com o passar do tempo e foi se dando uma tônica de profissionalismo para esses programas e para essas ações que fazem diferença para os pacientes! Um *plus*, vejo assim como um algo a mais para o paciente, para as nossas unidades, para o nosso Serviço de Enfermagem Pediátrica e para a nossa instituição (P9).

A par da crescente compreensão que o Ser-aí da enfermeira vai adquirindo em relação aos aspectos desenvolvimentais da criança e da família, possibilita reconhecer que a facticidade a que estão submetidas é imutável e intransferível. Caminha lado a lado desta constatação a implacável imposição de uma demanda cada vez maior de atividades que se integram ao seu fazer cotidiano. Tal demanda inclui as repercussões inerentes aos avanços da tecnociência, sem dúvida indispensável aos tratamentos necessários para o restabelecimento ou reabilitação da saúde das crianças, e ao mesmo tempo exige das enfermeiras a execução de procedimentos técnicos altamente complexos e sofisticados, tanto quanto invasivos e dolorosos, sob a ótica das crianças e das famílias.

[...] mudou muita coisa! [...] a questão da evolução tecnológica [...] as máquinas estão mais modernas, a máquina de hemodiálise, o respirador, em matéria de medicamentos, de equipos, abocatts [...] isso nos auxilia no sentido de que a criança vai ter menos intercorrências [...] mas, precisas andar junto nesse avanço tecnológico [...] isso interfere na vida e no dia a dia da assistência da enfermagem [...] mas, vai ser positivo para o paciente (P9).

[...] a evolução que tivemos do acompanhamento, da tecnologia e do cuidado do paciente realmente doente, paciente gravemente enfermo. Quando comecei aqui não existia bomba de infusão, saturômetro, quando se via, a criança estava com 50% de saturação, estava cianótica, quanto tempo se perdeu de intervir antes! [...] com a vinda da tecnologia se antecipa as coisas! Se consegue determinar, com muita antecedência, e intervir para que não agrave, não chegue a uma situação de parada, a uma situação de intubação (P2).

A complexidade dos cuidados de enfermagem exigidos para cada paciente em particular vem aumentando, acompanhando a mudança de perfil do paciente pediátrico. A corrida contra o tempo no cotidiano do cuidado é desvelada nos discursos:

[...] outra situação, que pode levar a um estresse no ambiente, é que a complexidade dos pacientes aumentou! [...] estás numa corrida, tens tua escala, pacientes mais graves e que precisam de mais cuidados. Precisas organizar o tempo, talvez há quatro ou cinco anos tu conseguisses ter um pouquinho mais de tempo de ter uma conversa de mais tempo com um pai, fazer um procedimento com mais tempo! [...] tens seis horas para dar conta daquela tua escala de cuidado, precisas gerenciar o teu tempo, mais do que há um tempo (P9).

[...] Se a gente passa e vê duas enfermarias sozinhas porque os técnicos de enfermagem foram buscar uma medicação no posto de enfermagem, se entra em pânico, porque os nossos pacientes são muito instáveis. Assim como eles estão bem daqui a pouco eles não estão [...] é questão de segundos. Tem que estar sempre preparado para isso. É uma carga grande de trabalho (P3).

Associando-se a esse panorama, os aspectos gerenciais também se avolumam por conta das exigências para a gestão de recursos humanos da equipe de enfermagem, e as questões burocráticas inerentes.

Se preocupar com toda aquela parte administrativa que é inerente da nossa profissão [...] a distribuição de pessoal de enfermagem [...] Assegurar a assistência, na verdade tudo isso envolve o cuidado, é preciso ter material, equipamentos funcionando, em condições para atender o paciente ou futuros pacientes [...] acabamos assumindo coisas de gerente, que um dia pode ser que se consiga que realmente se tenha! [...] pensar no que possa acontecer, não só no que está acontecendo no momento, tem que se ter toda essa previsão (P2).

Esse cenário permite identificar, a necessidade de reorganização dos processos de cuidado que se impõem diante de tantos desafios e normas a serem cumpridas, sob pena de impor limites ao pleno exercício do cuidado, tendendo a afastar as enfermeiras da proximidade aos pacientes.

Identificando tais dilemas e desafios, mas mantendo como mecanismo de suporte o reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido, atualiza-se a responsabilidade das enfermeiras para a manutenção das propostas norteadoras da filosofia de cuidado no Sistema de Permanência Conjunta, mediante estímulo e convicção de estar fazendo o melhor para os pacientes e suas famílias.

No movimento de transcendência, o olhar para o tempo vivido – o passado, a partir da vivência atual – o presente impulsiona as enfermeiras a ir adiante, em prol das melhores ações de cuidado. Para Heidegger (2012, p. 1109), “o presenciado próprio da situação [...] a existência instantânea se temporaliza como extensão total de-destino, no sentido da constância histórica própria do si-mesmo. A existência temporal dessa forma tem seu tempo ‘constante’ para o que a situação dela reclama”. Acreditar no que se faz emerge como fundamental para desencadear novas iniciativas a cada demanda que surge,

[...] fico pensando em todos os programas que se têm, todos são importantes! E se conversa muito no grupo de enfermeiras, não só as nossas Ações Diferenciadas (ADs), como em outros programas também, que não estão inseridos nas ADs como mais atualmente o grupo que tem trabalhado na questão da Segurança e Qualidade [...] é uma questão muito nova, a segurança do paciente, projetos e ideias se tem trabalhado muito forte nisso [...] ter indicadores de qualidade [...] que nada mais é do que trabalhar a segurança do paciente na unidade. São mais um desafio para se tentar gerenciar no nosso tempo, mas são tão importantes para o paciente e para a instituição que não podem ser acabados [...] se precisa como profissional (P9).

Heidegger (2012), ao citar as diferenças da existência própria – “ser-resoluto” e imprópria – “não-resoluto”, chama a atenção para os possíveis modos de ser que expressam aquilo ao que o *Dasein* se dedica, e que corresponde ao que sua existência é cada vez – autêntica ou inautêntica:

perdendo-se na *multiplicidade* daquilo de que se ocupa, o não-resoluto nisso *perde seu tempo*. De onde, para ele, o seu discurso característico: “não tenho tempo”. Assim como o existir impróprio constantemente perde tempo e, por isso nunca o “tem”, assim também o caráter distintivo da temporalidade da existência própria é o de nunca perder tempo no ser-resoluto, e sempre “ter tempo” (p. 1109).

Os avanços evidentes da tecnologia marcam os cenários do cuidado em Pediatria, mas a par de todas essas inovações, são considerados fundamentais para o cuidado dos pacientes pediátricos ditam novos posicionamentos ao profissional, em conformidade com o transcurso de um novo tempo a cada tempo.

[...] sei que se é mais eficaz. Aliado a isso o enfermeiro tem que se manter constantemente atualizado, continuar estudando, se informando, para que seja um profissional que realmente domine a sua área de atuação. E a assistência é muito dinâmica, hoje daqui há uma hora não é exatamente igual ao que era uma hora atrás, tudo se modifica! [...] tem que estar sempre atualizado para saber identificar e atuar em qualquer momento de um imprevisto ou de uma situação que se apresente em um paciente que possa necessitar de uma intervenção, que muitas vezes é o inverso daquela que se estava tomando no início (P2).

[...] nos leva a nos capacitar mais, é uma constante! [...] fazer cursos, trocar ideias com colegas [...] muitas coisas mudaram, em matéria do cuidado, da assistência [...] mas precisas andar junto nesse avanço tecnológico [...] não se pode ficar para trás (P9).

Aliado a isso, as sensações de sentir-se contemplada com a possibilidade de bem atuar, responsabilizando-se e atualizando-se constantemente, provoca um ciclo de retroalimentação positiva, gerando bem-estar profissional.

[...] isso também é algo que me dá muito prazer: saber que se trabalha numa instituição que tem essas condições de tecnologia, o que possibilita que se possa agir com bastante antecedência, prevenir danos maiores (P2).

Na interface do cuidado e o tempo, pode-se alcançar a compreensão de que o cuidador precisa de tempo para organizar o cuidado, uma sabedoria peculiar de discernir como cuidar do tempo que possui. Envolve o ritmo pessoal: o tempo de cada Ser.

[...] com essa questão de se ter uma maior complexidade dos pacientes e um avanço tecnológico, as exigências também cresceram [...] somos um hospital acreditado e para manter isso tens exigências como profissional, como enfermeiro [...] o tempo está cada vez mais restrito [...] é um desafio dar conta de tudo, com qualidade, não prejudicar, principalmente, o paciente, que é o nosso foco (P9).

O cotidiano do cuidado envolve as profissionais em um mundo de exigências e de satisfações, em que as várias esferas instrumentais e humanas mesclam-se inevitavelmente.

[...] mínimo de registro, a escala de dor dos teus pacientes, avaliar a cada três horas e registrar [...] o NAS, a carga de trabalho, tens que mostrar de alguma maneira, registrar a tua carga de trabalho! [...] tenho os meus pacientes, a família, a minha equipe de Enfermagem, os técnicos com as suas demandas, as questões administrativas gerenciais da unidade (P9).

A par de tantas exigências, o cuidado autêntico e os projetos pensados e almejados entram na esfera do empenho ou preocupação em vencer as dificuldades, em superar desafios e não esmorecer diante da sobrecarga do trabalho, porque a essência de cuidar é soberana.

[...] a nossa Enfermagem nesse momento, está tentando transpor os desafios da complexidade do cuidado e das novas exigências [...] as pessoas que trabalham na Pediatria, na Enfermagem de uma maneira geral, gostam do que fazem, são pessoas fortes, gostam de cuidar da criança, cuidar da família, estão tentando se adaptar a todas essas exigências, fazendo um esforço, vejo as pessoas se esforçando, “bom tem mais isso, vamos lá” (P9).

Responsabilizar-se por auxiliar a renovar energias para não desanimar frente à sobrecarga do trabalho requer esforço constante, mas mobiliza a equipe em um sentimento de união de esforços para superação das dificuldades.

[...] tem uma parcela da equipe que, às vezes, tenta ainda não avançar junto, “porque há um tempo não era assim, não se precisava fazer tudo isso”! Tem que buscar renovar esse diálogo, “mas agora é assim, vamos lá, estamos juntos!” [...] se é uma equipe mesmo, esse é o sentido [...] é muito inicial essas exigências, então está se tentando adaptar (P9).

Os discursos evidenciam que as enfermeiras vivem um cotidiano permeado por intensos desafios, constituindo sua facticidade no mundo do hospital. Paradoxalmente, por reconhecerem como intransferível, se apoderam de um novo modo de enfrentar as dificuldades, movidas por um mecanismo de abertura que as impulsiona a agir e a buscar resolutividade – “ser-resoluto”, como explica Heidegger (2012):

como aberto, o *Dasein* existe factualmente no modo do *ser-com* com outros [...] na medida em que a ocupação cotidiana se estende a partir do “mundo” de que se ocupa, ela *não* conhece o “tempo” que ela toma para si *como seu*, mas, se ocupando dele, utiliza o tempo “que há” e com o qual *a-gente* conta (p. 1111).

Nessa perspectiva, um movimento de abertura do *Dasein* da Enfermagem Pediátrica, de modo a vencer os desafios do tempo e com a preocupação de promover um cuidado autêntico, é revelado. As enfermeiras apontam para iniciativas que foram sendo criadas como estratégias para o aproveitamento diferenciado do tempo na jornada de trabalho. Pretenderam propiciar que, tanto a criança e a família fossem favorecidas com a prestação de um cuidado diferenciado, quanto elas próprias tivessem a possibilidade de se aprimorarem mediante conhecimento, o que, inevitavelmente, repercutiria em maior satisfação no trabalho.

[...] as ações diferenciadas vieram favorecer o tempo destinado ao cuidado [...] se tem um aproveitamento muito grande. Momento que se pode desenvolver alguma atividade dentro da unidade e do serviço e que não está colidindo com a assistência, é no turno oposto. Tem o Grupo da Pele que atende os nossos pacientes da unidade e da Pediatria com consultoria. Uma enfermeira na COPE [...] nos levou a poder resolver os problemas do sistema, da prescrição de enfermagem [...] auxiliam muito. Como se evoluiu em relação aos cuidados (P5).

[...] um *plus* para a enfermeira conseguir apoio quando identifica “essa criança tem uma alteração de pele, tenho uma consultora do ‘Programa de Cuidado com a Pele’ que vai poder avaliar melhor essa criança!” Tenho um recurso à que buscar; um grupo que se preocupa em “Parada Cardíaca Pediátrica”, que se especializa nisso e que busca especializar a equipe de enfermagem nesse cuidado. Então, o “Grupo de Pais”, que é um momento de cuidado com os pais; o cuidado na Fibrose Cística [...] É o cuidado que se faz para a criança que é diferenciado (P9).

Algumas situações no cotidiano da Internação Pediátrica, por ser um espaço onde as práticas de saúde se concentram na proposta terapêutica em atenção à doença da criança, inevitavelmente fazem recair sobre o fazer da Enfermagem Pediátrica atividades envolvidas na lógica do aspecto biológico, ainda que não predominantemente. Porém, diante desse quadro de inevitabilidade de ordem prática, torna-se fundamental instaurar um novo raciocínio que não desmereça nenhum dos polos da prática da saúde — de um lado as tecnologias; de outro o caráter humano.

Nesse sentido, Gadamer (2011, p.89) incita a pensar quando expõe que

o ser da pessoa é, claramente, algo renegado em toda a parte, mas que sempre, em toda parte, volta a pertencer à recuperação do equilíbrio que o ser humano necessita para si mesmo [...] Essa tarefa não me parece colocada de forma abstrata, mas, continuamente, de forma concreta [...] Assim, parece-me haver muitos pontos, nos quais estamos em condições de não apenas perceber as carências mais constrangedoras, mas também de encontrar as possibilidades abertas para tornar mais humanas as coisas que se disseminaram na nossa ordem social instrumentalizada [...] isso se torna visível num encontro com o ser humano.

A Enfermagem Pediátrica, diante das transformações que o viver cotidiano do mundo da doença e hospitalização acarreta aos seres de cuidado, ao acompanhar as dores humanas, as mudanças existenciais que tão enfaticamente agredem a estrutura e o equilíbrio da pessoa, aliado à constatação da concomitante necessidade que essas pessoas têm de reprogramar-se diante das situações de extrema vulnerabilidade experienciada, enfrenta considerável desafio. No intuito de contribuir para a recuperação das forças dessas pessoas, desencadeia esforços no sentido de favorecer o suporte requerido. Iniciativas nessa perspectiva constituem-se em propostas construídas pela Enfermagem Pediátrica, no cenário de hospital-escola, que tomam o formato de projetos de cuidado, desvelados nos discursos das participantes.

#### 6.6.1 Programa de Apoio à Família (PAF)

Um renovado modo de “olhar” para o próprio processo de cuidar e a forma como os projetos de cuidado aconteciam imersos em um mundo de crescentes expectativas ao fazer das

enfermeiras, paulatinamente desperta a necessidade de focalizar a essência. A percepção de estarem intimamente conectadas ao significado da família no mundo da criança e no mundo da equipe de enfermagem foi, gradualmente, gerando nas enfermeiras intuições e aspirações para realizar ações transformadoras. A transformação necessária para uma reorganização sensível da prática do cuidado à família legitimou a iniciativa de criação de uma proposta de cuidado particularmente voltada às reais necessidades da família. Resultava da aproximação de linguagens comuns às enfermeiras, mesmo que singulares a cada ser, mas que a interação de saberes que as trocas compartilhadas, existentes no mundo das interações com as famílias, possibilitavam.

Na visão das enfermeiras, o PAF veio (re)significar uma prática cotidiana fundamental para o atendimento das premissas norteadoras do Serviço de Enfermagem Pediátrica.

O nosso trabalho não é uma coisa fácil! O trabalho hospitalar com criança e família doente. Às vezes a família é muito doente, a criança está aqui, entrou por uma questão de adoecimento, mas está bem. Mas aí a família precisa ser cuidada, para que a criança fique bem, para que possa retornar e dar continuidade a seu crescimento, seu desenvolvimento [...] Programa de Apoio a Família [...] tônica extremamente importante do nosso serviço [...] faz um diferencial de como se pode organizar melhor esse cuidado (P10).

Acreditar no potencial cuidador que reside no Ser pode modificar sensivelmente as relações com as famílias. Favorece apostar nos caminhos da compreensão humana para assumir a realização de ações na vida prática, no exercício cotidiano do cuidado às crianças, tanto no hospital quanto no domicílio. Mas, acima de tudo, requer da Enfermagem Pediátrica, como *Dasein*, a sensibilidade de reconhecer o seu papel em propostas com tal finalidade. O Ser humano é cuidado e cuidado é preocupação. Portanto, ao exercer esse poder-ser por meio da preocupação, a Enfermagem continuamente está exercendo esse papel de cuidador sobre sua própria existência e sobre a existência de outros com quem partilha o mundo (AYRES, 2006; HEIDEGGER, 2012).

Acerca do fundamento para as possibilidades de reestruturação da existência, Heidegger (2012, p. 535) explica:

o *Dasein* é o ente para o qual em seu ser está em jogo esse ser ele mesmo. O “estar em jogo...” foi elucidado na constituição-de-ser do entender como ser do projetar-se no poder-ser mais próprio [...] O ser-livre para o poder-ser-mais-próprio e, assim, para a possibilidade de propriedade e de impropriedade mostra-se, numa concretização originária elementar, na angústia. Mas o ser para o poder-ser mais-próprio significa, ontologicamente: o *Dasein* em seu ser já é, cada vez para si mesmo, adiantado em relação a si mesmo. O *Dasein* já está sempre “além de si” [...] como ser para o poder-ser que ele mesmo é.

Nessa perspectiva, se revela fundamental a compreensão de que a essência que move o profissional cuidador projeta-se em outros horizontes para além de si, em contínua construção, transpondo lacunas que o viver cotidiano ilumina, concretizando-se na criação de propostas ou projetos de cuidado. No que se refere às famílias, ao perceberem as possibilidades que residem em seu próprio Ser de se apropriarem do entendimento necessário para poder cuidar de suas crianças, resulta em seu poder de reconstrução existencial.

Alguns dos caminhos percorridos pelas enfermeiras no projetar-se para cuidar das famílias explicitam:

[...] pessoas que trabalham com adulto têm dificuldade de trabalhar com a família porque acham que atrapalha [...] Um olhar desse dificilmente vai ser de uma pessoa que vai trabalhar na Pediatria e vai se sentir bem. Encontrará dificuldades, não conseguirá desempenhar, vai se frustrar. Poderá até fazer algo tecnicamente perfeito, mas não tem essa questão do vínculo, das trocas que se tem com as crianças que são fantásticas! [...] talvez as pessoas que não trabalham com família, não tem o conhecimento, tenham a percepção de que atrapalham, é uma coisa a mais. Mas, nós que trabalhamos com Pediatria, temos um olhar diferenciado para a família (P6).

Espaços dialógicos com a família são fundamentais para a construção e reconstrução das experiências de cuidado. Mas uma experiência dialógica pressupõe muito mais do que transmissão de informações, pois, por meio do diálogo,

o outro deve ser conduzido ao seu próprio olhar [...] a enumeração dos elementos definidores não possui o caráter de um ensinamento ou de uma tentativa de dominação, como se alguém soubesse tudo exatamente. O diálogo apenas faz com que o outro, sem que volte a se desorientar, vislumbre a possibilidade de despertar a sua própria atividade interna (GADAMER, 2011, p. 142).

A compreensão dos discursos desvela uma articulação de mundos que coexistem, criança – família – Enfermagem Pediátrica, cujo modelo de cuidado, mantendo a forma de sua origem, sendo pelo *Dasein* das enfermeiras colocado em ação, possibilita o emergir da essência da cuidadora profissional: o cuidado pautado no olhar para a singularidade de cada Ser e para a manutenção da filosofia do Sistema de Permanência Conjunta, sendo a família unidade atuante no cuidado, de formas a mantê-lo parte constituidora de seu próprio Ser.

[...] o adulto, vai ao médico, vê seus exames, responde por ele [...] Muitas vezes, não conta para a família a real situação que está enfrentando [...] chega um ponto não vai mais conseguir responder por ele [...] vai precisar ser cuidado. A família não sabe de nada [...] proibem as visitas, depois querem que a família venha e cuide. Mas como vai cuidar se em nenhum momento essa família foi incluída nesse processo? Para nós isso faz parte direto [...] quando sair do hospital vai



voltar para o seu núcleo familiar. É um processo natural. Não tem como o binômio mãe e filho, vem desde a gestação (P6).

A expressão “como vai cuidar se em nenhum momento essa família foi incluída nesse processo?” instiga a pensar em que posição o profissional coloca a família. Visualizar a família como partícipe coadjuvante das propostas de cuidado por sentir-se incluída e cuidada define um dos traços principais a serem considerados na compreensão do projeto de cuidado — “Programa de Apoio à Família” — que vem a se constituir no mundo do Sistema de Permanência Conjunta.

O depoimento permite refletir que muitos outros aspectos precisam ser valorizados além da possibilidade de a família estar presente, acompanhando o paciente durante a hospitalização. A inclusão no processo de cuidar significa muito mais do que estimular e permitir a permanência da família junto à criança se o olhar estiver direcionado ao significado das mudanças existenciais da família em estar convivendo com o próprio filho, vivenciando o adoecimento. Nessa perspectiva, gradativamente o processo interacional com as famílias vai trazendo à Enfermagem Pediátrica constatações do significado de partilhar com elas sua existência. Move-se nas relações com o outro, compartilhando projetos de cuidado, e compreende que o tempo é a condição primordial para a constituição do Ser, na existência de cada um dos seres de cuidado: criança, família e profissional.

[...] Programa propicia estar próximo da família [...] é um tempo que tu deixa a família ter o seu tempo, tu entras naquele sincronismo com a família! [...] uma mãe para aceitar que a criança iria para casa com traqueostomia demorou três meses, para depois se iniciar efetivamente uma ação educativa! [...] precisou desse tempo e deu muito certo depois, um contexto familiar horrível, a moradia, muito difícil, o local, muito inóspito, muito fungo, mas a família conseguiu se organizar, fez as melhorias mínimas que se apontou e a criança teve uma recuperação muito boa. Depois de alguns anos, conseguiu retirar a traqueostomia, a sonda, e estava na escola, última vez que tive contato (P10).

As possibilidades de reestruturação da família reafirmam a certeza da efetividade das ações de cuidado desenvolvidas junto ao Ser cuidador familiar, se “sabe escutar, por assim dizer, o ritmo interior de vida que ele realiza consigo [...] preservando-se através da recuperação da leveza do próprio ser-aí humano no mundo e do ser-capaz-de-fazer” (GADAMER, 2011, p. 87).

[...] a atenção na criança e na família, como norte do cuidado [...] se fala muito a questão da humanização, é isso! É olhar, ver as necessidades, ver qual é a melhor abordagem, qual é o melhor momento! Tem famílias que precisam de um tempo para absorver, entender o que está acontecendo, para se conseguir abordar alguns

aspectos que se entende que é importante no cuidado da criança. É ter essa troca de ideias com as demais equipes [...] todos são importantes na sua abordagem, cada um diferente do outro (P7).

Constata-se, nessas falas, genuína inspiração das enfermeiras por compreenderem que é preciso penetrar *ao mesmo tempo* com o outro *Dasein* em seu ser-no-mundo, vivenciando sua temporalidade, pois, na interpretação heideggeriana, o tempo é a força do ser. O *Dasein* da enfermeira busca o encontro com o *Dasein* do familiar, movimento verbalizado como um sincronismo. Desvela-se a compreensão de que a união de esforços entre as equipes cuidadoras, sendo cada qual detentora de sua função, favorece o processo de cuidado. Na compreensão do discurso desvela-se o círculo hermenêutico do cuidado.

Na interpretação heideggeriana,

não é mais o ser (ente) que é o elemento do qual surge o tempo. O tempo é o horizonte, o elemento estruturante-estruturado, organizador-organizado, transcendental-historial do ser. Não é o ser que chega como ente a invadir a esfera do ser humano, pelo contrário, toda questão do ser passa pela compreensão do ser que se dá no *Dasein*. É assim que se instaura o sentido e o mundo e a partir deles qualquer relação do ser humano consigo mesmo, com os outros, com as coisas e com os eventos. Inaugura-se, dessa maneira, o acesso à diferença ontológica pela própria hermenêutica do modo de ser do ser-aí (STEIN, 2004a, p. 82).

O movimento do pensar e repensar marca esse modo de ser do humano e imprime a concepção de iniciativas que possam trazer maior sentido para o experienciar da possibilidade de acompanhar o (a) filho (a), no caso do cuidador familiar, e para o profissional a perspectiva de favorecer a reconstrução da história de cada família em particular, diante da “nova criança”. Tal movimento compreensivo se transforma em propostas concretas relacionadas às necessidades que vislumbram como ser-no-mundo, no círculo hermenêutico que une cuidador profissional e cuidador familiar, explicitando-se como o modo-de-ser-no-mundo por meio do movimento de estar projetado e projetando que caracteriza o “ser-aí” (AYRES, 2008). A Enfermagem Pediátrica, sensível às reflexões que afloram nesse contexto, investe no processo criativo de um novo programa.

[...] o programa nasceu da necessidade [...] no momento em que nós estamos no turno assistencial não se tem esse tempo para conversar como se gostaria [...] sentar com a família, passar as orientações de como vai ser, explicar detalhadamente [...] se tu fores sentar para fazer, vai deixar de fazer outras coisas também importantes e que interferem na assistência [...] coletar um exame de urgência, a admissão de um paciente, atividades mais rápidas que esse tipo de conversa. Viu-se a necessidade de ter um momento [...] de se ter um trabalho com a família para sentar com calma, poder ouvir e trabalhar suas dúvidas (P6).

[...] as ideias foram se compondo, acontecendo [...] se pensou o quanto era importante se ter um programa de atendimento a família! No dia a dia da assistência, não se tinha o tempo suficiente de sentar com a família, conversar, orientar, ver as necessidades. Começou-se a ver que seria bom que pudesse um colega que não estivesse com as atribuições da assistência fazer esse atendimento [...] cada vez mais crianças com necessidades tecnológicas, sonda para alimentação é um mínimo, crianças traqueostomizadas, com gastrostomias, dependentes de BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure) [...] a família precisa de atendimento especializado, de suporte [...] hoje se consegue um diferencial nessa atenção mais integrada (P7).

No dia a dia, foi estudada e implantada uma dinâmica facilitadora para a realização dos momentos de encontro com as famílias, colocando em prática a proposta:

[...] se capta as deficiências, as dificuldades da família, no momento em que se dá assistência. Mas daí combinamos: “depois vamos voltar a falar sobre isso!”. E no momento em que se faz no caso a AD (Ação Diferenciada), onde temos um tempo previsto só para isso, é justamente para assim: “agora nós vamos sentar com calma e nós vamos conversar sobre tudo isso!” (P6).

Relações de cuidado autêntico são estabelecidas nos encontros mediados pelas enfermeiras no PAF. Desses encontros resultam compreensões singulares relativas às possibilidades transformadoras de crescimento pessoal e do potencial de cuidado que reside em cada familiar responsável pela criança. A narrativa da enfermeira ilustra essa compreensão:

[...] esses vínculos ficam, se propicia muitas transformações na família! [...] uma mãe, criança com perfil de doença genética, distúrbios neurológicos, respiratórios, necessidade de “n” tecnologias. Quando a mãe chegou, não sabia andar de elevador, cabeça baixa, não olhava nos olhos, muito para si [...] com o trabalho exaustivo da equipe, participando no grupo de familiares [...] depois de meses de internação, era uma facilitadora no grupo, trazia outras mães, se colocava olhando olho no olho, se empoderou! [...] foi se mostrando que ela era capaz de cuidar da filha com todas aquelas necessidades! [...] é transformador para essas famílias (P10)!

Espaços e momentos diferenciados de cuidado à família foram construídos pela Enfermagem Pediátrica ao implantar o PAF. As enfermeiras dizem que a metodologia de trabalho estudada e sistematizada prevê que em determinado período de tempo, em horário complementar à jornada assistencial, as enfermeiras dediquem tempo exclusivo para estar ao lado da família, estabelecendo o direcionamento a ser dado, numa condução compartilhada, para tratar de suas necessidades de apoio cognitivo, emocional e espiritual. Tal dinâmica permite que as profissionais possam construir relações de cuidado, em que o acontecer dos mecanismos de compreensão de cada *Dasein* possa ocorrer paulatinamente – tempo próprio

— como que aflorando na individualidade existencial de cada ser-aí, propiciando a descoberta do sentido daquilo que passa a fazer parte de seu mundo.

Ao discorrer sobre o apoio cognitivo e emocional propiciado pelo PAF, a fala sensível de uma das enfermeiras desvela o íntimo das relações dialógicas que acontecem na partilha de experiências de aprendizagem, onde todos resultam enriquecidos.

[...] a mãe conseguiu dizer um dia no Grupo de Familiares: “achei que nunca fosse conseguir cuidar da minha filha com tudo isso! Vocês me ajudaram e hoje consigo! Faço curativo, enfermeira, melhor do que tu me ensinou!”[...] digo “tu (nome da mãe) tem razão!” a atuação do enfermeiro, esse envolvimento maior, tu descobre potencialidades nessas famílias [...] o poder de resiliência que é instituído, é muito grande! Esse é o exemplo desse poder de transformação, desse trabalho que se faz, mas isso tem que ter um tempo, tempo não medido (P10).

Essa passagem do discurso de uma das participantes contribuiu para a compreensão do papel transformador do aspecto relacional quando se propõe penetrar na interioridade do outro, desde que por ele permitido e possibilitado, requerendo habilidades dialógicas genuínas, coconstruídas pelos atores no mundo do cuidado. Explicita-se o acontecer do processo de cuidado no PAF, na voz das enfermeiras.

A compreensão “de tempo não medido” (P10) revela singular aprendizagem. Acontece na esfera da intersubjetividade do momento dialógico, quando a presença e a solicitude favorecem ao outro a autonomia para alcançar seu projeto de felicidade. O desvelar da transformação pessoal da cuidadora familiar, sob a ótica desejante e exitosa da enfermeira, mostra a realização existencial de ambas. A ideia de projeto de felicidade que tem origem nas “condições contingentes da vida cotidiana, porém transcende essa contingência como uma experiência, simultaneamente afetiva, corporal e espiritual, de realização do valor atribuído à vida”, proposta por Ayres (2008, p. 165), vem contribuir. Uma vivência dessa natureza não pode ser objetivada por um tempo linear, transcorre na temporalização de cada Ser (STEIN, 2004a; HEIDEGGER, 2012).

Conhecer o principal cuidador familiar da criança requer sensibilidade do profissional e é o ponto de partida para a construção de uma história compartilhada do projeto terapêutico a ser instituído:

Tem o papel de toda a equipe, a Psicologia, Serviço Social, abordagem médica [...] mas o papel do enfermeiro no PAF é fundamental nisso tudo [...] é um cuidado respeitoso, empático, conhecendo um pouco mais, se aprofundando um pouco mais, precisa sim saber o nível de escolaridade, se a pessoa tem alguma deficiência, alguma dificuldade [...] conhecer aquele que vai ser o potencial cuidador, para daí traçar estratégias (P10).

As estratégias perpassam o auxílio para a construção de um processo de enfrentamento igualmente único para cada familiar, e por isso resulta de relações de convivência, possibilitando aflorar confiança e respeito na mutualidade que vai se estabelecendo nesse acontecer. Inicia pelo resgate das forças individuais para um processo de lutar sem fraquejar, em que o estímulo constante e reconhecimento de cada êxito obtido revigoram o desejo de “ir além”, na transcendência dessa relação de cuidado.

[...] uma pessoa que inicialmente está tão vulnerável, como essa mãe que não sabia nem andar de elevador, tu já vai começar a orientar o uso das tecnologias? Claro que não! Primeiro, ela tem que se situar onde está! [...] vincular a outras mães [...] essa questão mais solidária entre as mães se pode, de uma forma mais terapêutica, estar nutrindo isso e elas se sentem muito empoderadas quando são referência [...] ter espaço de conversa, de dentro do que aquela pessoa é capaz, de poder estar elogiando, vendo, fortalecendo aquilo que é capaz de fazer, para depois ir para orientação desses cuidados mais complexos! [...] tem que ter muita sensibilidade, para não atropelar (P10).

Apostar no sucesso prático dos espaços dialógicos enquanto recursos para atualizar os projetos de cuidado, mediados pelos profissionais da saúde ou pelos familiares entre si, constitui-se ponto-chave em propostas dessa natureza. Ayres (2008, p.164), acerca da hermenêutica heideggeriana, diz que “o Ser do humano é, ao mesmo tempo, um ‘ser-para’ e um ‘ser-com’, que a cada momento se apropria ativa e criticamente das diversas condições recebidas em seu ‘estar-lançado’, dotando-as de sentido prático”. Isso é particularmente válido ao se olhar para o potencial de enfrentamento que se renova nas famílias diante das facticidades de sua existência.

Nessa perspectiva, Wright e Leahey (2013) dizem que um olhar lançado sobre o cotidiano da Enfermagem Pediátrica assinala que famílias que vivenciam junto a seus filhos o impacto de doenças crônicas, potencialmente fatais, ou problemas psicossociais, frequentemente se sentem derrotadas, desesperadas ou fracassadas em seus esforços para enfrentar a doença ou de conviver com ela. O elogio aos recursos, competências e forças dos cuidadores familiares, por parte da enfermagem, é fundamental, pois lhes oferece uma nova visão de si mesmos. Quando as famílias transformam a visão que têm de si próprias, tornam-se capazes de visualizar os problemas de saúde sob nova ótica, movendo-se em direção a atitudes mais positivas diante do sofrimento ou das dificuldades de sua trajetória, enfrentando-as.

Depreende-se dessas reflexões que a abordagem dialógica com o familiar cuidador precisa ser planejada de forma cuidadosa. Sob esse prisma também o zelo ao tempo próprio de cada pessoa está envolvido para possibilitar, em primeiro lugar, que aquele ser único em

sua individualidade possa apropriar-se de seu poder-ser mais-próprio, e tomando consciência de si possa, em um movimento de compreensão, absorver o que lhe é comunicado. É uma complexa trama de elementos constituidores, ao se considerar o que permeia uma abordagem de aprendizagem, sendo o encorajamento um poderoso auxílio. Sucessivas transformações ocorrem nesse processo como um todo e, paulatinamente, vão se constituindo em experiências de aprendizagem significativas percebidas nas mudanças de comportamento, e quanto mais partilhadas, maior o êxito.

[...] tem todo esse tempo até a mãe se sentir capaz de começar a cuidar. Porque, às vezes, o que acontece, a tua expectativa era de um filho sadio, ou tu tinhas um filho sadio. Então, primeiro a pessoa precisa aceitar que não teve um filho sadio ou aquele que esperava, ou aquela criança não é mais a mesma, não é e não vai ser aquele mesmo filho que tinha antes. Precisa elaborar essa perda, esse luto, e isso demora um tempo (P10).

Relatos genuínos de singular sensibilidade, nos quais aflora a estética do cuidado, merecem ser revelados pelos subsídios preciosos que fornecem para o entendimento dos elementos primordiais a serem considerados para a promoção de verdadeiras experiências de aprendizagem.

Estamos com uma menina que a mãe não conseguiu ainda elaborar a perda da filha que era hígida, mas teve um sufocamento, uma aspiração e tem uma paralisia cerebral severa. Tem que fazer o luto da filha que tinha, aceitar essa outra filha com todas as limitações e cuidados [...] contexto familiar difícil, social e financeiro, para depois, ou junto com tudo isso, ir trabalhando a aceitação, fazer as orientações de cuidado, poder acompanhar, respeitar o tempo: “Tem dias que não quero fazer, hoje não me sinto bem, faz enfermeira!”. Tem que estar sensível: “a mãe não quer mais cuidar da filha!”, não é isso! Ela está precisando de um tempo, é muito pesado [...] tem que entender esse tempo (P10).

[...] uma mãe com uma menina com baixo peso, precisava colocar sonda para alimentação e a preocupação da mãe era, quando fosse para casa com a sonda, de como ela iria fazer. Então disse: “não se preocupa que nós vamos te orientar de todas as formas, e a nutrição vai oferecer a dieta e o equipamento, tudo!”. “Quando a senhora for para casa vai com todas as condições para continuar em casa fazendo”. “Vai começar a fazer conosco para ter segurança quando for para casa, e não ter dúvida nenhuma. Por enquanto vai ficar só observando, depois vamos conversar com mais calma”. E daí foi tranquilo (P6).

O acompanhamento que as profissionais do PAF desenvolvem nos momentos de aprendizagem com os cuidadores familiares possibilita o reconhecimento para o despertar das habilidades para cuidar, vencendo os desafios do novo que se revelou inusitado, com a necessidade de transpor os obstáculos via conhecimento. Tal conhecimento é construído em parceria e resulta na compreensão mútua das aptidões e condições do cuidador para a

manutenção do cuidado após a alta hospitalar da criança; requer tempo e condições facilitadoras.

Então se entende que as crianças, nesse processo de desospitalização, têm que ficar o menos possível no hospital, pelo risco de infecção, isso é de fato importante! Mas não se pode desconsiderar essa questão mais subjetiva, das necessidades do cuidador ou desses cuidadores [...] o trabalho da Enfermagem faz diferença, não só do enfermeiro, mas de toda a equipe que está ali acompanhando. Qual o objetivo: que o cuidador, saia apto para o cuidado! [...] a Enfermagem tem um papel extremamente importante, de uma forma muito direta [...] a Enfermeira precisa dar a alta (P10).

As decisões para a alta hospitalar da criança precisam ser partilhadas com a enfermeira, pois é ela quem tem o entendimento das reais condições do cuidador familiar para prosseguir com domínio necessário, até que ele esteja seguro e fortalecido. Esse movimento idealmente precisa ser definido pelo vivenciar das experiências de aprendizagem desenvolvidas nesse processo da Enfermagem Pediátrica, *das crianças e das famílias*, em interface com a visão do cuidado interdisciplinar.

[...] é papel do enfermeiro fazer esse contraponto: “essa família ainda não está preparada, ainda não tem todos os equipamentos e dispositivos que precisa em casa!”. A farmacêutica, na alta, vai estar focada mais na questão da medicação; a psicóloga, se aquele familiar está ou não em condições psicológicas de estar recebendo alta; o serviço social, como que está a organização da rede, da família, dos recursos, muito ligado também à Enfermagem, em relação ao suprimento desses equipamentos e materiais. Vejo que o enfermeiro tem essa visão global e consegue fazer este movimento (P10).

[...] é um trabalho multidisciplinar, toda a equipe fazendo o seu trabalho em si para ajudar a família e a criança no enfrentamento. É diferente de um paciente chegando a primeira vez, de um paciente que volta a doença. Ele viveu muitas coisas, ele já sabe, ele já viu outras histórias de pacientes morrendo de câncer. Volta num *outro time* [...] bastante sofridos no início e tristes, muito tristes. Mas, ninguém disse agora que não tem mais nada para fazer, vai muito da experiência como profissional, de dizer para criança: “olha seria mais difícil se a tua doença voltasse em seguida que terminou o tratamento, teria um prognóstico pior” (P6).

Reconhecer a união de saberes entre profissionais na equipe de saúde fortalece a construção dos projetos de cuidado. Busca, na ótica articulada de suas disciplinas, alcançar maior compreensão dos processos vividos pelos Seres de cuidado, porque é “a totalidade compreensiva que dá sentido existencial às demandas levantadas pelos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações, e por isso mesmo, a referência para tematizar ativamente o sucesso prático das ações de saúde” (AYRES, 2008, p. 164).

Recursos facilitadores, apontados como especificidades para a promoção do sucesso dos projetos de cuidado às famílias, adquirem, para as enfermeiras, o significado de conhecer

a família — identificando suas potenciais necessidades a partir de suas próprias manifestações —, de respeitar o tempo de cada ser, e de gerar empatia e compaixão. Não é um processo fácil, nem espontâneo.

[...] conhecer a família, é ter o suporte que necessita, respeitar esse tempo, trabalhar com empatia e compaixão, porque daí isso vem junto. Às vezes tendo o embate também com a questão mais dura do trabalho que é essa necessidade da alta breve, de alguns atropelos [...] o enfermeiro é um sinalizador e um facilitador [...] não é um trabalho banal e fácil de fazer, exige muito, muita energia do profissional, além de conhecimento, além de habilidade técnica, se precisa estar sempre muito motivado e mobilizado para o cuidado (P10).

[...] a tristeza é um sentimento que tem que transbordar, colocar para fora chorando. E, muitas vezes, é sentar do lado e ouvir, deixar que chore, mas ao mesmo tempo, temos que mostrar que se está aqui existe tratamento, é difícil, mas tem tratamento [...] Claro, quando entra nesse processo (Cuidados Paliativos) é outra história [...] ter um conhecimento de como as coisas acontecem, tu consegue ajudar mais! [...] a questão do vínculo [...] se tu já criaste um vínculo, ele permanece [...] Como dizia Saint-Exupéry: "tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas!". Se em algum momento tu teve vínculo, ele vai continuar (P6).

Construir um encontro verdadeiramente terapêutico, alcançando relações de cuidado autênticas, não é missão fácil de ser conquistada. Momentos nessa lógica valorizam a intersubjetividade pautada na valorização mútua dos sentidos da comunicação entre os Seres. Presença, como proximidade afetiva e cognitiva entre os Seres que partilham aquele momento existencial único, articulado ao conhecimento e à habilidade técnica, acionados pelo movimento de solicitude do cuidador profissional, em direção ao ser do cuidador familiar, numa retroalimentação contínua, explicita a ideia da espiral hermenêutica do projetar, projetando-se.

A formação de vínculos verdadeiros e fortalecidos mostra-se vital para uma relação de cuidado, pois garante ao Ser a segurança de se sentir respeitado em sua essência, em suas dores, em seu sofrimento, ou em suas necessidades. Vínculo é afeto duradouro essencial para o auxílio à construção de processos de enfrentamento das crises de vida deflagradas na facticidade existencial, especialmente as recorrentes em situações crônicas de saúde.

Outra característica das propostas de cuidado, em que se articulam ações de apoio cognitivo e emocional, reside no conhecimento necessário para propiciar orientações seguras e transparentes, embasando as decisões e o agir terapêutico de toda a equipe. A opção pelo enfoque multi e interdisciplinar mostra o respeito ao princípio do cuidado compreensivo, ou seja, aquele em que o ser do outro em sua totalidade precisa ser visualizado, e, para tanto, o



estar-com é essencial e vital para propiciar resultados satisfatórios, em que a confiança repercute nas decisões compartilhadas, pois todo saber é respaldado, acreditado e ofertado.

No cotidiano das mediações, no contexto do PAF vinculado à Enfermagem Pediátrica ocorrem significativas atividades resultantes de preocupações do caráter subjetivo e prático do cuidado. Verificam-se, na explicação das enfermeiras, as especificidades de algumas ações no dia-a-dia do programa:

[...] criança em condições de vulnerabilidade é fundamental essa interface com a rede de saúde [...] reuniões com Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude, como algumas vezes já se fez com profissionais de Serviço Social, do CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), então essas parcerias e esse trabalho com os outros profissionais e as outras equipes também é fundamental para tudo isso que a família e a criança nos instigam, para todas essas necessidades (P10).

[...] dar tempo no momento ali de fazer o cuidado, e voltar depois para ver se tem dúvida, permitir para o familiar fazer [...] procedimentos como sondagem, alimentação por sonda, sondagem de alívio, aspiração [...] vão aprendendo, ou se a criança não precisa procedimento, mas a observação! A criança vai para casa, entre uma quimioterapia e outra, vai cair a defesa? Nesse momento pode fazer febre; aparecer as petéquias, o que tem que fazer? [...] deixar tudo alinhavado para que dê certo [...] saiam seguros [...] vai o nutricionista, o médico, enfermeiro [...] muita informação em pouco tempo e não conseguem captar tudo [...] a importância de ter um contato continuado (P6).

Percepções singularizam as ações desenvolvidas, explicitando o cuidado como um “poder se debruçar (P10)” para, ao mesmo tempo, compreender que se pode ir além. Na transcendência reitera-se a visão que se esforça em prol do sentido da totalidade compreensiva do Ser. O sentido de poder se debruçar, desvelado no discurso a seguir, pode ser compreendido na interpretação de Heidegger (2012) como o “adiantar-se” do Ser, que no movimento circular do Ser o conduz a sempre desejar ir além de si, movido pela preocupação – que em essência é a força do cuidado.

[...] se tenho aquele limite mais rígido, “a minha tarefa é ..., se cumprir, tudo bem!”, mas assim poder se debruçar, tentar entrar um pouco mais nesse contexto geral, sintonizar com as demandas que existem, realmente o teu gasto energético para tudo isso é muito grande! Na medida em que vais entrando nessas necessidades apresentadas com envolvimento maior, corres o risco de sofrer junto com a família. Fica mais instigada a ver o que posso fazer além! Estás sempre te desafiando para dar maior suporte (P10).

Segundo Heidegger (2012, p. 861-865),

a plena visão do ser ‘circular’ do *Dasein* [...] o entender ele mesmo constitui um modo-de-ser fundamental do *Dasein* [...] esse ser é constituído como preocupação

[...] esse adiantar-se descobriu-se para a consideração existenciária genuína como-ser-para-o-final, que todo *Dasein* é no fundamento do seu ser.

Nesse processo de convívio, buscando promover suporte cognitivo e emocional às famílias, as enfermeiras percebem um revigorar dessa responsabilidade impulsionando um movimento de desenvolvimento pessoal, em que respeitar seus próprios limites é uma atitude de sabedoria.

E até onde podes ir e lidar com seus limites. Que a relação seja terapêutica e não de adoecimento, tanto para a família como para o profissional [...] os vínculos devem existir, mas às vezes essa cordinha do que é terapêutico ou não, é o difícil desafio de sempre, porque eles avançam e a gente avança também, então é um linear muito tênue (P10).

Refletir sobre as interações humanas remete ao caráter de interioridade que um encontro de presenças promove:

duas individualidades se expressam com palavras, desenvolvem um determinado número de gestos e de posturas faciais, mas a substância do diálogo não termina nesse leque de possibilidades externas, pois transcende esses limites. Com efeito, esses gestos e essas palavras se orientam, fundamentalmente, ao núcleo do ser humano, à sua interioridade (TORRALBA; 2009, p. 149).

Um destaque recai sobre as condições fundamentais do cuidador profissional, percebidas como capazes de favorecer relações de cuidado transcendente:

[...] é necessário autocontrole [...] há muitas projeções da família em relação à equipe e ao enfermeiro, como ele está ali às vinte quatro horas por dia [...] o autocontrole é entender: “isso não é para mim!”. Precisa ter isso muito presente nesse cuidado [...] é maltratado pela família, mas a família não está maltratando a enfermeira. A mãe está se sentindo maltratada com a situação, não está conseguindo elaborar a perda daquele filho que tinha, então projeta! Vejo que se tem pouco espaço para conversar sobre isso, para se capacitar [...] fundamental no trabalho com a criança e com a família: ter esses espaços (P10).

O cuidado, em seu potencial de transcendência, pode ser visualizado como suporte cognitivo, e na espiral de movimentos do *ser-com* dirigindo-se aos outros se reapropria de si (HEIDEGGER, 2012). O Ser compreendendo-se a si em suas fragilidades, percebendo que outros também sofrem imersos em suas facticidades existenciais, lançam-se a novas e peculiares aprendizagens, movimento da existência autêntica – autêntico cuidar (HEIDEGGER, 1981).

O PAF, na interface com o Programa de Proteção à Criança, envolve-se na preocupação com a capacitação da equipe como um cuidado que precisa ser especialmente

dirigido à equipe de enfermagem pela vivência prolongada que se estabelece nas 24 horas de cuidado ininterrupto.

[...] essa questão da violência intrafamiliar [...] os profissionais têm muita dificuldade de lidar com isso. A equipe do Programa de Proteção faz treinamentos fora do hospital [...] outros hospitais, na rede, na Escola de Enfermagem, mas aqui nossos profissionais parece que têm que saber como lidar, até por que se tem um programa! Tem pessoas que trabalham com isso, mas o que se vê é que é uma necessidade! O Programa de Proteção se disponibiliza a capacitar a Equipe de Enfermagem nas questões da violência (P10).

Entre as experiências que mais declaradamente colocam os profissionais da equipe de saúde em estreito convívio com a facticidade humana, estão as situações de violência intrafamiliar. Diante dessas facticidades, difíceis de serem resolvidas ou enfrentadas, algumas vezes os profissionais afastam-se para não sofrer, sentindo-se imobilizados, e entregam-se ao não agir. Ao adotarem a solicitude do autêntico cuidar, se movem em direção a “um modo que não é o de se proteger do outro, mas fazer que ele se volte para si mesmo automaticamente, buscando apropriar-se de si mesmo” (HEIDEGGER; 1981, p.41).

A promoção de aprendizagens significativas na direção da adoção de atitudes com base na solicitude para proteção à infância, tanto para os familiares quanto aos profissionais das equipes, precisa ser estrategicamente pensada:

[...] é uma aula expositiva? Se chegou a conclusão que não, que se deve partir do conhecimento que a equipe tem, vendo suas dúvidas [...] os profissionais têm uma trajetória bastante grande [...] se parte do que sabem das vivências que estão tendo, “como é que se maneja?”, “que recurso se tem?”, “como se pode estar mais atenta às questões de violência?” [...] é o que se pode estar fazendo, mas tem que ter espaços [...] e tempo também, tempo para preparar esses momentos, tempo para estar lá, e o que se vê, se é absorvido pelo cotidiano, fica mais difícil de poder organizar esses espaços [...] Espaços de capacitação para o trabalho com a família são importantes (P10).

Experiências de aprendizagens significativas requerem das profissionais que organizam as propostas de cuidado considerável envolvimento para acontecerem. Na mesma medida que requer tempo e fidelidade para acompanhar alguém na perspectiva de aprendizagem, se o cuidador estabelece ele mesmo o itinerário, “então não o acompanha, mas determina para uma direção preestabelecida. Cuidar é fazer-se corresponsável pelo itinerário, mas não defini-lo *a priori*” (TORRALBA, 2009, p. 124).

Segundo Algeri (2012), na questão da proteção aos direitos das crianças, é papel do enfermeiro educar em qualquer oportunidade e nos vários espaços de atenção, tanto intra-hospitalares quanto na comunidade. Compete-lhe, ainda, participar de grupos

multidisciplinares para, mediante estudo compartilhado, enfrentar de modo mais instrumentalizado os desafios dessa atuação frente a famílias em situação de violência intrafamiliar. Nessa perspectiva, são adotadas ações previstas no PAF, desenvolvidas por enfermeiras que integram o Programa de Proteção à Criança, representando a Enfermagem Pediátrica junto a esse trabalho interdisciplinar.

O enfermeiro é importante no Programa de Proteção, tanto no ambulatório, na Unidade de Internação, quanto na Escola de Enfermagem, por meio da professora (da Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança), que trás os alunos para cá [...] a enfermeira tem várias atividades [...] desde a admissão, na hora que se recebe o paciente e que se faz o histórico e a anamnese se observa várias coisas: da mãe a historia, que muitas vezes pode ser verdade ou pode nem ser verdade, e no exame físico se pode saber de várias manifestações (P4).

Em relação às funções da Enfermeira no Programa, a participante destaca:

[...] uma das funções do enfermeiro, a observação durante a internação é fundamental, é diferente do ambulatório [...] no passar do tempo na internação se vê como é a relação desse familiar, qual é a reação da criança [...] mas o mais importante é o exame físico e a anamnese, a observação das reações da criança, e observação das atitudes dos familiares durante a internação, das ações da Enfermagem é o principal [...] participa-se ainda das reuniões semanais da equipe (P4).

Auxiliar a criança a reconstruir-se em sua individualidade diante da crise de vida deflagrada pelo intenso sofrimento emocional de sentir-se violentada ou negligenciada, não é intervenção fácil. No entanto, o processo relacional com os familiares é permeado por presença e solicitude diante daquilo que se manifesta na convivência estabelecida a cada dia.

[...] todas as orientações aos familiares, algumas vezes a mãe que está ali não é a agressora, então precisa de auxílio também [...] auxiliar a família para poder auxiliar a criança e ver o que está precisando naquele momento, para poder fazer o bem para aquela criança. Este é o maior valor do cuidado no Programa estimular a criança para que ela consiga ter força para seguir adiante porque está em sofrimento (P4)!

Auxiliar a criança a não fraquejar e lutar para enfrentar a sua trajetória de sofrimento significa

[...] escutar o que ela tem para dizer, dar a mão para ela, conversar, encaminhar para brincar, dar carinho, isso é uma forma de dar força, deixar que se sinta protegida aqui no hospital, que aqui não vai acontecer nada de ruim com ela, então, é essa proteção que a criança está precisando nesse momento (P4).

O cotidiano do programa é permeado por desafios vários, especialmente o de reconhecer as forças da família para reconstrução de um novo caminho de cuidado à criança, ou identificar a escassa ou nenhuma condição pessoal de refazer esse complexo itinerário.

É necessário reconhecer se a família é a cuidadora, que cuida mesmo, ou se é aquela que maltrata; se tem que mostrar, porque muitas vezes não entendem que bater no filho é um maltrato, pois é a forma que foram criadas [...] tem que tentar explicar, é difícil, não é trabalho de uma internação, é uma coisa contínua! [...] se conversa com os familiares, às vezes dá certo, às vezes não dá! Às vezes se vê que não é por ali que a criança vai ficar bem (P4).

Algumas situações produzem no profissional inúmeras perplexidades, difíceis de enfrentar, mas inevitáveis. Identificar o maltrato exige discernimento, conhecimento e habilidades dialógicas e éticas. Ao refletir sobre esse panorama, Algeri (2012), destaca a ação decisiva da enfermeira, incluindo em suas ações de cuidado, além da maternagem, as propostas educativas com a finalidade de oferecer para a família outro modelo de relacionamento com a criança.

É difícil uma pessoa parar de bater, mas se tem que mostrar o que pode acontecer com o familiar que maltrata, de que forma pode agir sem bater, mostrar que, normalmente, quando bate a criança acaba sendo mais agressiva, mostrar que a criança aprende com o exemplo que ela está dando, se bate a criança vai aprender a bater [...] tens que ir vendo o que acontece na hora e direcionando para uma situação [...] não é tão mágico assim, é bem difícil (P4).

Trabalhar as forças da família significa compartilhar experiências no sentido de

[...] ver se a criança tem condições de ficar com a família e a mãe, ou não; se é uma mãe cuidadora, preparar para cuidar da criança em casa, mostrar que riscos essa criança tem, o que pode acontecer, como que tem que proceder e mostrar os recursos que a família tem para proteger a criança (P4).

O atendimento interdisciplinar do Programa faz interface com o Ambulatório:

[...] o grupo, a psicologia, recreação, serviço social, pediatras e psiquiatra atuam na internação e tem a sua função; no ambulatório tem as mesmas atribuições, só que os profissionais vêm por pouco tempo, observam a criança naquele momento da consulta e a mãe ali pode ser uma boa de uma artista, fala, fala, sai dali e joga a criança embaixo de um carro (P4).

A comparação com as atividades ambulatoriais permite constatar uma singular diferença no trabalho desenvolvido na Internação:

[...] a internação é um momento crucial, é diferente a atitude da mãe em um dia ou em quinze dias, no décimo quinto dia por mais que queira não consegue esconder o que ela realmente é, tu consegue ver se é cuidadora ou não (P4).

O PAF compõe-se de vários programas com a mesma finalidade, porém com suas múltiplas especificidades. Considerada uma iniciativa recente, o Programa de Desospitalização insere-se como uma modalidade no Programa de Apoio à Família, desencadeado pelas demandas crescentes de crianças em uso de dispositivos tecnológicos para a manutenção da vida, mais especificamente ventilação invasiva, com maior risco de desenvolver parada cardiorrespiratória.

Alta precoce para o domicílio de crianças com tecnologia, tem uma equipe multidisciplinar atendendo [...] é uma coisa que é mais recente [...] já se tem alguns pacientes que foram para casa com essa proposta, com esse acompanhamento. Temos alguns pais aguardando receber curso de PCR para poder atender [...] temos uma família aguardando que o enfermeiro venha para aprender conosco a cuidar do cateter, o pai e a mãe vão ser treinados pelo médico no atendimento básico de parada em casa, ambuzar, massagear, isso dentro daquele programa de desospitalização (P7).

A necessidade das crianças leva a inovações para propostas de cuidado, integrando a família, em atenção ao direito de não serem ou permanecerem hospitalizadas desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento (BRASIL, 1995).

Na Pediatria, temos uma organização e um olhar para isso há tempo [...] se tem todo um *now how*, eu diria assim, em relação ao processo educativo com famílias para desmistificar o manuseio com tecnologias [...] é diferente essas abordagens pensando na questão, por exemplo, da desospitalização, que tem relação ao paciente muito tempo internado e a necessidade de dar alta o mais precoce possível do hospital (P7).

A inserção da família nos cuidados à criança com doença crônica, mediante acompanhamento da enfermeira durante a internação hospitalar, é pensada com o intuito de valorizar as necessidades da criança para que possa conviver com as mudanças existenciais deflagradas pela doença e tratamento continuado ao longo da vida; e à família para que possa estar mais bem preparada para esse cuidado no domicílio.

Em relação ao atendimento à família pensando nela poder dar conta das necessidades da criança em casa, se vem num trabalho há bastante tempo! [...] a Pediatria sempre teve um tempo de internação maior em relação a alguns serviços por termos muita criança com doença crônica. Mesmo assim, sempre se vem [...] pensando quando o paciente puder ter alta, a família estar estruturada para cuidar dele em casa (P7).

Esse preparo requer condições facilitadoras para as quais a equipe também necessitou preparar-se, visando respeitar o tempo da família:

um tempo atrás nós tínhamos situações de paciente com sonda, a equipe queria dar alta e a família não sabia cuidar, não tinha material em casa, não tinha encaminhado solicitação de materiais, não estava sabendo manusear a sonda [...] foi se vendo que esse preparo tem que acontecer com o tempo. A família precisa olhar, aprender, manusear, precisa de acompanhamento até que ela vá conseguir e isso precisa de tempo, não vai ser no dia que é decidido a alta que tem que ser feito, então se começa bem antes da alta (P7).

Também foi necessário pensar no acompanhamento pós-alta da criança com tecnologias para sobrevivência e suas famílias, de modo a favorecer e manter com maior qualidade o cuidado domiciliar. Foi criado, então, o controle ambulatorial mediante Consulta de Enfermagem, iniciativas compartilhadas interserviços do Grupo de Enfermagem.

[...] se é pioneiro em várias coisas! O acompanhamento ambulatorial do PICC por enfermeira do nosso serviço que se começou a referenciar para poder dar os retornos [...] outras crianças precisam que alguém olhe em algum momento como é que as coisas estão acontecendo em relação a traqueostomia, a sondas, a gastrostomia [...] foi se organizando as Consultas de Enfermagem [...] são estratégias construídas para acompanhar após a alta (P7).

#### 6.6.2 Programa de Cuidados Paliativos

A proposta dos Cuidados Paliativos como um Programa inserido no PAF nasceu junto ao genuíno interesse movido pela preocupação em qualificar os momentos de cuidado à criança e à família em peculiares situações de extrema vulnerabilidade — situações da morte e do morrer de uma criança. Mas também nasceu suscitado pela constatação de que a equipe que cuida desses Seres também necessita ser cuidada.

Não existia um trabalho para as famílias de cuidados paliativos. Não só para as famílias, para criança, mas para a equipe [...] morria uma criança, a equipe se desmontava [...] tivemos uma situação de perda na equipe [...] chamei o grupo para uma reunião, trouxe uma música que falava em despedida, começaram a se colocar no lugar [...] pode acontecer conosco a vulnerabilidade [...] enquanto está acontecendo com o outro, parece que é longe, naquele momento ficou muito próximo. Vimos o quanto foi importante esse movimento e de que forma poderíamos ajudar as famílias, permitindo que chorem, ter um momento que possam sentar e conversar! Foi um aprendizado para todos nós (P6).

[...] se precisa compreender melhor a questão do cuidado paliativo [...] tem que amadurecer como abordar, dessa família entender, aceitar e que caminhos que se tem que tomar junto com eles para as coisas serem um pouco mais fisiológicas para essa evolução, sem que se agregue tanto sofrimento a essa criança e à família!

Quanto mais se prolonga esse sofrimento, mais essa família sofre, e nunca está preparada para a perda, e é muito complicado [...] isso também se precisa amadurecer mais (P7).

Nasceu dessa lacuna na assistência à criança, família e equipe, a especificidade de uma proposta sensível à trajetória de sofrimento diante das situações da morte e do morrer.

[...] pedi para fazer parte da AD (Ação Diferenciada) do Programa de Apoio a Família e que se fizesse um trabalho direcionado para essas famílias. A partir daí ele existe dentro do Programa de Apoio a Família em específico nos cuidados paliativos. E foi assim que surgiu, de uma necessidade da equipe de ver que realmente precisávamos estudar sobre isso e trazer para a realidade. E hoje existe (P6)!

Pode-se constatar, no depoimento, um desejo de apropriar-se de um conhecimento que vem aliado a uma necessidade vital para a enfermeira. Tal essência de buscar entregar-se a uma ação de cuidado específica na área da paliatividade na infância teve origem em uma lacuna, marcadamente percebida pela equipe, especialmente de enfermagem, para qualificar o cuidado, assumida pela enfermeira. Ayres (2008) aborda essa responsabilidade como uma paradoxal experiência. Diz que uma situação que envolve sofrimento, dor, ou limitação pode representar a alguém, em algum momento de sua trajetória, uma perspectiva de busca da felicidade, especialmente se aliado a esse movimento do Ser residir a compreensão de que é possível favorecer ao outro transformar-se para poder enfrentar a situação, mediante apoio.

Auxiliar as famílias no enfrentamento da possibilidade iminente da perda do (a) filho (a) é a tônica dessa proposta de cuidado.

[...] os cuidados paliativos, a cura não é para todos ainda, temos que cuidar dessas crianças até o momento do processo da morte e do morrer [...] fui estudar sobre isso [...] abre um leque de reflexões sobre a vida [...] se trabalha muito com a família em si, com os sentimentos da família da perda daquela criança e de como enfrentar “juntamente” esse processo paliativo com a criança que está viva, ainda ali presente, precisando dos cuidados até o momento da morte! [...] tem uma aproximação forte com a família (P6).

Peculiar aprendizagem emerge ao Ser cuidador quando compreende que a ajuda requerida pela família vai exigir um longo ou árduo percurso de laços compartilhados, em um caminho de solicitude ao sofrimento vivenciado. A solicitude é expressa aqui com sentido de proximidade na ação de cuidar, que se revela na superação da distância espacial para reafirmar a proximidade ética (TORRALBA, 2009). A proximidade é exigida diante de concepções que permeiam a intimidade humana de que a morte é uma situação inevitável, mas tão longínqua que, ao se tornar presente ou possível, abala fortemente a estrutura



humana. Acerca da questão da morte e seu significado para a vida humana, Gadamer (2011) diz que é necessário entender a repressão da morte como comportamento humano adotado para com a própria vida, de modo que as pessoas gravemente enfermas, ameaçadas de morte, se apegam à vontade de viver, numa linguagem inconfundível.

Aproximar-se do sentido da vida favorece transformar com humanidade a experiência existencial da vida que finda. Desvela-se, no discurso, a essência dos cuidados paliativos:

no cuidado paliativo [...] se pode dizer: “agora nós chegamos num momento que não tem mais como oferecer a cura, mas nós vamos cuidar dessa criança! E o cuidar é dar qualidade de vida nesse tempo, sem interferir muito em propor procedimentos muito invasivos, que vão trazer desconforto para o paciente ou mais tempo internado longe da família. Então, tem algumas coisas que norteiam esse processo (P6).

O tempo que se revela nos momentos derradeiros da existência adquire conotação de infinito, enquanto existência que *ainda é*. Heidegger (2012, p. 723) diz que “a morte é a possibilidade mais própria do *Dasein*”. E quanto ao fenômeno da morte, esclarece que

a morte é a possibilidade da impossibilidade de todo comportar-se para... de todo existir. No adiantar-se nessa possibilidade, ela se torna ‘cada vez maior’, isto é, ela se descobre como tal, já não conhecendo medida alguma, nem maior nem menor, mas significando a possibilidade da impossibilidade imensurável da existência (HEIDEGGER, 2012, p. 721).

Momentos peculiares de uma proposta que lida com um dos aspectos mais difíceis de serem vivenciados, tanto pela criança quanto pelos cuidadores familiares e profissionais, os cuidados paliativos na infância são desvelados por uma das participantes, sob as lentes da criança:

[...] para criança, que tem outra visão da morte, o importante é estar com a família. Se a mãe está ali, o pai e os irmãos ou ela está indo para casa, dependendo das condições dela [...] no cuidado paliativo é isso, vai internar no momento em que realmente precise. Vai-se fazer de tudo para que a criança fique muito mais tempo em casa, o que conseguir ficar no seu núcleo familiar! Vai vir realmente para acertar alguma aresta: ou estava com dor, vomitando. Mas quando melhorou, volta para casa de novo (P6).

O olhar que é sensível à criança, por si só já privilegia que os espaços que a acolhem no hospital sejam dotados de familiaridade e ludicidade. Nos cuidados paliativos reafirma-se essa preocupação, pois “os cenários anônimos obstaculizam o processo de cuidar. Os objetos familiares e as paisagens habituais, por outro lado, facilitam o cuidar” (TORRALBA, 2009, p. 143).

Na convivência com as crianças em cuidados paliativos e suas famílias, aflora peculiar sensibilidade, a qual capacita constatar que os familiares, e também a criança, vivenciam momentos diferenciados em sua trajetória de sofrimento. Caracterizam-se por modos específicos de reagir às dificuldades, sendo indispensável reconhecer cada fase vivenciada de modo a ofertar a atenção requerida.

[...] como no início às vezes, se a mãe não aceita e fica com raiva, fica num processo de introjetar o que está acontecendo. Quando entra na barganha: “Não, eu vou fazer o tratamento, ele vai ficar bom!”. A criança entra noutra sintonia. Vai muito de como a criança age com relação à mãe [...] principalmente os pequenos [...] o trabalho com a família é fundamental! E aí cada fase é uma abordagem [...] quando voltou a doença é uma, quando é no “paliativo” é outra (P6).

[...] pais que têm problemas lá fora e trazem aqui para dentro [...] não conseguem ser cordiais, é uma problemática deles, tem que entender [...] dar atenção à criança e à família, às vezes o desfecho é trágico, mas é vida o que aconteceu [...] para a família, é importante nessa hora, darmos o direcionamento: o que fazer, deixar expressar seus sentimentos, suas colocações, tem toda aquela fase durante a negociação da doença, fases todas que a pessoa passa, que são vividas junto com a criança (P3).

O estreito convívio com a criança e à família, propiciado pelo desenrolar das atividades criadas no Programa de Apoio, pode favorecer e transformar adversidades em modos de enfrentar. O encorajamento para enfrentar sem fraquejar é um processo contínuo durante a trajetória de sofrimento. Não é um processo fácil, nem espontâneo. Requer esmero por parte do profissional para continuamente resgatar forças interiores das crianças e das famílias para a superação da crise de vida deflagrada.

Trabalhar com a questão da coragem e da luta [...] depende muito do que é dito para esse paciente como proposta. E isso é uma coisa que a equipe tem em conjunto assim de: “vamos lá!, vai dar certo!”. É difícil, mas tem chance. Esse *start* sinalizando que tem esperança. Que existe o que fazer [...] Vamos acreditar (P6)!

A esperança é uma expressão da solicitude que tem como essência a transmissão da coragem, indispensável para transformar a dor e o desânimo em um processo de lutar sem fraquejar. Nessa trajetória, acompanhada lado a lado pela enfermeira e pela equipe de saúde, alguns momentos mostram-se particularmente difíceis, quando ocorre a recidiva da doença e confirma-se o prognóstico reservado.

[...] um bebê, a mãe grávida, hemograma com 60% de blastos [...] isso torna o prognóstico muito ruim [...] a mãe tem que saber desse momento em que o bebê não está bem, mais o sofrimento [...] pode não estar vivo quando o outro bebê nascer, a família estava apostando na doação, de poder coletar as células do

cordão! De que forma isso vai ser conversado com ela? A enfermeira e a Psicologia participam. Provavelmente ela vai chorar [...] mas somos como uma família, todo mundo cuida, está em volta e de alguma forma tentando ajudar (P6).

[...] os familiares, muitas vezes, vão adiantando o que já sabem que vai acontecer [...] principalmente, os pacientinhos da oncologia [...] bem complicado, as leucemias, todos os tipos de câncer que se enfrentou junto com as famílias [...] importante ter esse vínculo para poder explicar para as mães, e quando chegava naquele momento derradeiro, era muito difícil, mas sempre se conseguiu auxiliá-las a superar tudo isso (P3).

Quando a cura não é mais possível, o cuidado, por sua vez, assume completo vigor. Na percepção das participantes, a forma como a família reage na trajetória de sofrimento diante da perspectiva do prognóstico reservado ou da morte, é assimilada pelas crianças. Quando a família transforma positivamente suas atitudes, o processo de convivência da criança com as mudanças existenciais decorrentes é facilitado. Essa compreensão impulsiona esforços adicionais ao cuidado à família, que se mostra o elo da criança com o mundo do hospital, sem perder as conexões com o mundo que lhe é familiar.

[...] até que vai chegar numa internação que daquela, não vai ter alta [...] aí o trabalho é muito mais com a família [...] dificilmente uma família conta para a criança, quer que a equipe conte [...] quando consegue trabalhar as questões com a família, é como a criança vai responder (P6).

[...] durante o recebimento de um diagnóstico, com mau prognóstico [...] Antigamente se escondia, dava um tempo, se pensava que a família podia interferir negativamente, não podia saber. Hoje não, é tudo abertamente falado. As pessoas sabem, ficam superinseguras inicialmente, mas se vai conversando. O que os familiares fazem muito é questionar todos os profissionais separadamente, para ver o que as pessoas vão dizer [...] mas, se sabe até que ponto se pode explicar alguma coisa em relação à doença [...] A maioria dos pais sabe de exames, o que isso representa, para que é a medicação, o que acontece, os efeitos colaterais [...] tem que se estar sabendo, estar consciente para trabalhar junto à família (P3).

Tal entendimento emerge do reconhecimento da responsabilidade para a construção compartilhada dos mecanismos de enfrentamento dos familiares cuidadores. A responsabilidade respalda-se na compreensão de que recursos facilitadores precisam ser proporcionados e dizem respeito a tudo o que dá suporte aos familiares para que não esmoreçam frente a tantas adversidades que afloram ao constatarem a fragilidade da condição humana. No processo de enfrentamento das adversidades, auxílios poderosos fazem-se presentes e se constituem na esperança, na fé em Deus e na espiritualidade.

No cuidado paliativo entra muito forte a religiosidade [...] no início, tem aquela questão de brigar com Deus, mas, depois desse momento, no final é importante dar um significado para o sofrimento, o que vai acontecer com a alma e o espírito da criança depois da morte. A família precisa fortalecer a sua fé para poder enfrentar

e sentir que pode seguir em frente! Vai ser doloroso? Vai. Mas, vai conseguir! Às vezes, são casais jovens, tem outros filhos, precisa permanecer juntos, cuidando do restante dos filhos. É importante que a família, esse núcleo familiar seja mantido (P6).

Ao lado deles (familiares)! [...] se dá um conforto muito grande para a família no momento difícil [...] se são pacientes que já foram nossos e acontece na UTI [...] se acarinha a família, se chama para junto da gente. Quando acontece conosco se dá o tempo que a família precisa, e se conversa [...] o plantão vem, atende a ocorrência, consoma a situação [...] não digo que ele não tenha palavras adequadas, até tem, mas é uma coisa mais técnica. A enfermeira é que faz essa parte mais espiritual, de ficar junto, de dar apoio. Isso é bem importante, não é todo mundo que consegue fazer (P3).

Para o cuidado ao Ser, em situações de vulnerabilidade, é fundamental conhecimento profundo, mediante uma análise pormenorizada da realidade vivida pelo Ser que sofre, e a partir dessa informação o cuidador precisa promover a esperança, mas quando não é possível dirige a ação de cuidado a auxiliar a aceitar a situação e construir sentido a partir de suas convicções e crenças (TORRALBA, 2009).

A aprendizagem que emerge desses momentos de extrema dificuldade, que acompanha a construção de um processo de aceitação de que a morte é inevitável, por outro lado desvela uma experiência paradoxal que é a aprendizagem pelo sofrimento, igualmente vivida por cuidadores familiares e cuidadores profissionais. Nesse aspecto, os ensinamentos da ontologia filosófica, em que o “adiantar-se” do Ser tem o sentido de projetar-se na existência, esclarecem:

o adiantar-se que-se-torna-livre para a própria morte liberta da perda nas possibilidades fortuitas que nos advém, de maneira que faz entender e escolher pela primeira vez propriamente as possibilidades factuais que se antepõem à possibilidade insuperável. O adiantar-se abre para a existência, como possibilidade extrema, o dom-de-si, e rompe assim toda rigidez da existência (HEIDEGGER, 2012, p. 725).

Compreende-se, em Heidegger (2012), que a experiência paradoxal de sofrer e enfrentar constitui-se em possibilidade de abertura do Ser para a existência autêntica, em que a experiência de crescimento interior e amadurecimento pessoal é a consequência principal desse movimento, com significado de ser livre para uma existência transformadora, dotando-a de fluidez e flexibilidade.

Para a Enfermagem Pediátrica também é um desafio cuidar das crianças nesse momento peculiar. As participantes desvelam a compreensão que mudanças de comportamento das crianças decorrem da forma de os familiares se posicionarem e enfrentarem a doença a qual é captada pelos filhos e filhas. As enfermeiras e as famílias

alcançam a compreensão de que a criança/adolescente também precisa ser ouvida (o) e respeitada (o), pois é capaz, durante o curso da doença e tratamento, de aprender a conhecer suas próprias reações.

[...] no adolescente isso é muito mais difícil porque quando ele sente, sabe muitas vezes o que está acontecendo com ele. Muitas vezes ele quer abrir, mas não permitem que ele fale [...] na verdade, tem que respeitar (P6).

Nesses peculiares momentos, o discernimento propicia o diálogo dirigido e fundamentado a partir da compreensão das manifestações da criança, adolescente e famílias, pois o comportamento de ocultar,

provavelmente, pertence à relação descrita entre vida e repressão da morte de que o saber do próprio ter-de-morrer permanece como que encoberto, mesmo quando se fixa lentamente como um saber interno muito profundo no ser humano na medida em que ele se desenvolve (GADAMER, 2011, p. 72).

A experiência revela momentos de cumplicidade entre a profissional e as crianças e adolescentes:

[...] quando abre uma brecha, às vezes eles dizem: “tia, eu sei o que tenho, o que está acontecendo comigo, mas a minha mãe não quer que eu fale!”. E como são muito verdadeiros, eles já sabem, mas não falam mais no assunto. Não se está enganando ninguém (P6).

Sob a ótica da participante, as percepções e reações dos adolescentes sobre a terminalidade ou morte são de que eles buscam as informações acerca de outros adolescentes que vivem situações semelhantes. Ao compreenderem que o desfecho final aconteceu, na maioria das vezes resguardam-se e sofrem calados.

[...] um paciente foi para UTI e morreu na UTI. Eles viram toda a movimentação. Ou, então, quando eles não viram: “cadê o fulano?”, “foi para a UTI”. Não se fala que foi para UTI porque não está bem, nós damos sinais de que tem alguma coisa errada acontecendo. Mas, às vezes, ficam sabendo, na maioria das vezes são os pais que contam que um morreu [...] É muito interessante, mas eles não perguntam mais (P6).

Por meio da revelação do que acontece na interioridade dos momentos dialógicos estabelecidos entre crianças, adolescentes, famílias e equipes pode-se alcançar a dimensão da existência de uma tendência repressora, como diz Gadamer (2011), aos assuntos sobre a

morte, deslocando a experiência da morte para a margem da vida. Assim, encontra-se no mistério da vida e da morte uma fronteira intransponível:

nessa fronteira há a expressão de uma verdadeira solidariedade entre todos os seres humanos, porquanto todos defendem o mistério como tal. Aquele que vive não pode aceitar a morte. Aquele que vive tem de aceitar a morte. Nós somos caminhantes da fronteira entre esse mundo e o além [...] mas, sobretudo, ter-se-á de esperar que a filosofia possa pensar o ser humano perante a morte (GADAMER, 2011, p. 74).

Pensar o Ser criança perante a morte colocou a Enfermagem Pediátrica, especialmente a enfermeira mentora da proposta do Programa de Cuidados Paliativos, no “ser-com” sua própria equipe e a equipe de saúde, a aprimorar continuamente o olhar para a interioridade do tema e os questionamentos filosófico-existenciais dele decorrentes. Nesse fluxo de indagações e reflexões diante da finitude e da fragilidade da condição humana, emerge a compreensão de que para muitos desses questionamentos não se pode obter as respostas que se almeja. Paradoxalmente, entre os Seres no mundo do hospital, revigora-se a certeza de que esses momentos compartilhados são únicos e deles é possível emergir a consciência que não estão sozinhos na dor, o que, por sua vez, promove sentirem-se mais fortalecidos.

Na intimidade dos momentos de cuidado na finitude, a preocupação com o conforto e o bem-estar acontece não só para a criança, mas também à família.

[...] o que demonstram querer é a presença da família! Se proporciona que venha os irmãos, amigos, outras pessoas da família. Coisas que não fazem parte da dieta do hospital, tudo é permitido [...] no processo de finitude, ficam mais dormindo, não conseguem mais se alimentar. É outro momento em que eles ficam quietinhos e procuramos deixá-los num quarto individual para que tenham com a família mais privacidade, poder dormir a hora que querem, fazer o que desejam, trazer o mundinho deles (P6).

Preservar os outros pacientes da unidade da visualização das vicissitudes desses momentos derradeiros da existência também é zelar pela integridade emocional e espiritual das crianças.

[...] proporciona-se algumas coisas que na enfermagem fica difícil e para que as outras crianças também não vejam [...] Têm pacientes que morrem tranquilos, como estivessem dormindo, outros tem sangramento, ou crise convulsiva [...] para o paciente que está do lado ver isso é muito difícil (P6)!

“Encarregar-se do outro provém da vulnerabilidade humana e esse encarregar-se se expressa no sofrer pelo outro”, diz Torralba (2009, p. 63), o que, concomitantemente, desperta

o Ser cuidador para transcender sua própria dor em reconhecimento à dor do outro. E essa atitude de ‘tomar para si’, adiantar-se para ‘seu poder-ser mais-próprio’, lhe confere possibilidades de agir de modo autêntico, impulsionado pela preocupação, conforme Heidegger (2012). Nesse sentido, são deliberadas ações de cuidar em prol da promoção do conforto possível nos momentos de finitude:

[...] nos momentos finais estão num processo que já tem muita dor. Começa pelo sedativo, entram numa sedação um pouco mais pesada. Passam a maior parte do tempo dormindo, para perder um pouco da memória [...] não lembrar muito de tudo (P6).

O controle da dor vem a ser um cuidado solicitado e ofertado com a máxima consideração à dignidade do Ser. Manifestam-se nas expressões da família e da equipe “como-modo-de-ser-no-mundo” intimamente envolvidas com a criança no universo totalizante, no partilhar em proximidade de suas existências, imprimindo a preocupação de colocar o ser em liberdade, preservando-o da dor corporal, emocional e espiritual. O cuidado é percebido como unidade totalizadora na solicitude ao Ser total e singular.

É uma preocupação de todos na equipe, e isso é muito forte! Porque a primeira coisa que a mãe pede é que: "meu filho não tenha dor". É uma coisa que mobiliza muito. É muito difícil para a família acompanhar o paciente agonizando [...] até a analgesia fazer o efeito desejado, às vezes o paciente fica ainda muito ofegante ou como se fosse uma disfunção respiratória ou com dor, até acomodar. Mas é feito todo o atendimento e muito discutido com a família (P6).

O envolvimento da família em todas as decisões de modo compartilhado com a equipe cuidadora representa cuidado para com a família. Emerge como um respeito à garantia de que o fio condutor de ter a família presente e inserida na Permanência Conjunta ao lado do (a) filho(a) seja um norteador vital a acompanhar os Seres de cuidado em toda a sua trajetória no mundo do hospital, incluindo os momentos derradeiros da existência. Acima de tudo, igualmente significa cuidado, não abdicar de conduzir as decisões que competem à equipe de saúde em preservação à dignidade humana da criança e da família.

A família participa de todas as decisões, mas com o cuidado da equipe de não propor ou fazer coisas em que vai prolongar o sofrimento da criança e submetê-la a algo invasivo que não vai levar a cura. Nesse ponto a equipe médica tem que ser firme [...] fica muito pesado deixar essa decisão na mão dos pais (P6).

Na esfera dos cuidados paliativos, o limiar é muito tênue entre o que precisa ser realizado e o que pode ser postergado, condição que leva à equipe de saúde a profundas

reflexões, mas resulta em peculiar aprendizagem: a importância das decisões em sua totalidade serem conduzidas em equipe e não postergar o sofrimento da criança.

[...] a preocupação da família nesse momento é não deixar de fazer alguma coisa e a da equipe é de colocar um limite do que é possível! O fio da navalha do cuidado e muitas vezes tem que ser uma decisão da equipe como um todo [...] é tão difícil ao médico [...] estão muito vinculados àquele paciente, e de querer fazer tudo. E às vezes “o tudo” é colocar essa criança fazendo coisas sem necessidade [...] importante o olhar de uma pessoa que não está tão envolvida para não permitir sejam feitos procedimentos que possam postergar o sofrimento (P6).

A Enfermagem Pediátrica reposiciona-se mediante desenvolvimento pessoal e profissional adquirido na caminhada ao lado das crianças em cuidados paliativos e suas famílias, e constrói estratégias dialógicas para auxílio ao enfrentamento da terminalidade da criança, na busca partilhada com a família pelo sentido da existência.

[...] o ser humano precisa dar significados para conseguir enfrentar! É importante para a família encontrar algum significado para o sofrimento e entender que quando chega no momento da morte, mesmo não desejando a morte do filho, mas sim, o término do ciclo de sofrimento, porque, muitas vezes, não estão mais vendo o filho ali. Não estão mais encontrando aquela criança que brincava, sorria, carinhosa, cheia de vida. Aquela criança não existe mais. Mas tem muito sofrimento! [...] questão que vem à tona nesse momento em que tem que parar, sentar e conversar (P6).

Estudando e repensando formas de favorecer a família a encontrar sentido nos momentos de intensa dor vivida, de modo a não esmorecer e enfrentar, a participante relata a utilização de um recurso durante os momentos dialógicos que proporciona na interioridade do Programa, quando descortina junto às famílias questões sobre o viver e o morrer. Utiliza a leitura de uma história para alcançar seus propósitos de maior conforto e bem-estar às famílias em sua trajetória de dor e sofrimento.

[...] partiu de uma ideia de um livro dentro dos estudos do nosso grupo. Dr<sup>a</sup> Elisabeth Kubler Ross conta que uma família que a procurou, pediu ajuda porque o menino estava morrendo e precisavam contar para o menino [...] então, escreveu uma historinha [...] uso essa historia como uma porta de entrada para começar a conversar esses assuntos sobre a morte e a vida com a família, que nesse momento são importantes! Nesse momento, muitas vezes, porque se lá no início eles brigaram com Deus... a questão de “porquê comigo?”, eles conseguem resgatar! Como diz a doutora Saunders: “o sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida” (P6).

A participante relata que o partilhar das reflexões acerca da vida, da morte e do morrer, possibilitado pelo diálogo por meio da história é revelador. Transformações pessoais



são acionadas e desvelam a construção de um processo de enfrentamento, mediado pelo cuidado solícito que favorece ao Ser do cuidador familiar uma aprendizagem pelo sofrimento. Heidegger (1981) considera esse processo do Ser como o assumir de seus próprios caminhos em direção ao crescimento interior e amadurecimento pessoal, condições igualmente experienciadas por aquele que cuida. A história revelada explicita a dimensão intersubjetiva de apoio possível:

[...] a história de Douge, “a história da borboleta”, conta acerca dos ciclos da vida, o dia e a noite, as estações e encerra com a questão da borboleta [...] uma analogia: o corpo físico seria o casulo, e o espírito a borboleta que com a morte estaria livre do sofrimento [...] o sofrimento e a dor estariam no casulo. E depois partiriam para Deus, de volta para Deus. Não fala especificamente numa religião, mas fala na espiritualidade [...] todos somos físico e espírito, e o espírito é eterno. Em todas as religiões isso está incorporado, independente de acreditar em reencarnação ou não, tem o corpo físico e o espírito (P6).

A equipe de enfermagem solidariza-se com a dor da família e constrói uma rede de apoio continuamente presente e solícita aos anseios acerca das questões filosófico-existenciais que permeiam esses momentos diante da terminalidade da criança.

[...] Durante o dia [...] e a noite quando a criança dorme [...] as próprias colegas falam: de noite a mãe quis conversar sobre isso, ou aquilo, não consegue dormir e fica pensando [...] o grupo todo estudou e se preparou para isso (P6).

As enfermeiras tornam-se corresponsáveis pela continuidade no devir desse cuidado solícito e intercambiam informações com a enfermeira responsável pelo Programa.

[...] posso nortear combinações que fiz com a família. Se deixa por escrito e se passa no plantão, olha: com tal família eu combinei tal coisa, para que as colegas deem continuidade [...] na passagem de plantão da noite para o meu turno, me dão o retorno: “olha, a mãe está com medo disso, daquilo”. Aí eu continuo trabalhando [...] na minha Ação Diferenciada (P6).

A construção de uma rede de cuidado em equipe de saúde constitui-se ponto-chave nesse enfoque:

[...] durante esse processo, todos os dias se está percebendo algumas coisas [...] se sei que poderá acontecer o óbito no final de semana, se deixa as coisas organizadas com o serviço social para auxiliar no processo [...] envolve as coisas da equipe também. E é fundamental porque os familiares mesmo dizem: “na hora eu não iria ter cabeça para tal coisa!”. A maioria deles é do interior e precisa dos serviços da prefeitura [...] se deixa essas coisas engatilhadas, vão funcionar (P6).

O apoio requerido pelas famílias também se configura em questões práticas que exigem organização e reorganização no tempo, antecipando providências necessárias aos momentos derradeiros da existência:

[...] isso tudo fomos organizando, conforme a necessidade foi aparecendo e vendo de que forma se poderia fazer melhor. Essa questão do transporte, de voltar para a sua cidade. Mas ai, “puxa a criança nem morreu e vocês estão trabalhando essas questões!”. [...] desde que uma criança morreu sexta feira de noite e ficou o corpo no Morg até segunda porque a família precisava do serviço da prefeitura que fechava em horário comercial [...] a partir do que foi acontecendo e se visualizou na época (P6).

O cotidiano da experiência no Programa é desafiador. Afloram sentimentos de tristeza na equipe cuidadora, pois as relações de intersubjetividade com as crianças e suas famílias são construções de longa duração, em um tempo de convivência, muitas vezes marcado ora por sucessos, ora insucessos na trajetória existencial, conferindo vínculos duradouros aos sentidos humanos.

Toda equipe fica muito triste porque não é uma coisa que se gostaria de estar vivendo [...] os próximos acontecimentos se sabe que não vai ter volta! [...] todo um movimento que deixa assim uma água fria na equipe! A gente também sente isso (P6).

A participante manifesta a inexistência de um enfoque formal e sistemático em atenção emocional ou espiritual à equipe cuidadora frente às vivências em cuidados paliativos. A equipe se solidariza internamente nos espaços já existentes, como os *rounds* e discussões interdisciplinares, dialogando entre si. A enfermagem busca nutrir a sua equipe de profissionais e mantê-la atualizada em relação às condutas pensadas e tomadas.

[...] não há um trabalho sistematizado de apoio para a equipe [...] se discute muito em *round* [...] os enfermeiros e sua equipe e entre os técnicos [...] procuro chamar o técnico de enfermagem e explicar a situação em que o paciente se encontra, colocar questões fundamentais para aquele momento com aquela criança. Situar o que está acontecendo e quais são as propostas (P6).

As famílias, mesmo diante de tanta dor vivenciada com a perda da criança, retornam para manifestar percepções e sentimentos de gratidão e reconhecimento pelo cuidado recebido.

Tanto que desse tempo todo, nenhuma família que perdeu o paciente, voltou para fazer queixa da equipe. Muito pelo contrário. Eles voltam para agradecer, numa maneira de dizer o quanto foi importante (P6).

[...] é uma filosofia do serviço [...] se tem esse perfil e isso é muito importante, porque é uma hora difícil! [...] ficar junto, amparar a família e mostrar que se respeita aquele pacientinho que faleceu e dar todo cuidado [...] ficam assim comovidos, agradecem e se pensa como que conseguiram se manter firmes! [...] penso que conseguiram porque se conseguiu transmitir para eles aquela segurança, porque naquele momento não tinha mais o que fazer, a não ser uma decisão lá de cima [...] tudo que podia ser feito foi feito (P3).

Os ensinamentos de Heidegger (2012, p. 729) sobre a morte e o significado da morte para a existência podem ser assim compreendidos:

na angústia o *Dasein* se encontra ante o nada da possível impossibilidade de sua existência. A angústia se angustia pelo poder-ser do ente assim determinado [...] o adiantar-se do *Dasein* pura e simplesmente o singulariza e, nessa singularização de si mesmo, faz que ele se torne certo da totalidade de seu poder-ser; a esse entendimento-de-si-mesmo do *Dasein* a partir de seu fundamento pertence o fundamental encontrar-se da angústia. O ser para a morte é essencialmente angústia.

Os discursos revelam que as enfermeiras compreendem que, apesar do sofrimento vivenciado durante o acompanhamento da situação da criança e da vivência hospitalar, os familiares vão, gradativamente, atingindo uma nova compreensão da sua própria experiência, adotando modos mais positivos de enfrentar os desafios. Na luta para preservar sua integridade pessoal adotam mecanismos próprios, determinados por suas percepções e reflexões diante dos acontecimentos. No entanto, esse processo pode ser favorecido quando elementos facilitadores são associados para que não esmoreçam diante de tantas adversidades. As participantes reconhecem que tais recursos se apoiam no suporte cognitivo, emocional e, inclusive, espiritual que as relações interpessoais com outros que sofrem ou estão juntos nesta situação podem proporcionar. Percebem-se, igualmente, mais ativas e impulsionam-se a qualificar os encontros dialógicos, nessa busca partilhada para o enfrentamento.

Para Heidegger (2012) as questões da morte são sobremaneira vinculadas à questão da vida e do poder pessoal que o ser humano resgata, por perceber-se um Ser finito. Enquanto ser finito compreende-se como “ser-no-mundo”, transformando-se continuamente em um movimento de transcendência que caracteriza a vida humana, para apropriar-se de seu próprio sentido. Ao resgatar seu poder Ser, em uma experiência de aprendizagem pelo sofrimento, experiencia crescimento interior e amadurecimento pessoal. Tal experiência é igualmente vivida, em sua singularidade, por quem partilha essa trajetória – crianças, famílias e cuidadores profissionais.

### 6.6.3 Programa de Cuidado com cateteres e PICC

Em Pediatria a exigência de habilidade para os cuidados e manejo com acessos vasculares são maiores, devido à característica e à fragilidade desses pacientes. Também a obtenção e manutenção de acesso venoso são frequentemente difíceis e representa um desafio para os enfermeiros pediátricos e a equipe de enfermagem, pois crianças internadas por longos períodos, muitas vezes precisam de um bom acesso vascular para o sucesso de seu tratamento (SANCHES, 2013).

A criação desse Programa veio atender à necessidade de qualificar o cuidado às crianças, especialmente àquelas submetidas a longos períodos de tratamento intravenoso. Teve origem na capacidade criativa das enfermeiras, no movimento de abertura para integrar novas tecnologias, com potencial de propiciar à criança suportar procedimentos terapêuticos necessários à recuperação de sua saúde, com maior segurança, menor risco de infecção e maior durabilidade e permanência dos acessos venosos.

Para Ayres (2008), o cuidado pode ser também entendido na perspectiva de uma sabedoria prática, no sentido de estar intimamente relacionado aos saberes tecnocientíficos sem, no entanto, significar apenas o domínio de uma habilidade, mas, transcendendo essa condição, colocá-la no exercício de ações escolhidas como o melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade considerado necessário naquele momento.

[...] em relação a cateteres, na verdade, tem a questão de trabalhar com criança, mas também de estar muito atualizado, no que está acontecendo e nas oportunidades que se tem [...] procurando estudar, entender e ver [...] nunca tinha ouvido falar em cateter central por inserção periférica, até que num grupo de trabalho do Suporte Nutricional, se estava lendo uma portaria que falava do enfermeiro inserir PICC, e todos me perguntaram o que era? Disse “nunca ouvi falar, mas vou atrás, vou descobrir!” (P7).

A estruturação de um grupo de trabalho e estudos do PICC tornou-se fundamental, objetivando e sistematizando as atividades numa Ação Diferenciada com tal finalidade.

[...] tive a felicidade de encontrar colegas que tinham a mesma curiosidade, vontade de ir atrás e buscar [...] enfermeira da Neonatal e uma enfermeira da UTIP [...] se começou a formar um grupo, a chamar colegas, desde o início se procurou integrar as quatro unidades! O primeiro grupo de estudos éramos uma enfermeira de cada unidade [...] em 1999, 2000 andou mais com as palestras e com o uso, experimentando o cateter, esse grupo sempre muito estimulado! E em 2000 criamos a ação diferenciada, com mais disponibilidade para poder atuar e tempo para fazer essa busca (P7).

Em vista disso foi necessária a instrumentalização de um número maior de enfermeiros para a inserção do PICC e sua manutenção em crianças internadas nas unidades do HCPA. O HCPA, em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ao longo dos anos vem desenvolvendo Cursos de Extensão para habilitar enfermeiros da instituição, na inserção e manutenção do PICC em pacientes internados (RIBEIRO et al., 2011).

Iniciada a caminhada rumo à construção de uma proposta que mudaria o panorama do cuidado em Enfermagem Pediátrica, teceram-se, com o aporte da inovação tecnológica, melhores oportunidades para garantir segurança na terapia endovenosa e conforto às crianças.

[...] é muito importante ir atrás daquilo que vai melhorar a assistência e a questão desse cateter era porque se tinha muita infecção na Pediatria [...] perfil de paciente com quadro clínico propício para infecção [...] junto com o PICC, se começou a ver outras ações no cuidado diário que se tinha que evoluir nos nossos processos de trabalho, para melhorar e mudar essa realidade [...] a CCIH nos sinalizando [...] o uso de nutrição parenteral prolongada é um risco de infecção muito grande, a parti daí que tudo acontece para transformar-se em programa [...] é o momento, é a hora (P7).

O uso do PICC requer atenção redobrada a fim de evitar eventos adversos e complicações possíveis se ocorrer manipulação inadequada. Assim, a capacitação e a educação permanente de toda a equipe de enfermagem para uso desse dispositivo são essenciais para reduzir a remoção precipitada do cateter e qualificar o cuidado (ARAÚJO, RIBEIRO; SANSEVERINO, 2013).

O cuidado como preocupação por ofertar melhores condições de terapia intravenosa às crianças não poderia prescindir da partilha assídua com a família.

[...] paralelo com isso, se procurou a família que se achava que a criança tinha indicação e se explicou como sendo uma opção de acesso para o tratamento, com risco menor. Explicávamos como funcionava [...] junto à preocupação em melhorar as condições para o cuidado da criança (P7).

A aplicação do recurso tecnológico pode ser considerada uma alternativa para a transcendência do cuidado em virtude

[...] da infecção e para que não tivesse dor, a infecção vai atraindo outras coisas [...] pacientes de longa internação sofrem muito com as punções periféricas. O sofrimento da criança mexe com a gente! A criança sofrendo levando picadas, a família fica angustiada sofre junto. Vira e mexe se tem problemas da família não suportar determinados procedimentos. Então, “vamos parar tudo, ver como é que se pode fazer melhor, como minimizar o sofrimento!” [...] buscar essa melhoria de

qualidade de tratamento para criança, é o que faz ir atrás e procurar sempre melhorar (P7).

Em 2008, o cateter valvulado foi testado e obteve ampla utilização por ser uma opção segura para infusão de quimioterápicos, hemoderivados, coletas laboratoriais, além de permitir longa permanência. A partir de então, o treinamento da equipe de enfermagem e sensibilização da equipe médica assistencial e multidisciplinar foi essencial para o sucesso dessa prática (LUDWIG et al., 2013).

[...] para a criança oncológica tem os PICC valvulados já bem mais resolutivos, com a passagem por microintrodução. Coisas que há um tempo atrás nem existiam! E a tecnologia está aí para nos ajudar! Enfermeira passando o cateter, dando manutenção ambulatorial para as crianças que têm alta com o PICC. Isso já acontece (P6).

Essa Ação Diferenciada foi ampliando seu enfoque à medida que aumentava o número de crianças oncológicas que tinham alta com uso do PICC para viabilizar o tratamento e com ele permaneciam por longos períodos. Tornava-se necessária a criação de uma agenda ambulatorial mediante consulta de enfermagem para a criança e sua família, com o objetivo de acompanhá-las e orientá-las na manutenção do cateter no domicílio e realizar a salinização e o curativo do PICC (LUDWIG et al., 2013).

O Ambulatório de enfermagem para realização dos cuidados com o PICC foi criado em 2008 com o intuito de atender à demanda de pacientes da oncologia pediátrica que passavam o cateter e necessitavam ficar com ele por períodos mais prolongados, indo com ele para o domicílio [...] Após muitas negociações com a parte administrativa tivemos o sucesso de conseguir este horário no ambulatório (P8).

Tratava-se de um recurso tecnológico que, igualmente, exigia um redirecionamento das atividades das enfermeiras, ampliando o enfoque do cuidado na internação pediátrica, expandindo para a modalidade da Consulta de Enfermagem, na qual o enfoque educativo tem seu alvo maior.

[...] esse tipo de cateter necessita de curativo semanal e salinização para manter sua permeabilidade e fixação. Não tínhamos onde realizar estes procedimentos nem onde orientar as famílias dos pacientes que não estavam internados [...] na Consulta de Enfermagem fazemos esta parte assistencial e, principalmente, educativa (P8).

O que acontece na Consulta de Enfermagem é relatado com orgulho pela enfermeira:

A consulta é feita uma vez por semana e neste espaço conseguimos atender com média de 20min a 30min cada paciente. Realizamos os procedimentos e aproveitamos para sanar dúvidas, orientar os cuidados domiciliares com o cateter e também em casos necessários fazemos as contrarreferências aos municípios de origem de cada família para a realização do curativo em suas cidades. Esta parte do trabalho é muito gratificante (P8).

A estratégia de contrarreferência adotada com as UBS da localidade de origem das crianças proporciona outro mecanismo de suporte para favorecer o maior tempo possível de manutenção do cateter sem a necessidade de retornos tão frequentes da criança ao hospital.

[...] entramos em contato com os enfermeiros das UBS de origem de cada paciente em suas cidades, conversamos sobre o que necessitamos e sobre o que se trata, combinamos um dia de ambulatório no HCPA para comparecerem e realizarem a capacitação do curativo, dos materiais e de todo o processo. A receptividade dos colegas enfermeiros das UBS sempre foi muito boa. Nunca tivemos nenhuma negativa quanto ao convite para treinamento (P8).

A receptividade dos enfermeiros das demais localidades é fruto de um processo de parceria mediante trocas de ideias. As consequências para as crianças são de inestimável valor.

[...] sempre procuro manter o vínculo com eles para podermos ter um canal fixo de conversa que serve para rever dúvidas e esclarecimentos. Os pacientes gostam muito porque podem permanecer em suas cidades quando não tem necessidade de estar em Porto Alegre para quimioterapias ou outras consultas (P8).

A prática da Consulta de Enfermagem ambulatorial renova as expectativas da profissional em relação à eficiência de suas ações em prol da melhor qualidade de vida das crianças e, em extensão, das famílias. A abordagem dialógica e educativa construída revela que

a parte educativa é muito forte. Conseguimos criar vínculo além da internação na unidade [...] conversamos sobre vários assuntos. As crianças e as famílias saem muito satisfeitas e retornam semanalmente com vontade e com novas histórias para contar [...] apesar do transtorno que é ter que vir ao hospital semanalmente para o curativo [...] é uma prática que se torna menos cansativa quando realizamos o trabalho com carinho, criando vínculo e proporcionando confiança mútua entre paciente, família e enfermeira (P8).

Espaços dialógicos dessa natureza revelam o resultado positivo alcançado na articulação entre êxito técnico e sabedoria prática (AYRES, 2008). Essa dimensão pode ser ampliada ao se considerar o esclarecimento de Stein (2004a, p. 96-7) para uma interpretação heideggeriana em relação ao falar em que “só um ser que fala, isto é, que pensa, pode ter uma

mão e, no uso dessa mão, realizar obras da mão”. Stein (2004a) associa essa forma de pensar ao uso da mão, afirmando que a mão se distingue infinitamente de todos os outros órgãos de apreensão; faz ligação a um modo prático de ser-no-mundo, a uma familiaridade na relação com os Seres. O autor complementa dizendo que

cada movimento da mão, em cada uma de suas obras, se sustenta através do elemento que se expressa no pensar. Qualquer obra da mão se apóia no pensar. É por isso que o pensar mesmo é a mais simples e a mais difícil profissão (manufatura) do ser humano (STEIN, 2004a, p. 97).

Pode-se, por analogia, compreender a articulação entre a complexidade técnica de algumas ações de cuidar com a capacidade do falar – construção de espaços dialógicos, envolvendo a compreensão como modo de ser do Ser, envolvendo a criança, familiares e a enfermeira. Para as enfermeiras poderem atuar em espaços de cuidado ambulatorial, além do desenvolvimento de suas atividades na Unidade de Internação, revela-se uma ampliação de horizontes e renova sua transcendência ao cuidar, o que, por sua vez, se atualiza nos vínculos dialógicos que se estabelecem no cotidiano de tais práticas.

#### 6.6.4 Programa de Cuidado com a Pele da Criança

O reconhecimento da problemática em relação à ocorrência de lesões de pele em crianças levou à criação de uma proposta diferenciada para dar conta dessa demanda identificada na população infantil hospitalizada.

[...] a criança tem uma grande demanda em relação ao cuidado com a pele! O bebê e a criança em si, pela sua faixa etária, têm as suas especificidades [...] o hospital é referência para pacientes com síndromes genéticas. Algumas delas vão acarretar lesões de pele bem específicas [...] seja nos pacientes crônicos, pacientes oncológicos, ou numa situação aguda, uma pneumonia aguda, ter precisado ficar em cuidados mínimos o que, às vezes, leva uma lesão de pele (P9).

As úlceras por pressão são frequentemente mais reconhecidas e valorizadas em pacientes adultos, sendo muitas vezes subestimadas nas crianças. Unidades pediátricas atendem diversos perfis de pacientes, entre os quais, o de crianças gravemente enfermas, portadoras de enfermidades crônicas, submetidas a tratamentos complexos, o que predispõe ao maior risco à integridade cutânea (SOSTIZZO; MENEGON; CASTRO, 2015).

E aí, então, se viu a necessidade de um programa que pudesse olhar para isso também! Já tem esse programa no hospital, muito forte no adulto, e na criança a



gente foi iniciando! [...] se está a mil, com muitas consultorias [...] as unidades têm a liberdade de pedir uma consultoria e elas existem (P9).

[...] outra área do nosso serviço que se desenvolveu e que é muito boa: a dos “cuidados de lesões de pele e feridas”. Hoje mesmo eu liguei para a colega porque é uma criança que se atende há algum tempo, veio da Neonatologia, e que tem uma dermatite cervical no local da fixação da “traqueo”, a qual nunca se conseguiu zerar, então pedi ajuda [...] são aspectos que se vai vendo e evoluindo no cuidado (P7).

Para Sostizzo, Menegon e Castro (2015) avaliar a criança e orientar a família e os cuidadores quanto à etiologia, a prevenção e o tratamento de lesões de pele ou úlceras por pressão também são fundamentais.

[...] faço as consultorias pelo Programa em todas as unidades ou locais que atendem crianças na instituição [...] É esse retorno, também sempre que possível, de uma reavaliação, de como que essa criança está, se melhorou; realizo a orientação dos pais, de como fazer um curativo, dos produtos que são utilizados, como que acontece a periodicidade e de ensiná-los, de orientá-los [...] e, muitas vezes, acompanho também, quando é uma criança mais crônica e que permanece mais tempo no hospital (P9).

[...] atendemos muitas crianças com paralisia cerebral, tu senta com essa mãe tu conversas, ela te trás questões que tu precisas encaminhar! [...] por exemplo, à “equipe da pele” encaminho questões de cuidado que percebo que não está indo bem (P7).

Os enfermeiros precisam estar atualizados na perspectiva de monitorar as condições da pele das crianças, buscando identificar e prevenir danos.

[...] se criou uma sistemática de trabalho, uma abordagem com toda essa equipe que dá suporte, e se vai encaminhando [...] porque estou olhando, vendo o que está acontecendo com a criança! [...] já se usou o TCM, o hidrocolóide, passou para pasta d’água e continua sempre tendo alguma coisa, então vamos ver o que mais que a gente pode fazer (P7).

Nos casos em que a pele está alterada, encontra-se em maior risco de desenvolver úlcera por pressão, motivada pela capacidade reduzida de resistir aos danos. Nesse sentido, é recomendado que o cuidado com a pele seja instituído de modo preventivo ou terapêutico, após avaliação, com a finalidade de restabelecer sua condição o mais precocemente possível (SOSTIZZO; MENEGON; CASTRO, 2015).

[...] muitas situações tenho visualizado, situações agudas e de prevenção! Percebo que depois que iniciei com esses cuidados com a pele, quanta coisa se pode fazer de forma preventiva [...] se tem na instituição produtos que nos auxiliam na prevenção de feridas, de úlcera por pressão, de dermatites, e que se pode estar utilizando (P9).

[...] se tinha muita dermatite de períneo, vejo que isso diminuiu muito! Hoje a própria equipe já sabe, “vamos fazer uso do TCM!”. O banho de luz de manhã no inverno, às vezes, tem sol e se pode aproveitar para o banho de luz nas crianças (P7).

O trabalho integrado com outras equipes, buscando enfoque interdisciplinar potencializa resultados satisfatórios, contribuindo para uma recuperação mais rápida das crianças.

[...] diminuiu muito os casos de crianças desnutridas. Na Pediatria se está trabalhando com o grupo do Suporte Nutricional e isso está muito forte [...] o grupo de nutricionistas também, e se teve um avanço nas próprias nutrições parenterais, antes era um paciente ou outro, hoje é muito mais rápido! Se um paciente precisa de um aporte nutricional maior, está tendo dificuldade pela via enteral, é prescrita uma nutrição, se chama a equipe de Suporte Nutricional, se discute junto com a Nutrologia e se inicia o uso das NPTs (Nutrição Parenteral Total) (P9).

#### 6.6.5 Enfermagem Pediátrica e Sistematização da Assistência em Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) veio trazer visibilidade ao fazer das Enfermeiras Pediatras. A Resolução do COFEN nº259 de 2009, considera o Processo de Enfermagem (PE) como ação privativa do enfermeiro em todos os espaços de saúde. O PE, metodologia de trabalho do enfermeiro, facilita e qualifica a assistência ao paciente, e está vinculado a todas as ações de enfermagem na instituição em estudo (PREDEBON et al., 2013).

Os discursos mostram as repercussões do vir a ser – sentido da transcendência – explicitando as percepções das enfermeiras para a garantia de um cuidado autêntico ao longo do tempo da Enfermagem do hospital-escola nesse processo de integração docente-assistencial. Pautado no esforço e perseverança profissional, repercutindo em reconhecimento e orgulho, revela que

A Sistematização da Assistência, envolve anamnese, o exame físico, depois a evolução e a prescrição, é uma vitória nossa da enfermagem, é uma vitória nossa do Hospital de Clínicas, da enfermagem do Hospital de Clínicas! Nós estamos ensinando o Brasil inteiro a fazer isso! Isso é um motivo de orgulho! Me sinto muito orgulhosa de ter participado desse processo, desde que eu entrei aqui! E quantas vezes a gente estuda para que melhore a anamnese [...] na Pediatria (P2).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem na Pediatria é uma metodologia importante, é valorizada e, realmente, nos dá uma boa base para esse olhar e para esse cuidado diferenciado à criança, sempre incluindo a família, esse todo (P7).

A troca de vivências enriquece a profissão e o profissional que, ao sentir-se competente, exercita sua expertise no cotidiano das experiências de aprendizagem criadas.

Fico orgulhosa de ver que tem instituições que estão aprendendo conosco como se faz, vindo aqui! [...] próxima semana temos uma Universidade de Chapecó, 45 pessoas, para aprender como fazemos a sistematização da assistência [...] levarei um grupo de cinco pessoas para observar na Pediatria [...] mostrar no sistema como é que evoluímos, fazemos a anamnese e prescrevemos (P2).

No entanto, esse processo de implementação não é fácil nem espontâneo, enfrenta resistências, rupturas e reconstruções consecutivas. Para seu fortalecimento e manutenção requer aprendizagens ao longo do tempo, nunca estando pronto e acabado, no devir do cuidado.

Vejo que quando o sistema de anamnese, evolução, prescrição e evolução começou as pessoas tinham muita resistência, faziam muito aquele objetivo [...] cada uma fazia do seu jeito e essa sistematização veio ordenar um pouco melhor! Porque os nossos registros são muito importantes, é fundamental ter uma evolução de enfermagem de um paciente nas 24h (P2).

No início foi um susto, na questão do aprendizado. Como vou fazer como vou usar essa parte da informatização? Agora, isso veio favorecer no sentido de que se executava, mas não se registrava. Se anotava tudo num caderninho, que depois ia para o lixo [...] nosso trabalho, não que ia para o lixo, mas não ficava registrado. Hoje não (P3).

O processo de enfermagem em si vem auxiliar! As pessoas têm que fazer criteriosamente. No dia a dia o uso acaba sendo um pouco superficial, mas isso é responsabilidade nossa, de cada um fazer com seriedade. Posso chegar e simplesmente copiar a prescrição de enfermagem para o próximo dia, sem nem olhar direito, sem avaliar meu paciente de forma adequada antes, e mudar itens [...] mudar diagnósticos [...] o que se vê na prática é que algumas enfermeiras se envolvem mais nisso e outras menos, mas sem dúvida é um facilitador do trabalho (P5).

A utilização do Processo da Enfermagem é percebida como sistematização do cuidado: instrumento de crescimento para Enfermagem Pediátrica. Direciona o cuidado para as necessidades peculiares de cada criança e família em particular.

[...] considero como um instrumento de crescimento para nossa Enfermagem [...] na medida em que, com esforço, se muda nosso processo de trabalho para poder usar essa ferramenta, foi uma coisa que no início era mais difícil, se tinha um pouco mais de dificuldade e resistência! [...] escrevia um monte de prescrição manual quando entrei, hoje se tem toda ferramenta da informatização que facilita muito a nossa vida, mas tenho que ter um raciocínio para fazer aquilo. Antigamente, era muito tarefeiro e muito mecânico, hoje se avalia os diagnósticos, revisa a prescrição, vê as necessidades da criança (P7).

Desvela-se também como uma oportunidade dialógica de aproximação, favorecendo conhecer a criança e a família mediante utilização de instrumento organizado para colher as informações relevantes.

Na questão do cuidado, o Processo de Enfermagem é uma questão de aproximar, sentar, conversar, coletar as informações [...] forma organizada de colher as informações que são importantes e em algum momento necessárias para aquilo que se propõe. Muitas vezes na própria anamnese descobrimos coisas que passa despercebido, até para equipe médica, e depois vai ser necessário (P6).

Desde o início da aplicação do Processo de Enfermagem, o histórico, quando vou prescrever e evoluir uma criança que não fiz a admissão na unidade, primeiramente leio o histórico que o colega fez, quais são os dados gerais da criança para ter ideia da situação. Se fico com dúvida, como vou ser responsável pela criança, vou lá questionar, conversar com a família, a partir daí, evoluo e prescrevo (P7).

Desvela-se, nos depoimentos, que a realização do Processo de Enfermagem tem na sua base a construção de espaços dialógicos. Neles encontra-se o pensar movido pelo entendimento de que somente conhecendo e compreendendo os Seres de que se ocupam cotidianamente, as enfermeiras têm a possibilidade de realizar ações de cuidar de forma autêntica. O cuidado autêntico flui na responsabilidade que lhe é peculiar e é possibilitado pela capacidade de comunicação.

O exercício da responsabilidade impele à avaliação e à reavaliação constante no fomento do devir profissional.

É inadmissível abrir o prontuário do paciente e olhar em 24h não ter uma evolução de enfermagem [...] outros profissionais quando abrem o prontuário do paciente, onde é que eles vão olhar para conhecer o paciente? Na evolução de enfermagem! Nossa evolução é muito detalhada! [...] quem olha uma evolução de enfermagem, vê aquele paciente e o que aconteceu com ele durante o dia! [...] o enfermeiro se perceber isso, a força e a importância desse registro, nunca iria abrir mão (P2).  
[...] organiza o trabalho. Permite buscar as evoluções de enfermagem [...] ter um acompanhamento dos últimos dias do paciente com as questões de enfermagem, se as pessoas tiverem feito isso de forma correta [...] Às vezes vai se buscar um prontuário e se fica chocada que as situações não foram registradas [...] como se gostaria que tivessem sido [...] muitas vezes não se tem tempo de fazer os registros de forma adequada, isso acontece [...] o Processo de Enfermagem é muito importante, mas tem que se evoluir mais na aplicação (P5).

A responsabilidade impele a reavaliações sistemáticas e o compromisso de ir além, porque a enfermeira se responsabiliza. Com o desenvolvimento da experiência e buscando maior aplicabilidade mediante a incorporação da concepção de que aprendizagens significativas são aquelas para as quais se atribui sentido, a Enfermagem Pediátrica ascendeu a um novo patamar de corresponsabilização junto às equipes de enfermagem. Adotando o

diálogo na partilha do cuidado, faz com que os técnicos de enfermagem passem a dar maior valor ao Processo de Enfermagem como instrumento norteador das intervenções propostas.

Os técnicos de enfermagem, de uma forma geral, hoje vejo que têm lido mais a nossa prescrição, tem aspectos que se coloca na prescrição como, por exemplo, a diluição dos medicamentos, uma coisa que foi incorporada; a questão da avaliação da dor que é um cuidado que é presente em todos os nossos registros, algumas intervenções para patologias específicas "viste a TA dessa criança?", "Não, mas não está prescrito!". Digo "olha lá na prescrição!" [...] se vai reforçando com a equipe a importância desse trabalho e para que serve. É cada vez mais valorizado (P7).

Para viabilizar melhor organização do processo de trabalho a fim de possibilitar a otimização do desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, as enfermeiras adotam estratégias várias, levando em conta singularidades das unidades e características dos pacientes e do atendimento.

Sabe-se que, às vezes, é difícil, mas como se faz uma divisão entre enfermeiros, tantos enfermeiros evoluem tantos pacientes no seu turno de trabalho [...] no meu turno de trabalho eu vou evoluir "x" pacientes, mas eu vou evoluí-los desde quando a minha colega me passou [...] estou contando a história dele durante o dia [...] pode-se fazer mais detalhadamente o relato daquele paciente sob nossa responsabilidade (P2).

Às vezes não conseguimos nos organizar de maneira a darmos conta de tudo [...] temos estratégias: uma recebe o paciente, outra conversa com a família e outra registra, mas nem sempre isso dá certo [...] na UTI o momento da internação é bem diferente da internação na unidade, os pacientes chegam a enfermeira vai lá conversa, vai para o computador, faz a internação. Na UTI não é assim, posso ter que ficar no Box 3 horas seguidas sem sair dali atendendo o paciente! Outra enfermeira vai ter que fazer a minha parte, se não vai acabar o turno e não vou conseguir (P5).

[...] se tem os pacientes do *Primary Nursing* [...] uma delimitação geográfica, "x" pacientes para cada enfermeira em toda a unidade [...] se evolui todas as intercorrências, tudo fica registrado, uma solicitação, uma avaliação, o que executei, o que a equipe fez, o que aconteceu com a família, os encaminhamentos (P3)

O Processo de Enfermagem sistematizado favorece sua execução, porém necessita de aprimoramento constante e, especialmente, empenho e responsabilidade das profissionais.

[...] favorece, mas não se chegou no ideal. A anamnese era feita no papel. Hoje no sistema está muito mais rápida, mas as pessoas ainda têm um pouco de resistência, de entrar no sistema e fazer [...] se fosse alguma coisa que se fizesse todo o dia! Faz-se no momento da internação do paciente [...] como não é uma coisa que se faça todo o dia, a tendência é toda vez que se vai fazer, parece que é mais difícil! Não é como entrar numa tela e fazer uma transcrição, no início se achava muito difícil, agora aquilo vem automaticamente [...] com a anamnese ainda sinto um pouco de resistência de algumas pessoas (P2).

A responsabilidade assumida, no sentido de preocupação com aquilo de que se ocupam, impulsiona a rever constantemente o processo de seu próprio fazer cotidiano:

faço parte da Comissão do Processo de Enfermagem, é minha incumbência mostrar que a anamnese sistematizada, por mais que pareça difícil, nos facilitou muito, não tem que escrever tanto [...] mas tem que ir tipo formiguinha, sensibilizando as pessoas. Lá na unidade consegui e as enfermeiras estão fazendo. Não sei se fazem porque sabem que se eu olhar e não tiver vou cobrar, mas estão fazendo e estão se dando conta que, realmente, não é tão difícil assim (P2)!

[...] se registrava, mas manualmente e, eventualmente, não se fazia isso [...] hoje não, fica tudo registrado, no Sistema Informatizado [...] nosso serviço aparece, o que é feito, e a qualidade com que é feito, a preocupação que se teve. Se mostra, evoluindo, que avaliasse e que tu fizeste aquilo, tua presença. Inclusive, quem se preocupa mais, quem avalia mais, quem interroga mais, quem registra mais, tudo é ali registrado, quem tem essa preocupação (P3).

O poder-ser si próprio que Heidegger (2012) aponta como a sede do cuidado autêntico, fundamentado pela preocupação, revela-se na valorização do fazer e no reconhecimento do que é necessário a esse fazer para que tenha sentido para si e para o movimento de “ser-com” o outro. A valorização do Processo de Enfermagem repercute na adesão do profissional que passa a executá-lo porque reconhece sua importância na captação de informações primordiais, incluindo a perspectiva de cuidado interdisciplinar:

um menino era paciente há muito tempo, pais bem orientados [...] internou com dor abdominal que não passava [...] um dia, investigando a alimentação [...] a mãe me disse “ele não está comendo direito, passa o dia inteiro tomando *iacult* [...] matamos a charada: porque o menino estava tendo cólica [...] na verdade poderia tomar apenas 1 por dia [...] para ver como as informações têm que ser valorizadas (P6).

As oportunidades de diálogo precisam ser construídas ao longo da internação da criança, pois gradativamente as famílias vão adquirindo confiança no profissional, ao mesmo tempo em que adquirem maior reconhecimento de seu papel como mediadoras entre profissional e criança.

Se uma mãe que tem todo um conhecimento fez isso! Porque outra que não tenha o entendimento ou até a acessibilidade às informações como essa mãe tinha, também não vai fazer? [...] através de uma informação que uma mãe trouxe, se viu que a criança não tinha nada [...] muitas vezes na hora da internação, a mãe não acha importante e não vai falar [...] com o tempo, vão se abrindo, trazendo novas informações (P6).

Por priorizar o encontro e o diálogo motivado pela necessidade de conhecer a criança e o seu viver, a Sistematização da Assistência de Enfermagem em Pediatria propicia a descoberta de informações que necessitam ser valoradas, pois redirecionam os projetos de cuidado, como um processo em contínua reavaliação.

[...] são discutidas todas as percepções sobre a situação de cada criança e família em equipe e fica registrado [...] se vê que os demais integrantes da equipe multiprofissional leem os nossos registros e muitos procuram ver o que a enfermeira registrou [...] a farmacêutica: “vi na anamnese de vocês que ele está usando tais e tais medicações!”. Como elas têm que fazer a validação dos medicamentos, olham se está escrito e se dirigem à família para fazer a validação, ver se trouxeram a medicação e orientar (P7).

Nessa perspectiva, o Processo de Enfermagem congrega e faz circular as informações e percepções sobre a criança e a família em seu viver atual, gerando repercussões para o processo de trabalho da equipe como um todo, além de seus benefícios serem reconhecidos pelas outras equipes que partilham o cuidado no Sistema de Permanência Conjunta.

[...] vejo isso porque as pessoas comentam: “vi que tu evoluíste que o exame não foi realizado porque a família não estava presente”. No dia a dia, o Processo de Enfermagem é lido, é valorizado e subsidia as demais equipes para o seu trabalho também, eu não tenho a menor dúvida (P7).

Para Predebon et al. (2013) a utilização do Processo de Enfermagem em hospital-escola é valorizada à medida que se trata de ferramenta de trabalho da enfermagem, que nas suas diferentes etapas aborda aspectos importantes na avaliação, levantamento de fatores de risco ao paciente, embasando a escolha do Diagnóstico de Enfermagem mais acurado que dará origem ao plano de cuidados individualizado ao paciente.

E para a Enfermagem Pediátrica, a sistematização do cuidado em suas várias etapas representa, acima de tudo, a confiança de que está sendo realizado o acompanhamento não apenas das mudanças na estrutura biológica do Ser criança, mas inclui as mudanças existenciais na trajetória do adoecimento, com repercussões para a criança e família.

Tem ações que para aquela patologia ou para aquela situação do viver da criança ou da família são fundamentais! Hoje se consegue fazer com que as pessoas consigam valorizar e ir atrás, e muitos percebem e lêem e questionam: “porque está prescrita tal ação?”. Dai se explica, se resgata ou se atualiza, dependendo da situação [...] questões da família também são abordadas no processo, seja na evolução, na própria prescrição “observar condutas maternas” [...] é uma ferramenta bem importante porque organiza até o nosso raciocínio clínico e a nossa abordagem com a criança (P7).

A utilização do raciocínio clínico na condução de todo esse processo que vem a ser a Sistematização da Assistência da Enfermagem vem garantir a adequação das propostas de cuidado para cada paciente em particular e o sucesso de tal prática. Acompanha a evolução dos tempos, interligando a Enfermagem mundial em torno de uma nomenclatura que inclui e aproxima os enfermeiros, em prol do desenvolvimento da profissão como ciência.

O diagnóstico de enfermagem é fundamental! Não consegues prescrever se não levantar o diagnóstico de enfermagem [...] a maioria das pessoas tem dificuldade de entender o diagnóstico de enfermagem, porque obedece a uma taxonomia, uma nomenclatura que é internacional, o mundo todo está usando. E isso não tem volta, não volta mais! [...] algumas pessoas dizem “não consigo saber do diagnóstico que vou levantar para determinada situação?”, tem que usar o raciocínio clínico (P2)!

Um plano de cuidados sistematizado, como no caso a Prescrição de Enfermagem, pode representar uma fotografia daquele momento do paciente, retratando um processo de cuidado em movimento, visto que acompanha o desenrolar das ações propostas pela Enfermagem ao longo das 24 horas do dia, e assim sucessivamente, durante a internação hospitalar. Requer presença da enfermeira junto à criança e à família, acompanhando esse movimento, atualizando decisões pautadas nesse acompanhar contínuo.

O Processo de Enfermagem não afasta o enfermeiro do paciente, o processo de enfermagem qualifica a nossa assistência [...] hoje em dia, uma prescrição de enfermagem bem embasada, um diagnóstico bem elaborado, se enxerga o paciente naquela prescrição! [...] as pessoas dizem que afasta porque não querem fazer, dá trabalho, tem que pensar, perde um pouco de tempo, é óbvio, naquela aplicação, tem que escrever, ou tem que digitar e não tendo a prática, demora mais no início, depois que tem a prática, sabe exatamente quais diagnósticos têm que levantar (P2).

O paciente interna tem muitos cuidados no momento da internação, a quantidade de coisas que tem que ser feitas é grande, se conversa com a família, e muitas vezes não se faz o registro, na hora se prioriza outras coisas, e não se registra. Depois quando outro colega vai buscar entender como aconteceu e de que forma, sente que falta isso, sinal que é importante, se não fosse importante não se ia sentir a falta (P5)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem na sua aplicação cotidiana representa o resultado de um processo que inclui acompanhamento por meio da utilização de instrumentos específicos da Enfermagem, como a observação e o exame físico, e, para tanto, não pode prescindir da presença da enfermeira junto ao paciente.

[...] quando se começa a se apropriar daquele todo, universo do diagnóstico de enfermagem [...] talvez falte estudar mais, começar a se apropriar! [...] é preciso sempre estar estudando, se tem mais segurança na prescrição dos cuidados em Pediatria! “Estou embasando os cuidados em algo em que cheguei pelo raciocínio, através de uma observação, exame físico que fiz”. Vamos fazer o caminho inverso,



não simplesmente comecei a listar coisas que tirei da minha cabeça, tenho um embasamento, e isso nos dá uma valorização profissional muito grande (P2)!

A argumentação para a valorização dessa metodologia e para a justificativa de que requer vigilância, atenção e acompanhamento para sua efetivação na prática, corrobora a necessidade de estar ao lado da criança, seja em que local ela se encontre.

[...] a enfermeira não pode fazer na Sala de Prescrição uma anamnese do seu paciente, nem evoluir seu paciente sem tê-lo visto lá onde ele se encontra (P2).

Seguindo a linha do perfil de uma Enfermagem qualificada por meio de seu potencial cognitivo, atualizando seu saber, apropriando-se do conhecimento científico com base em referenciais consagrados universalmente, costuram-se os elos dessa fundamentação.

[...] uma valorização profissional! Tem essa linha de pessoas que acham que o processo de enfermagem é muito trabalhoso, é porque ainda não se ativeram a prestar mais atenção que fazem esse raciocínio clínico, mas não embasam em nada ou não registram de maneira ordenada, científica [...] é um desperdício, se podemos utilizar um referencial [...] a NANDA é essa taxonomia que a cada quatro anos sai nova revisão (P2).

Contar com uma Comissão do Processo de Enfermagem (COPE) institucional é valorizado pelas enfermeiras. Uma das participantes esclarece que entre as atribuições da comissão está a de manter o sistema utilizado pelos enfermeiros atualizado em conformidade aos padrões internacionais.

[...] agora esse ano vai sair uma nova NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) que está em inglês, e não chegou ainda em português, ainda uma nova edição com 45 novos diagnósticos, além dos que já existiam e que nós temos, enquanto comissão institucional, que analisar no Sistema, esses diagnósticos com essas etiologias, com seus cuidados também (P2).

A linguagem universal que orienta o fazer da Enfermagem pode e deve ser estimulada, pois tem em sua essência um ponto peculiar e legítimo: explicita a compreensão do Ser que é o alvo do cuidado na leitura de suas manifestações, aproximando o fazer da Enfermagem em consonância ao que se revela na trama que une o profissional cuidador e os Seres de cuidado. O caminho apontado para sensibilização dos profissionais enfermeiros é assim desvelado:

[...] talvez falte isso, não se tem que pensar em inculcar isso nas pessoas, e sim no quanto isso é importante na valorização do nosso trabalho, no reconhecimento, fazer outro caminho! Pensar que se faz o raciocínio clínico de uma forma ou de outra, o importante é ordenar de uma maneira que fique numa linguagem universal, porque o mundo está usando - Estados Unidos, Europa - a mesma

nomenclatura. “Padrão respiratório ineficaz” é aqui e é na Espanha, nos Estados Unidos, Canadá. Existe esse diagnóstico universal (P2).

A Enfermagem Pediátrica no exercício de seu fazer encontra respaldo na SAE para ações de cuidar desenvolvidas no Programa de Apoio à Família (PAF), que indica como cuidado: “Apoio ao cuidador familiar - Oferecimento das informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja um profissional de saúde”<sup>38</sup>

Uma articulação possível entre o PAF — no cuidado às famílias de crianças em uso de tecnologias para manutenção da vida — e a SAE mostra-se vital para a continuidade das ações de cuidar, do alcance de metas sempre renovadas, de modo que

A enfermeira do PAF [...] dá o *start*, orienta a mãe, acompanha a mãe nos primeiros curativos de traqueostomia, no caso, que é uma das situações acompanhada [...] e coloca em prescrição de enfermagem, atualizada diariamente, “troca de curativo de traqueostomia sob supervisão da enfermeira”. Aí todas as outras enfermeiras se responsabilizam [...] se tenho um paciente que a mãe iniciou a troca de curativo, se coloca na prescrição de enfermagem: “mãe iniciou treinamento dia tal” (P2).

A passagem de plantão é referida como momento importante para consolidar as propostas vigentes do cuidado à criança e à família, em que a SAE funciona como elo entre outras ações e programas específicos do Serviço de Enfermagem Pediátrica.

[...] “Troca do curativo sob supervisão da enfermeira”, então aí se acompanha e é passado no plantão “a mãe iniciou o treinamento hoje, fez o curativo assim, mas tem que continuar acompanhando!”. Então, se continua acompanhando, até que ela saia da UTI. Vai-se dando orientações de como pode fazer em casa, os cuidados que ela tem que ter, não dar banho de imersão, entre outras, mas aquela final da alta, ela só recebe no andar [...] tem que ter a continuidade (P2).

Uma questão importante a ser assinalada é que na SAE, em Sistema de Permanência Conjunta, o olhar recai para o universo do cuidado em todas as etapas, mantendo a essência que lhe é peculiar: o foco do cuidado é a criança e a família.

[...] entendo quando as mães dizem “eu já trocava lá na UTI”, mas pelo menos o primeiro curativo feito pela mãe a enfermeira tem que assistir [...] porque aí ela acompanha “essa mãe não precisa mais de orientação, sabe aspirar, sabe trocar o curativo, pode continuar fazendo”, ou não: “a mãe está com dificuldade”, tem que ter um acompanhamento do cuidado, o que a mãe está compreendendo, e isso tem que evoluir (P2).

---

<sup>38</sup> Estudo Clínico do Serviço de Enfermagem Pediátrica intitulado “Criança em uso de tecnologia: adaptação à alta domiciliar” promovido pela Comissão de Processo de Enfermagem do Grupo de Enfermagem do HCPA (2015).

Na aplicação do PE ressalta-se a importância da busca de resultados esperados, que embasam a reavaliação do processo de cuidado ao paciente e as implicações para a prática de enfermagem (PREDEBON et al., 2013). O cuidado às famílias de crianças em uso de tecnologias para manutenção da vida e a SAE é percebido como uma articulação possível e necessária:

[...] sistematizar as intervenções ligadas com o resultado, porque se a criança chega lá na UTI e faz traqueostomia e começamos a orientação à família, qual é o nosso objetivo final? De que no final do tratamento, do acompanhamento dessa criança, a mãe tenha plena, ou pouca, média, ou total habilidade na troca de cuidados, não só a troca de curativos, mas aspirar a traqueostomia e tudo mais, porque ela vai ter que também saber fazer em casa (P2).

Acompanhar significa caminhar junto e propiciar que o outro construa o seu próprio caminho. Mas sem registro esse acompanhamento torna-se fragmentado e frágil.

[...] ter uma folha para registro. Os pacientes que saem com este tipo de tecnologia, ou sonda ou gastrostomia [...] da UTI ou ao chegar ao andar, analisar como está o andamento, como a mãe está se sentindo preparada? [...] registro do acompanhamento e de como a mãe está lidando com aquela situação [...] não é porque “a mãe faz os cuidados em casa, nem vou me preocupar, troca o curativo, troca o cadarço”, mas tenho que ver [...] se mesmo com as adaptações possíveis [...] nada está colocando em risco o paciente (P2).

O reconhecimento de alcançar o resultado traçado com o objetivo do cuidado, ponto norteador na SAE, torna-se um vir a ser que requer presença, aspecto envolvido no acompanhamento que resulta em aprendizagem significativa ao cuidador familiar.

[...] com o resultado do cuidado que nada mais é do que o fechamento de um problema [...] cuidados com traqueostomia: o que quero com aqueles cuidados com traqueostomia? Que a mãe consiga realizar os cuidados de forma satisfatória, de forma adequada, e o “adequada” inclui saber fazer o curativo, saber trocar o cadarço com segurança, aspirar a traqueostomia, identificar o aspecto da secreção e tudo mais [...] as avaliações do cuidado[...] com acompanhamento do início para o final (P2).

A articulação entre o PAF e a SAE propicia que as ações dialoguem entre si, no sentido que ao mesmo tempo em que as famílias são cuidadas pela enfermeira de referência, permanecem sendo atendidas na mesma linha de cuidado criada, o que uniformiza linguagens e aproxima os Seres de cuidado, ao longo de cada dia. Concomitantemente, as ações são partilhadas e sistematizadas com acesso a todos os profissionais, mediante consulta ao Processo de Enfermagem de cada criança e família em particular.

[...] funciona assim, a enfermeira faz o Grupo de Pais sempre! Além disso, conversa com todos os familiares individualmente, detecta se tem alguma necessidade de intervenção, deixa em observação para a equipe “olha, ‘mãe tal’ está treinando, mas está com muita dificuldade, precisa de acompanhamento!”, e se segue o que ela nos propõe, porque ela é a que nos orienta nesse ponto (P2).

A SAE faz a mediação entre o que é feito na prática cotidiana e o que é registrado no Sistema Informatizado:

[...] é feito registro “Iniciei orientação e acompanhamento com a mãe da ‘criança tal’, ainda precisa de acompanhamento” e coloca na prescrição de enfermagem, onde diz curativo “Realizar curativo de traqueostomia sob supervisão do enfermeiro, a mãe iniciou o treinamento dia tal” [...] vai no complemento da prescrição, se digita e aparece no implementar cuidado com curativo, realizar curativo de traqueostomia. E reforçamos na passagem do plantão (P2).

O Sistema do *Primary Nursing* vem complementar a aplicação da SAE. As enfermeiras das quatro UI Pediátricas vêm implementando enquanto metodologia para organização das ações de cuidar, em que os enfermeiros principais assumem um número estipulado de pacientes para execução das etapas do Processo de Enfermagem na integralidade para propiciar melhor otimização de seu fazer no cotidiano.

Conforme Magalhães e Juchem (2000)<sup>39</sup>, no modelo *Primary Nursing* a proposta de um plano de cuidados é responsabilidade de um único enfermeiro, designado como enfermeiro principal do paciente. O enfermeiro principal é a referência do paciente e sua família durante a internação, em que os vínculos que se constroem são fundamentais para as relações de proximidade estabelecidas e a continuidade do projeto de cuidado proposto.

As participantes alcançam a compreensão da importância dessa metodologia e sua adoção na dinâmica cotidiana:

O *Primary Nursing* iniciou [...] como se tem uma gama de pacientes para dar conta, se percebeu que não se conseguia nas 6h de trabalho olhar minuciosamente as 15 crianças. Hoje fico responsável por 15 crianças, tenho que fazer a prescrição, individualizar, revisar e evoluir em 6 horas, é impossível! E se considera fundamental esse processo [...] se definiu, após estudarmos o *Primary*, essa organização de trabalho da enfermagem: vou olhar e atender a todos os pacientes, mas fiquei responsável por 5 crianças que essas vou parar, conversar, revisar a prescrição e evoluir todos os dias (P7).

A responsabilidade que aflora no cotidiano da prática da Enfermagem indica que o acompanhamento é uma das facetas do cuidado das mais imprescindíveis: favorece o vínculo,

---

<sup>39</sup> Artigo que relata o Modelo de Trabalho implementado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

representa segurança, pois previne erros e tende a preservar os direitos dos pacientes e famílias. O acompanhamento é um dos pontos-chave do sistema *Primary Nursing*.

[...] como se tem os 3 turnos, manhã, tarde e noite, para não ter cada dia uma escala diferente, poder ter o acompanhamento da criança e da família, de se ficar com leitos fixos para isso! O ideal é que se possa ter o paciente desde que interna até a hora de ir embora e acompanhar sempre [...] se eu tiver as 5 crianças da mesma enfermaria para revisar e atender facilita o meu processo de trabalho [...] se a criança vai para UTIP quando volta deixa de ser a minha *primary*, o que acontece: “estavas antes com a criança, como é que era a família?” se vai atrás de informações daquela enfermeira que era referência de ser *primary* da criança (P7).

[...] dá conta daqueles cuidados mais específicos [...] o acompanhamento do paciente é no meu horário de trabalho [...] aproveito para fazer o exame físico, acompanho pessoalmente o banho [...] pacientes em ventilação mecânica é importante que se esteja junto! [...] o momento do banho aciona todas aquelas outras ações como a troca de curativos [...] vejo todas essas necessidades, se a mãe já está trocando curativo, acompanho a troca do curativo com ela, vejo se está tudo bem, se tem alguma coisa a reforçar. Elogio muito: “está muito bem!” (P2).

Presença e solicitude no cuidado à criança e família permeiam os processos de cuidado. No suporte às famílias para promoção ao enfrentamento desvela-se o contínuo apoio cognitivo, mediante o envolvimento da família no cuidado e no resgate das suas forças; favorece o sentir-se apta e segura para cuidar. De forma análoga, repercute em segurança ao profissional que vislumbra o cuidado com foco ampliado, com tempo específico às demandas requeridas.

[...] facilitou muito, porque daí fica uma coisa que já sei que conheço mais [...] chego à unidade, recebo plantão e sei quem é o meu foco de olhar com mais calma e com mais paciência, e vou atender todo o resto da demanda porque eu sei que a noite já atendeu e vou me debruçar mais naquela enfermaria para qual sou referência (P7).

[...] O *Primary Nursing* possibilita fazer todo esse movimento de organização das ações de cuidado. E aí vou para a sistematização propriamente dita daquele meu paciente, a prescrição de enfermagem é minha e a evolução também [...] e dos outros pacientes que sou responsável naquele horário (P2).

O emprego do modelo *Primary Nursing* é particularmente uma escolha que tem como base o zelo pela segurança do paciente pediátrico.

[...] algumas são intervenções exclusivas do enfermeiro [...] Se tenho quatro pacientes sob minha responsabilidade, tenho que estar com eles nos diversos momentos do cuidado, acompanhando os procedimentos que são feitos, quer pelo técnico, quer por qualquer outro profissional que chegue para fazer um procedimento no meu paciente, uma ecografia ou um posicionamento para o raio-x [...] meu paciente tem muitos cuidados, preciso estar livre para ver se não vai acontecer nada com ele (P2).

A utilização do modelo *Primary Nursing* revela o significado de aprendizado sobre o melhor acompanhamento e ações de cuidar específicas a cada criança:

[...] vou me ater de revisar todos os aspectos e registros e fazer uma evolução diária do paciente. Não vou evoluir como é que o paciente ficou naquele turno, vou olhar desde ontem quando saí o que aconteceu, leio as evoluções dos profissionais que atenderam a criança, reviso a planilha de sinais vitais, eliminações, medicações, a escala de dor da criança nas últimas 24h. Com essa avaliação se aprende muita coisa [...] criança precisa de uma medicação fixa para dor ou está precisando de uma avaliação maior da neurologia, por uma questão de agitação (P7).

#### 6.6.6 Residência Integrada Multiprofissional em Saúde: participação da Enfermagem Pediátrica

O fato de a Enfermagem Pediátrica inserir-se na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS – HCPA)<sup>40</sup>, enquanto Programa Institucional, veio agregar qualidade aos processos de cuidado desenvolvidos nas Unidades Pediátricas, em um modelo de atenção interdisciplinar. Nessa perspectiva, cabe ressaltar que foi justamente o histórico de trabalho nessa modalidade que sempre caracterizou o Sistema de Permanência Conjunta, que foi o solo propício para que tal iniciativa fosse possível. Ressalta-se que, à época da criação do modelo, o enfoque interdisciplinar já despontava como marco norteador dessa filosofia de cuidado à criança e à família, formando a base do que se constituiria um modelo de ensino e aprendizagem aos acadêmicos e futuros profissionais que viessem integrar suas equipes profissionais.

[...] tínhamos e temos um trabalho interdisciplinar desde a criação da Pediatria, mas em alguns momentos, cada um no seu espaço e sua forma de trabalhar. E com a Residência isso tencionou e tem um envolvimento maior inter equipes [...] a residência veio porque não se consegue cuidar sozinho dessa complexidade toda, que é o cuidado da criança e da família [...] a Residência Multiprofissional veio dar uma tônica, uma fortalecida nesse trabalho multi e interdisciplinar. É um grupo muito jovem que chega com muitas expectativas, propondo, tencionando (P10).

Para a efetividade de propostas que visualizem a complexidade do cuidado à criança e à família é necessário reconhecer o papel e o potencial de cada equipe cuidadora. Na prática de experiências compartilhadas desvela-se uma articulação de esforços para buscar alcançar

---

<sup>40</sup> A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do HCPA é uma modalidade de ensino de Pós-Graduação Lato Sensu que tem por objetivo especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de saúde, assegurando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

uma atenção em sua totalidade, e há que se compreender os limites de tais ações, considerando-se as situações de vulnerabilidades vividas.

[...] a RIMS veio trazer acréscimo mais recentemente. Vêm profissionais de fora, muitos recém formados, mas que conseguem não só olhar a situação da criança e da família dentro da unidade, mas que também tem interface com áreas que não estávamos acostumados a trabalhar tão próximos, como o educador físico, o fisioterapeuta, que não se tinha lá no início. A nutrição foi se aprimorando também com os residentes da nutrição (P7).

[...] hoje a RIMS têm interface na abordagem com a família, nessa questão do contexto maior, trabalho com foco na linha de cuidado, de intersetorialidade, fortalecimento do trabalho com a rede [...] para isso o papel de toda a equipe é necessário (P10).

### Esse trabalho integrado revela

[...] esse trabalho com a rede é extremamente importante, para poder entrar em contato, além da rede interna, das outras profissões, Serviços Sociais, Psicologia [...] há uma delegação, é contato com outros profissionais, é o Serviço Social que é o eleito? [...] contato com o Posto de Saúde e com o enfermeiro, então quem tem que fazer, é sobre o cuidado, tem que ser o enfermeiro! [...] não é fácil lidar com tudo isso! E na medida em que se mexe e se levantam esses dados: “o que vou fazer com tudo isso, o que é meu?”, “o que posso estar encaminhando, pedindo consultorias, encaminhando de alguma forma?” (P10).

O resultado do trabalho conjunto reverte-se em tempo investido de forma efetiva na promoção das melhores práticas de cuidado, verificado em ações diretivas de cuidado individual que se concretiza em cuidado que transcende ao foco específico de cada profissão fundindo-se no entrelaçar de saberes.

O enfoque da RIMS no discurso das enfermeiras vem revelar o amadurecimento de uma equipe que compreende uma peculiar dimensão do cuidado na alteridade. Entendendo a abertura como um elemento constitutivo do Ser, “aberto a seu entorno, aberto ao mundo e, de maneira especial, aberto a seu semelhante” (TORRALBA, 2009, p. 135), move-se no compartilhar do cuidado.

[...] Como resultado se vê que se consegue ter mais tempo, essas pessoas estão mais disponíveis, estão mais próximas da Enfermagem, e elas saem desse espaço da internação e vão para fora. Fazem discussões entre eles, então se dão conta e abordam questões, como se está ali no dia a dia vendo as coisas mais da enfermagem, do cuidado direto enfim, não nos damos conta de aspectos imprescindíveis da vida dessa família lá fora [...] então, as visitas domiciliares, por exemplo, acaba se vendo outros aspectos, em conjunto (P7).

No mundo do hospital, cuidadores profissionais integrantes de propostas articuladas como a RIMS e o PAF aproximam-se para o exercício de uma linguagem existencial cujo

princípio, diz Torralba (2009, p. 136), é “acompanhar, cuidar de alguém é ajudar para que o outro seja”. Abraçar de modo compartilhado o cuidado à criança em uso de tecnologias para manutenção da vida revela que

[...] a RIMS com o PAF ajudou bastante, até o investimento para essa criança poder sair do hospital! [...] ainda as crianças ficam muito tempo internadas, mas um tempo atrás não se imaginaria uma criança usando BIPAP poder ficar em casa, nem que seja por um tempo [...] A própria traqueostomia era uma dificuldade muito grande, hoje se tem inúmeras crianças que tem alta e ficam bem em casa, depois retornam e fecham a traqueostomia (P7).

As repercussões das ações compartilhadas entre propostas de cuidado dos programas que se projetam no tempo incidem na perspectiva de vida das crianças, mostrando o cenário do mundo vivido pela Enfermagem Pediátrica, com enfoque interdisciplinar.

[...] se acompanha essas crianças, vão crescendo, uns ainda internam por longo tempo e repetidas vezes conosco, depois ficam maiores e também voltam. O hospital é referência para genética, são crianças com patologias específicas especiais que se percebe que, com esse enfoque compartilhado dos profissionais, acabam tendo uma qualidade de vida um pouco melhor e com uma longevidade maior em relação às perspectivas (P7).

A Enfermagem Pediátrica vivencia, em seu processo de *vir a ser* e *ser-com* outros *Daseins* de quem se ocupa, as facticidades desses Seres em sua jornada existencial. Na temporalidade da experiência de cuidar move-se pela preocupação para a construção do autêntico cuidar. Como diz Heidegger (2012, p. 1115), “o ser do *Dasein* é a preocupação [...] Abandonado ao “mundo” descoberto com o seu “aí” factual e a ele referido na ocupação, o *Dasein* aguarda seu poder-ser-no-mundo de tal forma que, em vista desse poder-ser, “conta” com e se apoia sobre aquilo”. O movimento de transcendência segue o curso da preocupação e se expressa no cuidado.



## 6.7 Projetos de Futuro

Ao se perceberem, no devir de sua existência, enfermeiras pediatras, questionamentos filosófico-existenciais assumem inusitado valor, porque o Ser busca continuamente o sentido de sua vida e do modo de seu viver. No exercício do cuidar, a pergunta pelo “vir a ser do cuidado”, e também pela existência, também se faz presente. Isto porque o Ser é um Ser de presença, e sem ser a soma de ágoras, representando vivências momentâneas, temporaliza-se nas experiências de passado, presente e futuro concomitantemente (HEIDEGGER, 2012).

Entende-se esse movimento do vir a ser existencial, e de modo análogo o vir a ser do cuidado — visto que a essência do Ser é cuidado — em Heidegger (2012, p. 69-91):

*o Dasein nos é não só onticamente próximo ou mesmo o mais próximo – pois nós o somos até cada vez nós mesmos. Apesar disso, ou precisamente por isso, ele nos é ontologicamente o mais longínquo. É certo que pertence ao seu ser mais-próprio possuir um entendimento desse ser, mantendo-se já cada vez numa certa interpretação de seu ser [...] fenômeno da ‘determinação transcendental do tempo’.*

Esse entendimento capacita alcançar a compreensão de um fundamento especial da existência que significa a transcendência, e que vem elucidar a preocupação com o futuro, como uma perspectiva do presente da Enfermagem Pediátrica, olhando seu passado sem deixar de viver a realidade e continuamente projetando-se a um devir no horizonte do tempo.

Considera-se oportuna a provocação de Machado (2011, p. 319), transcrita à guisa de alinhavar uma reflexão que faz sentido ao se entender como ponto central a preocupação da Enfermagem Pediátrica com a manutenção do fio condutor das premissas que lhe deram origem.

Com mudanças acontecendo mais rapidamente do que se possa acompanhar, perde-se o sentido de processo e até mesmo o senso de história: esta se torna o conjunto de fatos do passado, que tem seu lugar nos museus; as *datas comemorativas* desempenham o papel de garantia do retorno ao eterno igual, ao invés de serem eventos provocadores de um novo futuro; liquida-se a consciência de tempo com o processamento de dados, que armazena fatos e torna obsoletas a memória viva e as tradições oriundas das lembranças.

No entanto, a trajetória elucidada nos discursos obtidos aponta para uma renovação das tradições assentadas em bases sólidas - “todo esse envolvimento tem um fundo, tem uma história (P2)” - reiteradamente explicitadas nos significados contidos nos depoimentos das participantes.

Torralba (2009) diz que a transformação paradigmática da Enfermagem não deve significar jamais o rompimento radical com o passado, muito pelo contrário, é fundamental

para a disciplina do futuro uma recriação reflexiva em torno de quatro eixos temáticos: a pessoa, a saúde, a sociedade e o cuidado.

O papel da academia, no passado histórico da Enfermagem Pediátrica, na condição de instituição formadora, foi o acionador de uma compreensão essencial em direção ao acolhimento de uma proposta – a inserção da família na hospitalização da criança - que se tornaria o marco norteador e deflagrador de uma cadeia de elementos que, paulatinamente, foram se agregando. Esse marco se concretizou e perdura até os dias atuais, cumprindo e mantendo o seu devir. O Sistema de Permanência Conjunta (SPC), analogamente, pode ser entendido como o projeto de felicidade (AYRES, 2007) de uma equipe multidisciplinar, originariamente constituída por docentes da UFRGS e profissionais do HCPA, imbuídos da missão de buscar atender o projeto de felicidade dos usuários de tal sistema – a criança e a família, os profissionais, docentes e acadêmicos.

Ao se refletir com Ayres (2007) sobre a noção de projeto explicada pela tradição ontológico-existencialista com base na filosofia heideggeriana e que se desdobra até a hermenêutica filosófica gadameriana, tem-se que tal noção deriva da compreensão de que a situação existencial humana é a de um “estar lançado”: uma existência que se constrói a partir de diferenciadas condições da vida humana, desde suas heranças genéticas até as culturais. Mas, além disso, reitera o autor,

o “Ser do humano é, ao mesmo tempo, um ‘ser-para’ e ‘ser-com’ que, a cada momento (o agora existencial, perene e finito a um só tempo), torna o sentido e significado das diversas heranças recebidas (passado) sempre dependentes de um apropriar-se ativa e criticamente delas (presente), conforme os interesses de seguir vivendo (futuro) (AYRES, 2007, p. 55).

As participantes deste estudo destacam o papel da Universidade onde concluíram a Graduação. Percebem que a formação na Escola de Enfermagem da UFRGS é decisiva na transmissão de conhecimentos capazes de constituir uma base sólida para que os enfermeiros tenham entendimento das premissas do cuidado em Enfermagem Pediátrica, e possam transferi-las para a prática cotidiana. Tais premissas dizem respeito ao cuidado à criança hospitalizada e à família.

A academia proporciona vivenciar a arte e cuidado à criança e à família:

[...] nossa Escola deu essa base [...] quando fiz a Disciplina de Enfermagem Pediátrica, fui monitora de Pediatria, fiz a Disciplina de Administração no final do curso em Pediatria, vivenciei isso tudo! Essa arte, esse trabalho da criança e de cuidado à criança e à família. E foi uma coisa tão natural, não existia outra possibilidade, tanto que fui trabalhar um ano noutra instituição, assim que me

formei, num hospital de pediatria, tive esse estranhamento do afastamento da família, a criança era tratada, era a doença da criança (P2).

[...] me espelho muito nos professores [...] levo para a minha vida que, de uma maneira geral, o ensino da UFRGS contribuiu muito [...] para minha formação enquanto enfermeira pediatra. As discussões que se tinha esse olhar para o cuidado à criança e à família, muitas vezes, nem que fosse teórico, mas eu imaginava: “isso eu gostaria de fazer, se eu tiver oportunidade” (P9).

[...] se está indo muito bem, as coisas estão acontecendo, se está sempre em contato com os avanços, mas se sabe que isso é por ser um hospital escola [...] a UFRGS também auxilia muito nisso de se poder estar sempre sabendo, se atualizando para poder também contribuir (P7).

Torna-se vital para a Enfermagem, no futuro, segundo Torralba (2009), uma reflexão cada vez maior e transdisciplinar acerca da ideia de saúde capaz de superar sua antiga orientação para a doença. Trata-se de cuidar dignamente o Ser em sua totalidade e isso inclui cuidar da saúde e reforçá-la. Para o filósofo,

[...] será necessário desenvolver um conceito de saúde para além do paradigma biomédico e integrar as distintas colaborações culturais, filosóficas e religiosas da noção de saúde. Cuidar da saúde é um exercício que transcende o marco da biologia e da corporeidade do indivíduo e requer a atenção e o desenvolvimento de outras dimensões constitutivas do ser humano. Nessa encruzilhada, a Enfermagem deverá integrar em seu seio uma antropologia da saúde, tanto de ordem teórica como de ordem prática (TORRALBA, 2009, p. 39-40).

Devido à intensa responsabilidade que assumem na preservação do fio condutor que garante o cuidado em Permanência Conjunta, as participantes percebem-se engajadas em um movimento transcendente de *olhar* por ele enquanto estiverem na instituição. E para que as premissas se mantenham inabaláveis, as participantes concluem ser indispensável que o ensino adote como lema não só o cuidado à criança, mas também o cuidado à família da criança hospitalizada, e que são necessárias abordagens específicas de sensibilização para assimilação da filosofia do SPC no momento da admissão do novo profissional no Serviço.

[...] os profissionais novos têm que ser conscientizados disso! [...] vim de uma universidade e de uma Escola de Enfermagem que ensinou a trabalhar, a viver e a pensar assim [...] penso que seja importante que no acolhimento dos novos enfermeiros na Pediatria, recebam um embasamento da nossa filosofia: ‘nossa filosofia é o cuidado à criança e à família!’, ‘mas a família fica o tempo todo?’, ‘sim, fica 24h, mas é muito mais amplo do que só isso!’ (P2).

[...] a essência se podia resgatar mais! [...] gostaria de conseguir sensibilizar ainda mais, a todos, quanto à necessidade de cuidar a família, esse também deve ser um lema do ensino (P7).

Nessa perspectiva uma das participantes revela sua preocupação:

[...] as pessoas que estão chegando, vem com uma rigidez maior [...] primeira década de enfermeiros todo mundo veio novinho para cá [...] se começou a construir tudo junto [...] se tinha um grupo que pensava igual [...] depois outras pessoas foram entrando, não era mais aquele pessoal recém-formado, vinham de outros hospitais, tinham uma experiência diferente [...] agora me preocupo muito que a nossa filosofia possa se perder (P4).

O acolhimento, como proposta para reflexão acerca dos marcos filosóficos do Sistema de Permanência Conjunta, justifica-se como momento de encontro mediado por diálogo de sensibilização a essa prática filosófica,

[...] então, talvez esses enfermeiros novos devessem, em algum momento, serem reunidos para se debater esse assunto, para que possam se integrar nesse pensamento [...] vão vendo isso no decorrer do trabalho, mas é diferente descobrirem lá adiante. Às vezes nem descobrem, ficam meio que ‘vão indo no trabalho’, vão indo, vão indo, mas não entendem que todo esse envolvimento tem um fundo, tem uma história, e uma base de importância [...] seria uma coisa boa de se pensar! Assim como são capacitados para uma série de coisas quando entram, mereceriam o momento para falar dessa filosofia da Pediatria (P2).

Essa ideia reafirma a autenticidade do Ser que almeja que os seres de cuidado que venham a constituir-se parte integrante de tal modelo possam reconhecerem o mundo que passam a fazer parte, que faça sentido como projeto de sua própria existência profissional, em seu dever de cuidar de crianças e de famílias em Internação Pediátrica.

Desponta a percepção que, para compreender o sentido de um projeto em curso, é necessário conhecer elementos da história daquele lugar, pois enquanto ser-no-mundo o qual passará a habitar, somente será reconhecido como sendo algo familiar na medida em que dele se ocupar, com presença e solicitude, na intersubjetividade das relações.

O pensamento de Ayres (2007, p. 57) corrobora tal premissa:

Como autor dessa obra (projeto), o sujeito interessado na ação de saúde (o usuário, a família, a comunidade, uma população) pressupõe que ela será apreciada por alguém (o profissional, a equipe, o gestor, outros sujeitos como ele). Já se põe, então, em contato consigo mesmo e com o outro ao se expressar. Ao retratar seu projeto de felicidade, trará elementos narrativos que, embora coexistentes (e porque coexistentes), pressupõem uma história, um sentido para estarem ali. Cada elemento constrói o sentido do todo retratado e, simultaneamente, recebe deste todo o seu próprio sentido.

Esse entendimento favorece compreender como funcionam autênticas experiências de aprendizagem: todos são ao mesmo tempo aprendizes e construtores da aprendizagem, mecanismo que se constitui em troca de saberes, no compartilhar da existência. E é um

contínuo devir ao longo do tempo, mesclando-se, repetindo-se, ampliando-se, recompondo-se, reconstituindo-se, em novos momentos e aprendizagens.

O papel da academia está pulsante na linha do tempo do hospital-escola no auxílio à manutenção das premissas norteadoras em Pediatria, desde a constituição do Sistema de Permanência Conjunta.

[...] faz diferença ser hospital-escola. Essa base do cuidado à criança e à família se trouxe da escola, me formei na UFRGS e aprendi isso desde a escola e se tem feito isso nesses anos todos [...] se foi também fortalecendo isso, com a abertura da possibilidade dos alunos da enfermagem conhecer a UTIP (P5).

Ao resgatar a evolução percebida na formação acadêmica, uma das participantes recorda-se de seu tempo de acadêmica e o tabu que representava o intensivismo pediátrico, tanto que os alunos tampouco eram levados para conhecer a unidade.

Em relação à formação profissional se evoluiu muito nesses anos, e é preciso manter! [...] lembro até hoje da primeira vez que entrei na UTI como aluna, era um tabu, aquela porta fechada era intransponível! No tempo que fiz a faculdade, o Materno-Infantil era no início do curso e por isso os professores tinham mais receio, tanto que nem se conhecia a UTI Pediátrica [...] na minha época não tinha estágio curricular, não tinham bolsistas, apenas em algumas áreas se podia pedir estágio voluntário (P5).

Emerge de modo contundente na formação acadêmica um comprometimento com o ensino dos futuros enfermeiros, à medida que o ensino valoriza a prática do cuidado desenvolvido pelas enfermeiras e vice-versa, explicitado na expressão de P5 “se mostra como se está cuidando”. As enfermeiras percebem-se coparticipantes das experiências de aprendizagem promovidas pelo ensino nas diversas esferas, persistindo no tempo a manutenção do fio condutor do cuidado, as inovações e novos aprendizados. A essência do *Dasein* da Enfermeira pediatra contagia seus seguidores.

Hoje, os professores (da Escola de Enfermagem) levam os alunos para conhecer durante o estágio da Graduação ali na internação pediátrica, e se os pacientes que estão na internação vão para a UTI eles os acompanham e falam com o enfermeiro [...] vai fazendo terem esse olhar também! Se mostra como se está cuidando, temos esse papel como hospital escola, sempre estimular que as pessoas gostem e que as pessoas queiram voltar [...] queiram Pediatria! Esse é o nosso papel, educar (P5)!

Ao apropriar-se do papel de educadoras, as enfermeiras percebem-se uma extensão da academia, ao se imbuírem da compreensão de hospital-escola, e se constituírem em exemplo para futuros enfermeiros. Também se ampliaram os espaços de ensino na Pediatria ao longo

dos anos nas Unidades de Internação Pediátricas, em várias modalidades, estágio curricular e de férias aos alunos da UFRGS. A base do ensino do modelo do Sistema de Permanência Conjunta veio da Escola de Enfermagem da UFRGS e mantém-se sem esmorecer, nesse constante devir.

[...] se começou a oferecer estágio curricular, e estágio voluntário PICCAF (Programa Institucional de Cursos de Capacitação para Alunos em Formação). Ao longo do tempo foi se criando possibilidades que no início não se tinha. Então, as coisas evoluíram bastante. E tem que passar isso sempre para todos os enfermeiros que ingressam no Serviço, esse nosso papel como hospital-escola. Hoje em dia tem a Residência Multiprofissional que é outro foco para ensino e reproduzir nossa filosofia de cuidado (P5).

[...] tem a parte prática do dia a dia junto com o paciente que se evoluiu muito, e sempre se foi unidade piloto para várias inovações para as quais nos sentíamos capazes [...] isso repercute na orientação das equipes e dos alunos sobre como é que se faz o cuidado que preconizamos [...] principalmente, durante o dia, nos estágios de Pediatria da Graduação e, muitas vezes, durante a noite com alunas nos estágios voluntários [...] fiquei acompanhando [...] era uma experiência nova, mas se consegue [...] se tem condições de fazê-lo (P3).

Na hermenêutica dos discursos, à luz dos ensinamentos de Torralba (2009), aparece o valor da edificação, sendo o termo edificar habitualmente relacionado à arquitetura e à construção. Desvela-se como uma atitude que denota um temperamento otimista em sua base, com poder de construção. Em outras palavras,

uma relação humana pode caracterizar-se como edificante quando transforma positivamente a ambos membros da relação. Uma atividade humana é edificante quando o sujeito que a desenvolve se aperfeiçoa através dela, constrói a si próprio [...] Edificar significa que se constrói algo partindo da base [...] significa erguer algo partindo das próprias fundações (p. 163-4).

Atividades de integração docente-assistencial podem constituir-se em percepções de valorização para o enfermeiro pelo reconhecimento da academia e, especialmente, dos próprios alunos, conferindo estímulo constante para novas experiências. Lançar-se a esses desafios desacomoda as profissionais que partem em busca de maior aprimoramento profissional e socialização do conhecimento produzido.

[...] é muito bom as enfermeiras terem esse reconhecimento e se saber disso. Todas nos sentimos valorizadas no nosso trabalho, a colega indo na Escola de Enfermagem dar uma aula e se saber da repercussão, porque é o trabalho de cada uma de nós, então não só ela é valorizada, mas todas são valorizadas nisso. E também, dessa forma, se consegue fazer com que mais enfermeiros, que estão se formando, tenham vontade de trilhar esse caminho da Pediatria, porque experimentam mais hoje (P5).

É um trabalho muito bonito. É uma continuação da assistência! A profissional é conhecedora daquilo que está executando, está transmitindo aquilo que sabe para o familiar, para a equipe ou para os alunos [...] “está sendo encaminhado o trabalho a um evento, vai ser divulgado, vai sair com uma publicação!” [...] muitas vezes se comenta: se faz tanta coisa aqui dentro, os trabalhos precisam ser divulgados (P3).

Resultados positivos de crescimento mútuo da academia e dos profissionais da prática revertem-se de inovações no campo do cuidado e de conquista de novos espaços, tanto ao profissional que se percebe competente ao ensinar quanto ao aluno que se percebe inserido no campo do processo de ensino-aprendizagem do cuidado. Tais experiências de aprendizagem são explicitadas por P5.

Hoje em dia se oferece muito mais, os enfermeiros estão muito mais abertos a receberem os alunos, a ter esse entendimento de que se é um hospital- escola! Antigamente, não é que estava errado, mas se procurava ao máximo proteger o paciente, e a ideia que se tinha como aluno naquela época era de que só se ia atrapalhar o cuidado. E hoje se evoluiu bastante, se traz o aluno para perto, se chama o aluno e acompanha [...] se tem mais essa abertura com a escola, essa presença (P5).

Nesse movimento de abertura da prática do cuidado com a academia e vice-versa, desvela-se um novo significado: ambos os polos de conhecimento, a prática dos profissionais mesclando-se à prática dos docentes, se fundem para produzir como que uma esfera de “nostridade”, usando aqui emprestado o conceito citado por Torralba (2009), e estendendo sua utilização para as experiências de ensino-aprendizagem:

mediante a ação de cuidar, o eu e o tu transcendem a barreira que os separa e se constrói um *nós*. Esse *nós* resultante não implica a dissolução do eu no tu, mas a integração de ambos no sentido de construção. O *nós* resultante não pode compreender-se no sentido dissolvido do termo, ou seja, como massa ou coletividade, mas no sentido mais profundamente comunitário do termo (p. 128).

Alcança-se a compreensão de que, na história da concepção do modelo do SPC, o próprio tratava de vir a constituir-se em modelo de ensino-aprendizagem para os futuros profissionais da Pediatria sob a perspectiva de hospital-escola. Tal concepção acontece no devir do tempo, é feito “presença” como fio-condutor, propagando-se nas esferas da produção do conhecimento em Enfermagem Pediátrica.

Por analogia ao significado de edificar (TORRALBA, 2009), com o sentido imanente da preocupação (HEIDEGGER, 2012), compreende-se o Sistema de Permanência Conjunta como a base, a estrutura do referencial teórico-filosófico utilizado, constituindo-se ele próprio no próprio referencial – porque edificar é construir-se a si próprio. A partir de sua construção,

no devir dos projetos de cuidado com base na preocupação com a criança, família e equipe — profissionais, docentes e acadêmicos — transforma-se em estrutura edificante nos fundamentos do ensino de Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem da UFRGS, o qual tem o caráter de ser a base, sem, no entanto, configurar-se como estática, pois é *Dasein* e como tal possui movimento, e nesse movimento transporta o cuidado e se temporaliza no devir da existência.

Para Heidegger (2012, p. 95-97), a interpretação da questão do ser pode ser compreendida à luz da temporalidade, e ela conquista de fato o entendimento do ser a partir do “tempo”. Nessa perspectiva,

[...] o ente é apreendido em seu ser como “presença”, a saber, é entendido em referência a um determinado *modus* do tempo – o “*presente*” [...] o tempo é tomado ele mesmo como um ente entre outros entes, um ente cuja estrutura-de-ser se procura apreender a partir do horizonte de um entendimento-do-ser que, de modo inexpresso e ingênuo, orienta-se pelo próprio tempo.

Presença e solicitude — características do cuidado — expressando-se como estrutura temporal de um fio condutor nas experiências de ensinar e aprender sobre o próprio cuidado configuram-se processos de retroalimentação contínua na produção do conhecimento em Enfermagem Pediátrica. A academia e a assistência revigoram-se mutuamente, e ambas são fortalecidas.

Ao discorrerem acerca de como visualizam o contexto atual onde exercem a sua prática do cuidado, as enfermeiras pontuam recursos facilitadores ao seu desempenho profissional e, em contrapartida, ao crescimento do Serviço de Enfermagem Pediátrica. O processo de integração docente-assistencial desponta como um mecanismo acionador de tal condição.

Em primeiro lugar se tem o apoio das professoras [...] muito bom ter as professoras e as alunas porque não se fica estagnada [...] se vai sempre evoluindo, por ser hospital-escola. Em tudo, não só na enfermagem. O Clínicas tem todo esse crescimento por ter os professores e os alunos. E os recursos do hospital: hoje se tem o “Serviço de Educação em Enfermagem-SEDE”, a “Comissão do Processo de Enfermagem- COPE”, os outros serviços de apoio, que auxiliam bastante, as enfermeiras em AD (Ação Diferenciada), incluindo a capacitação e ensino aos profissionais. Cada ação diferenciada representa um apoio (P5).

Nossa Enfermagem Pediátrica é forte. Tenho orgulho de trabalhar com colegas que são empenhadas e tem prazer em fazer o que fazem [...] aqui conseguimos trabalhar com mais empenho, mais dedicação em várias partes do processo de cuidado (P8).



O otimismo revelado por seu papel integrador e contributivo ao ensino da Enfermagem Pediátrica reafirma o papel edificador que as participantes atribuem a seu trabalho em sua missão de cuidar. Como transmissoras de um valor construído em bases percebidas como sólidas, percebem-se fortalecidas pelo exemplo compreendido e absorvido. Emerge que, analogamente ao que ocorre num círculo hermenêutico, passam a integrar ao vivido novas experiências de aprendizagem.

O exemplo das professoras foi muito forte [...] no dia a dia como bolsista do serviço, se tinha isso, de conversar, de poder sentir! Convivia com algumas enfermeiras que tem até hoje! [...] uma base sólida na minha formação [...] fui indo com aquilo que acredito e acho verdadeiro, e fui moldando algumas coisas, mas a base eu tive, de bons construtores (P9)!

Corroborando a ideia de que a educação tem um papel de edificação, reafirma-se em Torralba (2009) a compreensão de que a ação de cuidar deve partir do valor da edificação e em igual parcela a de educar, de forma que na articulação de ambas emerge a construção do Ser cuidador, a partir de sua gênese até sua consumação. Não se esgota no tempo, processo ilimitado que dura enquanto existir vida.

Uma das características marcantes para a Enfermagem do hospital-escola vem a ser o estímulo ao ensino e a pesquisa como acionador de atualização constante para qualificar o processo de cuidado, sendo assimilado com reciprocidade, internalizando-se no *Dasein* das enfermeiras.

Acredito que nossa equipe gosta do que faz, e realiza seu trabalho com amor e competência. Temos muitos exemplos disso dentro do nosso Serviço, várias pessoas que são reconhecidas e tidas como exemplos nas áreas em que são especializadas. Isso mostra a *expertise* de cada profissional e podemos perceber o quanto isso é importante dentro de uma instituição que preza pelo ensino e pesquisa (P8).

Sentir-se parte integrante do processo de ensino-aprendizagem que vigora no Serviço por conta de ser hospital-escola, nesse processo de integração docência-assistência, se revela nos discursos a seguir:

Sempre digo aos alunos que aqui estagiam que no hospital aquela Pediatria que se aprende na faculdade, da filosofia, da essência que é o cuidado, se consegue aplicar aqui. Isso é o bom de trabalhar aqui! [...] consegue fazer o que se aprendeu, e o que se acredita que seja melhor para a criança e para a família e que se consegue executar (P6).

Já trabalhei em outras duas instituições onde era uma Enfermeira muito focada na parte assistencial, onde não conseguíamos ter outro foco, como na parte educacional, pesquisa, ensino. Percebo que no nosso hospital e no nosso Serviço somos incentivadas a estudar, escrever trabalhos, ir além da parte técnica que nos é

exigida diariamente [...] muitas colegas empenhadas em aprender, ensinar e a propagar conhecimento, isto me deixa muito feliz, pois nos sentimos parte importante e pensante no processo de cuidado de cada paciente (P8).

O reconhecimento do trabalho da Enfermagem Pediátrica por parte dos professores que dirigem a instituição, especialmente a Coordenação de Enfermagem, por ser uma área onde a fragilidade da condição humana está exposta com tanto vigor, sensibiliza as enfermeiras e revigora a certeza de estarem fazendo o seu melhor.

Trabalhamos diretamente com crianças e com as famílias [...] são palavras da própria Coordenadora de Enfermagem do hospital [...] Numa reunião disse que acha surpreendente que a Pediatria recebe poucas queixas na ouvidoria [...] seria um local que eles realmente poderiam fazer queixas, porque sempre vai se fazer procedimentos dolorosos na criança [...] de alguma forma estamos agredindo a criança, porém a família está vendo que esse não é o objetivo e sim o cuidado [...] esse é o nosso papel (P6).

Os discursos possibilitaram desvelar que se impõe, acima de tudo, uma compreensão global do ser criança e do ser família para poder cuidar com dignidade. Nessa esfera, as enfermeiras percebem-se imbuídas do debruçar-se sobre o reconhecimento em maior profundidade da natureza humana em suas múltiplas dimensões. Nesse aspecto, Torralba (2009, p. 39) assegura que

a transformação pessoal é fundamental para a enfermagem do futuro e requer uma formação muito mais extensa e intensa nas disciplinas humanísticas. Nesse sentido, será necessário revisar a fundo os processos formativos e introduzir conhecimentos novos para um aprofundamento na essência do universo pessoal.

Refletindo acerca dessa questão do aprofundamento do universo pessoal das enfermeiras compreende-se que o aprofundamento está aliado ao processo formativo, com base em conteúdos humanísticos, e também durante a trajetória do exercício do cuidado oportunidades da prática vão se constituindo em aprendizagens significativas. Soma-se, dessa forma, aprendizagens com a bagagem individual e coletiva de uma equipe, obtendo-se, como resultado, o significado de empoderamento da Enfermagem Pediátrica. Por isso, torna-se vital que o ensino e a prática dialoguem entre si, ainda mais por se tratar de hospital-escola, onde o cenário é mais promissor para essas aproximações.

Aliado ao fato de sentirem-se integrantes de um modelo de ensino e de integração docente-assistencial, as enfermeiras contribuem e percebem-se integrantes de uma Enfermagem que se fortaleceu ao logo do tempo.

Na Enfermagem, melhorou muito a parte de processo, tecnicamente, e se organizou muito mais o cuidado, as coisas eram mais empíricas antigamente, hoje estão sistematizadas [...] se evoluiu muito! E vejo que se mantém uma força aqui no hospital, e em todos os serviços não só na Enfermagem Pediátrica, mas a enfermagem como um todo, se tem um respeito, que é essa relação construída no dia a dia (P5).

Acompanhando a evolução da Enfermagem no HCPA, também a Enfermagem Pediátrica desvela-se fortalecida, sob a ótica das enfermeiras.

Sinto a nossa enfermagem muito fortalecida [...] nosso trabalho é muito em conjunto. Temos um papel fundamental dentro da equipe multidisciplinar. Todas as questões de organização do cuidado passam conosco. E somos ouvidas e temos voz nas decisões. Isso é muito importante! Trabalhar num local onde és ouvida naquilo que acreditas, naquilo que é melhor para a criança e para aquela família [...] Se tem muita voz ativa (P6).

Se tem altos e baixos nas relações com a área médica [...] se tem uma equipe médica muito numerosa, considerando grupo de contratados, residentes, uma chefia médica [...] com o decorrer do tempo, foi visto que sem ter esse elo conosco (Enfermeiras) e do trabalho conjunto, o atendimento não andava [...] mas agora se conseguiu mostrar o nosso valor e a equipe médica não trabalha mais sem a gente (P2).

Alcançar reconhecimento, fruto de uma posição de valor conquistada, e perceber que a equipe pode se unir em prol das melhores práticas dirigidas ao alvo do cuidado – o paciente – reverte-se em melhor clima de trabalho, e melhores resultados.

[...] simplesmente porque sem a enfermagem a unidade não funciona! Então temos que trabalhar juntos para que tudo funcione de forma tranqüila para todos, tanto para equipe quanto para os pacientes. E eu estou vendo assim um momento muito bom agora, com essa percepção e com o reconhecimento da importância dos profissionais (P2).

Mediante esclarecimento conceitual do significado de autonomia disciplinar pode-se compreender corretamente a relação interdisciplinar. Cabe refletir que a autonomia não se opõe, de modo algum, à heteronomia. A autonomia de uma disciplina refere-se a ter sua própria metodologia e legalidade. No entanto, todas as disciplinas da área da saúde estão intimamente relacionadas entre si e dependem fundamentalmente umas das outras, o que não significa que não exista autonomia disciplinar (TORRALBA; 2009).

Para o fortalecimento do papel e do lugar que ocupam no espaço cotidiano das relações interpessoais e de cuidado, as enfermeiras ponderam que,

é preciso desmistificar algumas questões [...] desafios no cotidiano do trabalho em equipe precisam ser enfrentados e transpostos criativamente, especialmente, via

conhecimento, competência, habilidade técnica e discernimento no processo de negociação e empoderamento da profissão (P2).

Nas mudanças existenciais da equipe com implicações no contexto do cuidado, em algumas circunstâncias ocorrem rupturas, desencontros e reencontros, capazes de alterar o processo relacional, com repercussões para o cotidiano profissional. Isto mostra que os espaços de cuidado precisam de um repensar contínuo ao longo do tempo, para que as conquistas não sejam esquecidas ou esmoreçam, durante a trajetória percorrida pelas equipes.

[...] hoje é mais difícil essa construção, essa manutenção [...] tudo é por processo, as coisas evoluíram, se especializaram muito, cada um se distanciou também mais [...] tem que ter um esforço maior para que se mantenha o respeito, principalmente com a equipe médica. Mas temos que no dia a dia, mostrar o nosso papel. É dessa forma que se consegue respeito. É mostrar a importância do nosso trabalho e fazer bem feito (P5).

Para Torralba (2009), a autonomia disciplinar deve ser compreendida de modo relativo e contextual. A correlação entre as profissões da esfera da saúde é necessária e fundamenta o trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, a autonomia não deve identificar-se com independência, pois no âmbito das disciplinas da saúde todas estão inter-relacionadas, e também seus profissionais, sendo que cada qual insere no conjunto determinada especificidade.

[...] tem que mostrar seu empoderamento o *tempo* todo [...] muitas vezes, temos que mostrar para os próprios colegas enfermeiros que precisamos ter uma posição uniforme, firme, profissional do nosso trabalho para que possamos ser respeitados e manter essa estrutura do trabalho interdisciplinar ouvindo a todos e tomando uma decisão em conjunto, não uma decisão unilateral. (P2)

O discurso da participante ilumina uma característica norteadora do cuidado humano e que precisa ser aprimorada e cultivada na temporalização do fazer da Enfermagem Pediátrica. Tal fazer emerge de si em direção ao outro e com outros *Daseins*; não se constitui de forma individualista, porém, emerge do individual e concretiza-se no coletivo. Nesse particular emerge o aspecto peculiar da sabedoria que nada mais é do que um conhecimento global da realidade, ou seja, não é só conhecer

[...] parcela da realidade, um microcosmos, mas ter uma visão global e transversal do mundo. Por outro lado, a sabedoria não se relaciona unicamente com a visão intelectual do ser humano, mas também com a dimensão prática. O ser sábio não está baseado exclusivamente no conhecimento, mas também no estilo de vida caracterizado pelo cultivo de virtudes morais (TORRALBA, 2009, p. 36).

Emerge novamente no discurso a noção do ‘tomar-se para si’ com sentido de ‘responsabilizar-se explicitada pela participante P2 com significado de empoderamento. Vincula-se a uma noção de responsabilizar-se que se endereça à globalidade e à transversalidade do saber e fazer da Enfermagem Pediátrica, entendida como *Dasein*.

O empoderamento da Enfermagem é uma conquista, nem sempre fácil e espontânea, mas está diretamente relacionada ao desenvolvimento da competência para cuidar, em defesa daquilo em que acredita. Evidencia sabedoria, não somente vinculada à sua prática, mas também para diminuir as distâncias entre as múltiplas esferas disciplinares e ir além de si para alcançar o agir em conjunto – trata-se do “ser-com-outros-*Daseins*” (HEIDEGGER, 2012). Uma das participantes pondera que

[...] cada profissão foi crescendo, não se cresceu junto. É como uma árvore que quanto mais cresce, mais os galhos vão se separando. Então, quando era menor tudo era mais próximo, hoje em dia cresceu tanto, cada um se especializou tanto, a Enfermagem cresceu muito [...] só se distanciou mais e, nesse sentido, se precisa estar mostrando, estar se impondo, se impondo de uma forma positiva, não é se impondo brigando [...] mas é reforçando nossas convicções (P5).

A reivindicação exagerada da autonomia disciplinar pode ser explicada pela violação historicamente desencadeada contra a autonomia e a singularidade da profissão de Enfermagem. Nessa perspectiva, é fundamental que os futuros profissionais, no âmbito das ciências da Saúde busquem superar o dilema entre autonomia e heteronomia. Isso somente será possível se cada disciplina delimitar fronteiras e seu próprio fim, porém reconhecendo sua interdependência no processo de cuidar (TORRALBA, 2009).

Desvela-se nos discursos uma tomada de atitude diante da reflexão de que é necessário buscar o equilíbrio nas relações interdisciplinares para que, realmente, sustentem um cuidado autêntico, com base no reconhecimento da especificidade e da importância de cada profissional. O fio para o desequilíbrio é tênue, o amadurecimento profissional exige posicionamento firme, porém com base em habilidades técnico-científicas e humanas.

Uma das questões fundamentais para a Enfermagem Pediátrica, em sua preocupação essencial que é o cuidado, é a possibilidade imanente de mover-se em direção ao outro por ser existencialmente ser-com e ser-com-outros-*Daseins*. Nessa compreensão, o conceito de existência e cuidado está implícita a relação de convivência e, também, de solicitude antecipatória, impulsionando o ser cuidador para a liberação do outro *Dasein*, com quem convive, para o seu próprio existir (STEIN, 2004a).

No mundo da Enfermagem Pediátrica, a equipe de enfermagem, em sua totalidade, exerce um cuidado desenvolvido em uma partilha cotidiana, em que as interações são um fluxo constante, atualizando o estar-com a criança e a família, e o estar-com entre si.

Estratégias compartilhadas para a promoção de suporte estrutural, no que tange aos aspectos organizativos para a prestação do cuidado, são desencadeadas em um movimento de ser-com-outros-*Daseins*. Assim, constitui-se um novo conhecimento originário da preocupação com o mundo do cuidado, no sentido da morada do Ser. Na familiaridade desse processo de Ser formador de mundo, que todo *Dasein* tem, de forma velada ou aparente, percebe-se o desvelar de ações de natureza coletiva que demonstram o que Heidegger (2012) identifica como o poder-ser-mais-próprio na esfera individual, unindo-se aos outros *Daseins* no mundo do cuidado, na essência desse movimento.

Nos discursos, essa familiarização entre os seres promotores do cuidado com o norte de empenhar-se com o lado da estética do mundo do cuidado, desvela-se para as participantes com significado de gestão participativa. Apontam estratégias de gestão participativa, no cotidiano do trabalho, como recursos facilitadores para congregar a equipe e favorecer a noção de *responsabilidade pela previsão* do cuidado.

Grupo Bee, grupo de trabalho da unidade, com sistematização das reuniões quinzenais, e momentos de encontro [...] isso poderia ser ampliado para o SEPED como um todo. [...] cada grupo tem a sua necessidade, o seu momento, mas é uma questão que para o futuro é importante [...] pode ser mais revigorada, e cada um tem a sua forma de fazer [...] mas ao se aprofundar um pouco na literatura sobre a questão de gerenciamento e gestão do cuidado, se vê que este é o melhor caminho (P10).

No grupo Bee nos sentimos úteis porque se vê resultados. Se capta situações que devem ser melhoradas, como rotinas, por exemplo se estuda, mas não se decide sozinho. Se vê as opiniões do grupo todo ou quem se disponibiliza a dar uma opinião e encaminhar as situações, estudar e resolver. Não se pode decidir coisas isoladas. Tem que ter conhecimento, ter um acompanhamento (P3).

Não se trata de ausência de regras ou princípios a serem seguidos, mas atribuir sentido a tudo o que é solicitado e executado: este é um dos maiores aprendizados que o trabalho em equipe tem proporcionado.

Não que em algum momento não se tenha alguma determinação: “vai ter que ser feito, mas vamos fazer do limão uma limonada!” e tentar entender porque aquilo está acontecendo, não só baixar a cabeça e “tem que fazer, porque tem que fazer”, mas que se seja crítico, mesmo nesses momentos, para fazer algum sentido (P10).

Nas concepções heideggerianas o conceito de ser vem associado à compreensão, não somente em função do reconhecimento do encobrimento do Ser, mas porque se inaugura um conceito de Ser vinculado à abertura do ser-aí, ou seja, à compreensão do Ser pelo ser humano. Portanto, nessa concepção, Ser passa a representar um espaço aberto pela compreensão em que ocorre a condição de possibilidade de pensar o “fundamento” dos entes. Ser passa a assumir um sentido operativo, prático, que emerge da compreensão que o ser-aí tem de seu modo de ser finito, enquanto se autocompreende na existência (STEIN, 2004a).

Ser, portanto, conforme explicita Stein (2004a), a partir da interpretação heideggeriana, somente ocorre por meio do modo de ser do ser-aí, ou seja, “somente há ser humano porque o homem opera com o conceito de ser para ter acesso aos entes [...], pois nada mais há sem que se abra o espaço de compreensão e de estrutura prévia de sentido instaurados pelo ser humano” (p. 220).

À medida que os profissionais não identificam sentido e não reconhecem a importância do seu fazer, distanciam-se do verdadeiro propósito de seu devir, e estagnam ou regridem, sentindo-se desmotivados e insatisfeitos. Para o enfermeiro essa constatação junto à equipe de enfermagem pode modificar o curso das relações de cuidado no Sistema de Permanência Conjunta.

[...] o porquê do cuidado à família, se tem que trabalhar muito isso com toda a equipe de enfermagem! [...] algumas vezes há uma desvalorização do seu fazer, na medida em que terceirizam alguns cuidados e algumas responsabilidades que são suas, para as famílias. Então não está havendo uma verdadeira noção e apropriação do seu papel e isso se tem que melhorar [...] para um futuro se tem que fazer esse resgate (P10).

Pela responsabilidade que assumem com e pela equipe da qual fazem parte no movimento de “tomar para si” e percebendo a dinamicidade com que também evoluem os processos vividos tanto na interioridade do Ser como nas relações cotidianas, as enfermeiras sendo no tempo “com-outros-*Daseins*”, percebem-se parte ativa e atuante para um repensar contínuo e agregador do cuidado, especialmente relacionado às equipes e às famílias. Compreendem que por estarem partilhando juntos essa trajetória é possível resgatar o sentido no constante devir da existência,

o sentido que o ser humano constrói para ilustrar seu itinerário pessoal, para justificar seus atos e enchê-los de significação não é estático, mas dinâmico como a própria vida. Com efeito, a pessoa é uma estrutura pluridimensional e plurirrelacional, tremendamente vulnerável e mutante, isso significa que sua identidade histórica e seu modo de compreender a vida não está preestabelecido a

*priori*, mas que se desenvolve a *posteriori*, isto é, ao longo de seu itinerário vital (TORRALBA, 2009, p.179).

A configuração que o sentido assume é histórica e narrativa, dependente de vários fatores alheios à consciência individual; sofre influências das circunstâncias, experiências cognoscitivas e emotivas (TORRALBA, 2009). No processo de abertura do ser, buscando compreender aqueles que junto trilham a construção do cuidado, concomitante à construção de sua própria história, as participantes percebem-se coresponsáveis por aquilo que constroem e partilham.

[...] costumo conversar com a equipe sobre isso, tem coisas e ‘coisas’ que se possam delegar, algumas não se pode delegar para o familiar; tem aquelas que devem ser compartilhadas para que os familiares compreendam esse cuidado durante a internação para desenvolverem depois, mas tem cuidados que não, tipo assim, para o descanso daquele profissional, delegar uma atividade de enfermagem que não seja adequado àquele momento. Então assim, essa é uma situação que se trabalha até hoje, porque temos algumas ocorrências nesse sentido (P3).

Como se trabalha dia a dia investindo na família, a família tem responsabilidade até ali, tem coisas que são nossas e, às vezes, se tem que resgatar um pouco isso. E não é aquele processo mais *tecnológico*, nisso até que se está bem [...] é a dinâmica mesmo de entender, de saber diferenciar o que é nosso e o que é da família, o que é nossa responsabilidade para não banalizar o essencial que é um banho de leito, por exemplo [...] ainda se perde cateter na Pediatria (P7).

Cuidar no sentido de acompanhar um Ser vulnerável, para Torralba (2009) é desempenhar a responsabilidade ética, a qual está para além de um sentimento de proximidade para com esse Ser, alcançando a essência do cuidar que é preocupar-se pelo outro e assumir como um dever moral. Assim, sendo, a ação de acompanhar e de cuidar implica responsabilidade, detém um princípio inevitavelmente ético, além de antropológico, psicológico, social e espiritual. Assim por envolver elementos profundamente éticos, supera, indiscutivelmente, os limites da técnica.

Aflora, diante de eventos adversos à segurança da criança, a compreensão de que é necessário que os enfermeiros assumam o compromisso de focalizar as questões que são de sua responsabilidade enquanto equipe na totalidade – “ser-com-outros-*Daseins*” exercendo a ética no cuidado. Torna-se fundamental a compreensão de que a família é também cuidadora, porém determinadas atribuições são de competência da enfermagem e podem ser compartilhadas, em um processo de negociação, mas não assumidas na integralidade pela família sem a presença da equipe de enfermagem, o que garante maior segurança no cuidado.

Nessa perspectiva, uma das participantes relata a importância de



[...] discernir o que é da família e o que enquanto profissional tenho que valorizar e acompanhar [...] fui numa enfermagem resgatar os sinais vitais para evoluir [...] a mãe me abanou, fui ver, pediu uma fralda, porque tinha terminado de dar o banho [...] balança estava do lado dela, uma criança traqueostomizada, queria a fralda porque terminou, secou, tinha pesado a criança [...] não entendo porque aquele banho estava sendo dado e a mãe estava sozinha? [...] não precisava aquilo estar acontecendo! E a mãe estava lá esperando e a criança aguardando [...] isso me incomoda (P7).

Na essência do processo de cuidar, explica Torralba (2009), encontra-se a mais nobre das virtudes: a responsabilidade. No caso do cuidar enquanto forma de articular materialmente o valor da responsabilidade, este cuidar não deve ser entendido na perspectiva paternalista, e sim o exercício de um dever humano para com os Seres de cuidado. Pondera que se deve esclarecer que “o cuidado ao qual estamos nos referindo é *responsabilidade compartilhada* e não *responsabilidade delegada*, é responsabilidade de *previsão* e não responsabilidade de *improvisação*” (TORRALBA, 2009, p. 165).

A sobrecarga de trabalho, em alguns momentos, tem sido apontada como justificativa para transferir ao Ser família o que está sob a responsabilidade do profissional, no sentido ético do cuidado, o encargo de sua realização, na transferência de cuidados à criança. Mas há que se aprofundar reflexões nessa direção: porque alguns cuidados estão sendo transferidos, e não compartilhados?

[...] o enfermeiro, no geral, tem mais claro a importância disso, das suas ações, o reflexo que isso tem, qual é o seu papel junto à família, mas vejo que para alguns profissionais da equipe de enfermagem os técnicos e auxiliares, às vezes, há um “atrapalhamento” em relação a isso por sobrecarga de trabalho, quem sabe, ou por não perceberem a importância, tornando alguns cuidados banalizados (P10).

[...] angustia muito, quando uma criança perde uma sonda [...] Podemos focar em algo pontual do dia a dia, mostrando o nosso papel enquanto cuidador, enquanto educador junto à nossa equipe, se pode evitar muitos eventos adversos, ou a própria infecção [...] precisamos melhorar! Quantitativo de pessoal ajudaria, mas não é só isso [...] mais comprometimento e mais responsabilidade, talvez uma melhor divisão da parte educativa de toda a equipe de enfermagem, incluindo os técnicos (P7).

O envolvimento dos profissionais nessa compreensão construída na linha do cuidado à família, harmonizando-se essa ótica partilhada na equipe de enfermagem em sua totalidade, é ponto-chave nesse contexto. Emerge a necessidade de estudar estratégias para estimular esse engajamento: o cuidado compartilhado e o processo de negociação com a família.

[...] pensando até na linha do Processo de Enfermagem, todo cuidado tem um referencial científico, é extremamente importante [...] então, penso que falta um pouco essa compreensão, esse raciocínio, uma troca de fralda pode ser um cuidado banalizado e tem sido. Mas não é o ato só da troca de fralda que a mãe faz em

casa, mas no momento que está trocando a fralda da criança, de que forma está trocando? Aquele cuidado é um cuidado amoroso ou não? O cuidado é feito de uma forma correta? [...] uma menina, é feita a higiene no sentido ântero-posterior? Então, a forma como aquela mãe está fazendo, para saber como ela está fazendo, tem que se estar acompanhando (P10).

[...] poder dar treinamento, orientar [...] tem que atuar mais no dia a dia com nossa equipe, sensibilizar mais para as questões do cuidado junto à família, às vezes, banalizadas. Penso que se podiam ter atividades focadas no dia a dia, resgatar o que é importante, por exemplo, o profissional estar na sala na hora que a mãe está dando o banho, a questão da presença, estruturalmente se tem muitas coisas para melhorar (P7).

O caráter da presença que o acompanhamento envolve é uma das prerrogativas do cuidado autêntico precisa ser cultivado pela equipe de enfermagem em sua totalidade.

O aspecto das eliminações é fundamental [...] A pesagem diferencial de fraldas também, e às vezes tem sido delegado. Recém deu mamadeira, a criança está investigando refluxo, e é colocada na posição horizontal? Só que isso às vezes se perde, de que forma se pode resgatar? Usando esse exemplo, quantos aspectos estão sendo banalizados. A mãe pode, sem dúvida, fazer o ato da troca de fralda, mas todo esse raciocínio e acompanhamento é do profissional, além de registrar. Isso é o cuidado compartilhado [...] o processo de negociação com a família (P10).

Compreender que é importante uma revitalização do pensar e do fazer por parte da equipe de enfermagem pode traduzir-se em novo posicionamento diante dos impasses percebidos no cotidiano do cuidado. Tal mudança de atitude assume o significado de preocupação com a valorização da equipe de enfermagem em sua totalidade, articulado à missão de compartilhar o cuidar da família.

[...] para chegar a essa relação qualificada com o familiar, o profissional tem que estar muito empoderado do seu papel [...] como são muitos trabalhos rotineiros que o técnico faz, muitas vezes banalizado, não consegue se sentir valorizado como profissional [...] às vezes só é cobrado quando erra, e está sobrecarregado [...] sempre que se tem capacitações para o cuidado à família, isso contribui de certa forma (P10).

Emerge a sugestão de que estudos ou trabalhos de pesquisa pudessem ser realizados sob a ótica do Técnico de Enfermagem, como uma proposta de resgatar a presença e solicitude às necessidades manifestadas pela família:

[...] seria um bom tema para fazer uma pesquisa, conduzida por profissional ou acadêmico, com técnicos de enfermagem e familiares, acerca das suas percepções em relação a esses cuidados [...] e a partir daí se poderia fazer momentos de reflexão ou capacitação [...] teria que se pensar. Mas eu sinto que se precisa fazer (P10).

Sob a ótica dos participantes é fundamental uma reflexão, e mesmo uma investigação mais profunda, acerca de quais modos de trabalhar e pensar possam estar obstaculizando uma adequada articulação do cuidar, respeitando-se os princípios de autenticidade, destacando-se a reciprocidade, a presença e a solicitude (TORRALBA, 2009).

No devir do tempo, a totalidade do ser-aí da Enfermagem Pediátrica foi se construindo enquanto projeto de cuidado, desdobrando-se e recompondo-se continuamente em torno do eixo criança-família-equipe, entendendo-se aqui equipe os profissionais, os docentes e acadêmicos – seres do interior do mundo do hospital que cuidam da criança e da família. Para o entendimento dessa estrutura da Enfermagem Pediátrica como *Dasein*, tem-se em Heidegger (2012, p.891) que “a totalidade-do-ser do *Dasein* como preocupação significa: ser-adiantado-já-em-relação-a-si-em (um mundo) como ser-junto-a (ente-que-vem-de-encontro-dentro-do-mundo). A unidade originária da estrutura-da-preocupação reside na temporalidade”.

Heidegger (2012) aponta para uma compreensão fundamental da temporalidade do Ser e, conseqüentemente, do cuidado. Pode-se transportar esse conhecimento para alcançar a raiz imanente na Enfermagem Pediátrica, tecendo uma leitura em analogia ao que se entende por *Dasein*. Nesse sentido, “no encontrar-se, o *Dasein* surpreende-se ele mesmo como o ente que, ainda sendo, já era, isto é, como o ente que é constantemente sido, ou seja:

o adiantar-se-em-relação-a-si funda-se no futuro. O já-ser-em... manifesta em si o ser-do-sido. O ser-junto-a [...] só é possibilitado no presenciado [...]. O “antes” e o “adiantar-se” indicam o futuro [...] que o *Dasein* seja de tal maneira que para ele o seu poder-ser está em jogo. O projetar-se fundado no futuro no “em-vista-de-si-mesmo” é um caráter essencial da *existencialidade*. Seu sentido primário é o futuro (HEIDEGGER, 2012, p. 891-893).

A unicidade de cada ser encontra-se justamente no fenômeno que o caracteriza e que o move, e, em essência trata-se da compreensão. Nesse sentido,

[...] o ser – humano nunca pode ser inteiramente tematizado, na medida em que , enquanto se compreende, está jogado numa facticidade que é indepassável, isto é, para trás dela não se pode recuar. Desse modo, o ser humano nunca se estabelece como natureza ou essência acabada, como os outros entes. [...] Isso significa que o ser humano não se de – limita, não se define, ele sempre chega tarde (STEIN, 2004a, p. 222).

Como diz Ayres (2006), é tão estreita a relação do homem com o mundo que o conhecimento do mundo já é um modo de ser no mundo, e a “transcendência é, portanto, um

plano de imanência, desde o qual o humano se constrói conhecendo-se [...] é na circularidade hermenêutica que mais fecundamente o Ser pode vir a conhecer-se” (p. 62).

Stein (2004a, p.223) diz que o Ser “é incapaz de suprimir sua facticidade para se colocar um começo. No fundo, o ser humano nunca pode dar a si mesmo um estatuto legitimador de sua possibilidade como efetividade”. Nessa perspectiva de constante vir a ser, o Ser cuidador reconstrói-se continuamente no devir do tempo, e assim o acompanham os projetos de cuidado sempre em curso, nunca prontos e acabados inteiramente, acompanhando o círculo hermenêutico do cuidado. O *Dasein* da Enfermagem Pediátrica, analogamente, avança acompanhando a transcendência dos Seres de cuidado – criança, família e equipe; não prescindindo da premissa de manter, porque se responsabiliza pela Permanência Conjunta, fiel ao movimento do repensar do cuidado à Criança e à Família de forma contínua ao longo do tempo.

Um dos principais pontos que demandam esforços das enfermeiras está vinculado à preocupação em manter suas equipes capacitadas de modo a não esmorecer diante das dificuldades que o viver cotidiano junto às famílias desencadeia. As participantes apostam na revitalização permanente do Programa de Apoio à Família como mantenedor de tal perspectiva.

[...] nessa revitalização do PAF que está acontecendo, é imprescindível retomar reuniões sistemáticas como já houve em outros tempos [...] foi muito rico aquele momento em que o PAF organizou aqueles encontros “O PAF promove”, e a cada mês se tinha um bloco de questões relacionadas [...] as enfermeiras do PAF são pessoas teoricamente mais empoderadas e mais capacitadas para promover com as equipes esses espaços de reflexão sobre o cuidado à família [...] isso tem que renovar sempre (P10).

[...] Programa de Apoio à Família precisa ser mais intensificado [...] preocupação com os pais que vão para o domicílio com as crianças [...] aumentou o número de crianças que vão para casa com uso de tecnologia, de algum equipamento necessário. Talvez, tenha que ser revisto esse processo [...] nossa clientela tem mais dificuldade em determinadas questões, até financeiras ou dificuldades de entendimento (P2).

Desvela-se a preocupação e a responsabilidade pela segurança das crianças, como um processo que precisa ser continuamente revisado pelas mudanças sempre renovadas das tecnologias para a manutenção da vida.

[...] se precisa ter a segurança que determinada família vá para casa com seu filho com condições de ser atendido e não volte na semana que vem ou dois, três dias depois, talvez por uma coisa que pudesse ter sido prevenida se a mãe tivesse sido mais orientada. A equipe como um todo tem que acompanhar a evolução das tecnologias (P2).

Considera-se prudente assumir diante destas manifestações das participantes, na lógica de suas próprias preocupações, a seguinte recomendação:

[...] é necessário precisar, pelo menos é no que acreditamos, ainda que seja de modo provisório, alguns princípios de caráter antropológico e ético que sirvam de horizonte na ação de cuidar e permitam reler a própria ação e submetê-la a autocrítica sob mínimos parâmetros intelectuais que devem ser formulados constantemente à luz das contribuições do mundo da experiência (TORRALBA, 2009, p. 129).

Relacionado ao cotidiano da Permanência Conjunta, tendo como fio condutor o cuidado humano ampliado à família, torna-se vital que a equipe sinta-se preparada, inclusive com os significados contidos nos discursos dos profissionais. Reflexões de uma das participantes deixam claro tal ponto de vista.

[...] mas porque trago a necessidade de um repensar contínuo ao cuidado à família? A tônica do nosso cuidado tem muito a ver com isso! A equipe tem que estar preparada, tem que se achar um equilíbrio [...] se está tentando, entre essa coisa mais técnica [...] passagem do PICC, é extremamente importante, é um cuidado técnico, está posto a vista para terapêutica da criança [...] ninguém nega seu valor! A Acreditação, com todas as suas nuances, tem que ter um segmento de profissionais que se aproprie, mas não se pode deixar de lado nossas premissas norteadoras, entre elas o cuidado à família (P10).

Desvela-se, aqui, uma faceta peculiar do olhar da enfermeira para o Ser – família: crescer com a família e pela família. Tornar a família “mais parte do cuidado” revela algo para a interioridade do ato de cuidar – é cuidar de alguém que está cuidando, e enquanto está cuidando, naquele exato momento, no aqui e no agora, na presença do Ser enfermeira compartilhando a presença da família, na singularidade do ato de cuidar. É cuidar com-o-outro.

Sempre se pode crescer e ampliar coisas que hoje ainda se pensa que são parte da nossa função. Talvez daqui a pouco se consiga perceber que se pode dividir isso com a família, que se pode estar trabalhando juntas, tornando a família mais parte do cuidado [...] ainda se pode melhorar esse olhar de que muitas vezes os pais fazem aquilo melhor do que nós (P5)!

Ser humilde no ato de cuidar é uma das mais dignas virtudes do cuidador; mostra a arte de cuidar com a alma de um aprendiz que sempre vai enriquecer-se com o Ser do outro com quem partilha a convivência nos momentos de cuidado.

Hoje as famílias são muito mais parte do que já foram, mas em algumas situações se usa como mão de obra e não como “melhor para o paciente porque é o filho”, mas às vezes se usa porque facilita o trabalho (P5).

É preciso reconhecer o significado do cuidado da família para o filho e o que representa para a criança o cuidado sendo realizado pela família. A reflexão contida no discurso da participante exalta o legado de sua experiência obtida ao longo dos anos de cuidado em Permanência Conjunta.

[...] isso é uma coisa que se tem dificuldade de aceitar, se é tão perfeccionista e “bom, pode ter outro jeito que seja melhor!”; por ser a mãe que está fazendo, faz aquele curativo de traqueostomia todos os dias, e aquele jeitinho é o melhor para ‘aquela’ criança, talvez não seja o melhor para ‘outra’, mas para o filho dela é o melhor, não é o jeito que faço necessariamente que é o melhor (P5).

O movimento de transcender e ir além se revela como a tônica do cuidado autêntico, e permite incorporar uma compreensão que pode ela mesma transcender na evolução dos tempos, mantendo-se na circularidade hermenêutica, fio condutor do cuidado humano.

Há um caráter peculiar à singularidade do movimento de construção do cuidado que encontra respaldo na afirmativa de Stein (2004a, p. 96), ao interpretar a explicação heideggeriana para um pensar esquecido, mas que:

[...] a definição de homem como animal racional, conduzindo o esforço de determinar a essência do ser humano para um modo de existir em que, desde sempre, ele já é um além – de – si. É, assim, introduzida uma transcendência ligada à existência. Tal transcendência, todavia, se liga à condição formadora de mundo. “[...] o homem é formador de mundo”. Mundo, portanto, como transcendência e mundo também como forma na qual se dá a unidade entre as três formas de pensar [...] para além da segunda forma de pensar, a lógica, existe um pensar que é um modo de ser-no-mundo.

No movimento de transcendência, o *Dasein* da enfermeira sempre encontra espaço para evoluir na transmissão de forças para o *Dasein* do Ser família poder reconfigurar-se no encontro do *Dasein* da criança, diante das novas perspectivas existenciais. Nesse encontro de *Daseins* emergem singulares experiências de aprendizagem.

Antes não era a família que fazia o curativo de Traqueostomia [...] se cresceu muito e tem espaço para crescer mais ainda nesse sentido, para evoluir mais, para compartilhar mais essas coisas com a família, permitir que participem mais do tratamento, se apropriem de algumas coisas! Tem que saber dividir! E esse saber dividir é dar esse poder para a família e ao mesmo tempo não usar a família para diminuir as nossas tarefas, tem uma diferença nisso (P5).

O cuidado autêntico caracteriza-se pelo compartilhar; aflora no “ser-com” a família.

[...] é compartilhar e não simplesmente entregar aquela atividade para a família [...] E mesmo em Terapia Intensiva se tem essa possibilidade de ter esse compartilhamento, essa participação da família (P5).

Essa compreensão resulta de um processo de transformação no modo de perceber a família. No dizer de Stein (2004a, p. 96), expõe uma convocação heideggeriana que favorece o entendimento desse modo de ser-no-mundo e da tarefa do pensar.

O pensar não é uma simples atividade de apresentar argumentos em série ou formas lógicas em qualquer campo científico, mas em que ele é um modo de ser: “Nós estamos, por exemplo diante de uma árvore em flor e a árvore está diante de nós, ela se apresenta a nós. A árvore e nós nos apresentamos um ao outro, enquanto a árvore está aí e nós estamos aqui. Na relação recíproca – postos um diante do outro – a árvore e nós somos”.

É possível, então, compreender um movimento que, ao invés de levar a objetos, revela um acontecer. A linguagem heideggeriana para expressar este pensar,

move-se muito próxima da linguagem como poesia. Não apenas pelas ressonâncias que o poeitar tem com aquilo que ultrapassa os domínios da lógica, mas, sobretudo, porque o poeitar apresenta a ruptura do ritual da objetivação e acena para um espaço onde o acontecer do mundo é possível (STEIN, 2004a, p. 103-4).

Reside nessa metáfora um sentido profundo que remete à compreensão de que apesar de cada ser ocupar seu lugar no mundo enquanto “ser-aí” esses mundos se entrecruzam em uma relação que adquire o significado de reciprocidade.

É a forma como se percebe, é difícil explicar, porque a diferença é muito sutil, mas é o que tu permite, como tu permites que aquele pai ou aquela mãe estejam fazendo um determinado cuidado com o filho, ou de que forma tu solicitas que ele faça aquilo, que cuide se a dieta está correndo ou se parou de pingar, se trocou a fralda ou não. Vai se fazer isso não porque é menos coisa para fazer, vai se permitir porque é um direito do pai, é filho dele (P5).

A Enfermagem, sob essa ótica, não está sendo substituída pela família ou a família substituída pela Enfermagem. É uma espécie de fusão, em que ambos os polos da relação encontram-se tão próximos que não se dissolvem, mas adquirem uma configuração norteadas pela reciprocidade, no compartilhar daquele espaço e daquele momento de cuidar.

E essa configuração é esclarecida por Torralba (2009, p. 128):

cuidar de alguém significa integrar em si mesmo a vida interior do outro, participar de seus pensamentos, até o extremo de alguém se perguntar quem é, afinal, o agente ativo e o agente passivo na função de cuidar. Mediante a ação de cuidar, o eu e o tu transcendem a barreira que os separa e se constrói um *nós*.

Nessa relação de reciprocidade a essência do que move os seres dirige-se para o diálogo, à argumentação para construir, em sintonia, ideias e novos posicionamentos em relação à realidade vivenciada, envolve mutualidade na participação e não-substituição. Não envolve cobrança e sim escolhas mutuamente validadas.

Discorrendo sobre suas preocupações quanto à capacitação dos profissionais, a participante P10 ressalta:

[...] Sistema de Permanência Conjunta, será que todos sabem? Talvez se possa começar retomando o Manual do Sistema de Permanência Conjunta, qual é o conceito? Que normatização se tem? [...] Os Direitos da Criança e do Adolescente, o grupo teoricamente vai fazer todo o movimento de retomada [...] de trazer isso mais aflorado! O ECA, com a residência se passa falando nele, e com a nossa equipe, quem é que conhece o ECA? Quem conhece um pouquinho mais os direitos da Criança e do Adolescente? [...] o cuidado humanizado, se trabalhou em alguns outros momentos [...] necessita-se retomar (P10).

Quando a existência do outro importa-nos profundamente, estabelece-se o que Ayres (2004) denomina de escuta diferenciada. É no contínuo da interação entre o cuidador e os seres de cuidado que pode acontecer um genuíno encontro entre esses seres, em que um acolhe a essência do outro, numa relação de profunda reciprocidade. E esse movimento de cuidado somente se estabelece se estiver acionada a disponibilidade de escuta do outro e que se transforma em real possibilidade. Mas, aqui se fala de um tipo especial de escuta e que faz toda a diferença, é a “qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar” (p. 23).

O ponto norteador da reflexão é a escolha que movimenta os seres a dirigir-se ao foco do que realmente buscam alcançar no encontro que se estabelece, e que diferencia a qualidade da escuta. Quando a escolha que orienta a interação terapêutica é a morfofuncionalidade no sentido de obtenção de dados objetivos, as questões existenciais mantêm-se em plano secundário, ou são até esquecidas. No entanto, quando se amplia o horizonte para uma dimensão existencial abre-se o espaço para o que existe na interioridade do ser e que para ele encontra-se na tecitura de seu projeto existencial, que poderá, então, ser reconhecido e desvelado. Encontra-se na origem desse movimento o que a ontologia existencial heideggeriana aponta como agir em-função-de, e que se explicita em decidir tomar uma decisão (AYRES, 2004; HEIDEGGER, 2012).



Para a compreensão do que significa um verdadeiro encontro e o movimento de escolha, que em realidade dirige a tomada de decisão tem-se que:

a caracterização do vir-de-encontro dos outros é de novo orientada pelo *Dasein* cada vez *próprio* [...] é preciso atender ao sentido que tem aqui “os outros”. “Os outros” não significa algo assim como o todo dos que restam fora de mim, todo do qual o eu se destaca, sendo os outros, ao contrário, aqueles dos quais a-gente mesma *não* se diferencia no mais das vezes e no meio dos quais a-gente também está [...] O “com” é um conforme-ao-*Dasein*, que “também” significa a igualdade do ser como um ser-no-mundo do ver-ao-redr-ocupado. Sobre o fundamento desse com no ser-no-mundo, o mundo já é sempre cada vez o que eu partilho com os outros (HEIDEGGER, 2012, p. 343).

Na compreensão heideggeriana, trata-se, aqui, de reconhecer no outro aquele que me faz diferença e aquele a quem se atribui sentido, tanto que dele me ocupo, e a quem dirijo minha preocupação. É o caráter acima de tudo existencial, imanente à essência de um movimento que passa a ser de real interação - ocupação partilhada.

Na prática do cuidado faz diferença a equipe apropriar-se de significados que são inalienáveis ao seu fazer, quando esse fazer emerge do foro íntimo de cuidar, em que a essência move-se pela ocupação e pelo genuíno interesse por quem e para quem da preocupação.

[...] tem o problema de conceituação, o cuidado humanizado [...] alguns princípios e algumas questões até de educação, ser solidário, ser empático, ter compaixão, saber ouvir, ter uma escuta ativa, ser amoroso, afetivo. E se tem outra questão que é aquela linha da política de humanização que é um pouquinho diferente disso, mas é trazer algumas estratégias, com cunho, não digo mais científico, mas que tenham outras ferramentas, por exemplo, nessa escuta. Não adianta só escutar, tem que ter uma escuta ativa e tem que entender o que é isso (P10).

Na filosofia heideggeriana, um dos pontos centrais e que esclarece o movimento do Ser em direção à construção de seu projeto de vida ou de cuidado, porque o cuidado é a essência da existência, constitui-se no agir “em-função-de”. Essa compreensão pode ser, particularmente, importante a todos os cuidadores, tanto profissionais quanto familiares, pois rege a potencialidade do Ser em direção ao seu próprio fortalecimento enquanto pessoa, com significado de “poder-ser *mais-próprio*” (HEIDEGGER, 2012).

Essas expressões constituem-se pontos primordiais da filosofia existencial e possibilitam a compreensão do modo-de-ser que significa o cuidado, e que se relaciona à possibilidade *mais-própria* do *Dasein* enquanto ser finito. Nesse sentido,

o *Dasein* só é propriamente ele mesmo, na medida em que *como* ser ocupado junto a ... ser preocupado-com-o-outro, ele se projeta de modo primário no seu poder-ser mais-próprio [...] O *Dasein* só pode ser *propriamente ele mesmo* quando para tal se possibilita por si mesmo (HEIDEGGER, 2012, p. 723).

Retomando a sua prática, nesse movimento de Ser autêntico, ocupado junto ao outro ser com quem partilha sua existência no mundo e assumindo tomar para si esta responsabilidade, o Ser cuidador move-se em direção à construção e reconstrução dos projetos de cuidado. Compreende que é vital o comprometimento de disseminar conhecimentos que façam sentido, em prol das crianças, cuidadores familiares e profissionais.

[...] se faz na prática, mas talvez não se tenha o entendimento e a valorização. Que ferramentas existem para que se dê um cuidado humanizado, no sentido de eu ser humano. Para ser humano preciso me relacionar, preciso de afeto [...] no contexto do trabalho trago a escuta ativa, o que é isso e de que forma posso trabalhar essa escuta ativa? É o cuidado, é humano, é humanizado, é a essência, estás falando do indivíduo, da essência das relações humanas (P10).

Converge para a hermenêutica alcançada a propriedade que o Ser cuidador se outorga no devir do cuidado humano e que parte de sua genuína responsabilidade, que emerge de sentir como uma obrigatoriedade objetiva o desafio de responder às necessidades do outro vulnerável – entenda-se aqui o outro como outros *Daseins* do mundo do cuidado. Tal responsabilidade ética deriva da premissa de que “no ser da pessoa está contido de maneira totalmente concreta um dever” (TORRALBA, 2009, p. 166).

A responsabilidade se refere a um domínio mais profundo, da interioridade do Ser, ao afirmar que se trata de um conceito mais global de responsabilidade que “inclui o passado, o presente e o futuro, ou seja, a responsabilidade pelo que se tem feito e, também, por aquilo que se omite, ou evita fazer. Há responsabilidade por palavra, por obra e por omissão” (TORRALBA, 2009, p. 166).

Nesse encadeamento de reflexões que se sucedem e se mesclam continuamente na progressão dos discursos, movidas pela responsabilidade com sentido de dever, aflora para as participantes um questionamento que tem na base o cuidado lançado na facticidade da temporalidade com a preocupação pela manutenção do fio condutor do Sistema de Permanência Conjunta como modelo de cuidado. O olhar para a família transcende a ótica do cuidado centrado na criança, pois quem cuida também precisa ser cuidada, sendo entendida como unidade a ser cuidada como Enfermagem Pediátrica.

Emerge, nos discursos das participantes, a compreensão de que cada uma tem a sua responsabilidade pela manutenção, com garra e perseverança, das conquistas alcançadas pelo

serviço do qual fazem parte. Entendem que somente por meio de um posicionamento seguro para a garantia da autonomia e respeito conquistado pela Enfermagem Pediátrica é possível, em contrapartida, manter fortalecidos os marcos filosóficos do Sistema de Permanência Conjunta.

As pessoas que entram no serviço tem que aprender como se cuida da família e aceitar isso, não só da boca para fora, tem que aprender a lidar com isso no dia a dia e ir gostando. Temos que estimular os novos profissionais que esse é o trabalho que se tem que fazer e sensibilizar que as pessoas possam ir assimilando a filosofia do cuidado à criança, mas também à família! Daqui a pouco se está saindo [...] estou me aposentando. Nós as mais antigas, às vezes, conversamos sobre como as coisas vão ficar, como a Unidade vai ficar daqui alguns anos (P5)?

E desvelam uma legítima preocupação com a manutenção da essência do Sistema de Permanência Conjunta:

[...] Saindo as antigas, quem vai bancar isso, lutar para que a filosofia se mantenha dessa forma, mostrar que isso é importante no papel da enfermagem, do enfermeiro frente à equipe multiprofissional, de não baixar a cabeça e dizer “sim senhor”, de lutar pelo que acredita (P5).

Pela intensa valorização das conquistas que a Pediatria obteve desde o nascimento do Sistema de Permanência Conjunta, berço dos marcos filosóficos que norteiam o cuidado à criança e à família, as participantes assumem a responsabilidade por sua manutenção.

Aqui é um lugar muito diferenciado de trabalhar, mas as pessoas que tem entrado nos últimos anos pensam que as coisas são assim porque foram ganhas. Se tenta mostrar que é uma batalha diária [...] o quadro de pessoal, o respeito que a enfermagem tem é uma conquista, não foi ganha simplesmente. Aqui se respeita muito mais a enfermagem do que em outras instituições [...] ficam impressionadas com a autonomia e o respeito que se tem (P5).

Entendem esse posicionamento por se perceberem parte ativa nessa construção, corresponsáveis por um projeto transformador e pioneiro de cuidado, mas que somente foi conquistado pelo empenho e dedicação contínuos, no tempo.

Temos que mostrar que o respeito a nossa filosofia e autonomia é conquistado no dia a dia com o nosso posicionamento, com o nosso trabalho [...] E as pessoas que estão entrando vão ter que manter isso! Mantivemos até hoje! É um papel nosso das antigas [...] Faz parte do que se tem a transmitir, se tem obrigação disso! (P5).

A participante revela qual seria o legado que poderia deixar dessa reflexão como contribuição para honrar o zelo ao fio condutor de uma história, pela qual também se sente responsável.

É uma preocupação [...] não tenho uma receita, é algo que se vai construindo aos poucos [...] não é num dia que vou dizer “olha é assim que vocês têm que fazer porque estamos saindo!”. É o meu exemplo e o exemplo de cada um de nós e as coisas precisam ser ensinadas, explicadas, mostradas, o que se está fazendo [...] Tem que ser sincero, ser franco. O porquê a Permanência Conjunta funciona dessa forma, a importância que tem! É convencer as pessoas, é vender o peixe. Através do exemplo, chamando as pessoas, se agregando nessa filosofia (P5).

No dia a dia das relações no trabalho vão surgindo as oportunidades de transmissão dos valores éticos e estéticos do cuidado humano e suas interfaces com a filosofia do Sistema de Permanência Conjunta. A defesa pela filosofia que respalda o modelo, nem sempre fácil e espontânea, integra o agir movida pela preocupação proveniente do *Dasein* da participante que assim se manifesta:

[...] dificuldades existem [...] tem diferenças, o grupo é maior hoje. Cada cabeça pensa de um jeito, cada uma tem sua opinião, mas os impasses que surgem se conversa, se chama as pessoas, se discute em reunião e tenta acertar [...] vou tentar direcionar para a forma que penso que tem que ser. Se acredito que tem que ser com a participação da família, vou sempre insistir nisso! Daqui a pouco pode ter outra colega que não pense assim [...] tem que ter preocupação com a filosofia, essa não pode mudar (P5).

Essa sempre foi a premissa mais forte - a preocupação com a manutenção inabalável da filosofia da Permanência Conjunta. Zelar por essa filosofia significa lutar com recursos sensíveis e éticos em respeito à criança e à família para que seja absorvida por todos aqueles que, com sua presença, fazem acontecer o cuidado. O aprendizado contínuo interpõe-se como mediador nesse movimento na temporalização do acontecer da história. E somente ocorrendo como fio condutor o exemplo, ou seja, é por meio de atitudes, de ações práticas de cada profissional que se sente responsável pela sua criação e que, por sentir-se responsável, faz com que a criação se mantenha uma realidade.

A participante P5 destaca a importância da necessidade de estar regimentado o processo do cuidado pela família à criança. Na sutileza do detalhamento desse movimento de envolvimento da família, mediante negociação, partilha e corresponsabilização. Extrapola a questão da permanência em si, é mais do que isso! Na progressão do discurso descortina-se a essência.

A forma de olhar reporta ao olhar compreensivo, é enxergar com profundidade, é ver além do que é visível. Nas profundezas do invisível aos olhos deixa-se tocar pela sensibilidade e transforma-se em atitude, mediante posicionamento seguro.

[...] tem que se manter essa forma de olhar a criança e a família, de cuidar, mas se pode sistematizar mais isso e o cuidado [...] se faz as coisas da forma como se acha melhor, acho melhor de um jeito, você pode achar melhor de outro [...] são questões muito subjetivas, mas tinha que se encontrar uma forma de sistematizar. Como um POP (Procedimento Operacional Padrão) para um procedimento, aquele procedimento é feito assim! [...] que isso fique mais evidente: “é assim que é para ser!” (P5).

O detalhamento daquilo que deve ser exercido precisa estar contemplado em documento que perdure para a posteridade, como projeto inabalável em sua filosofia, e determinação prática, como diz Ayres (2006, p.60), tomando emprestada a premissa heideggeriana: “o Ser do humano é cuidado. É projetar e, ao mesmo tempo, ser o ‘curador’ do projeto”.

[...] tem que se arrumar uma forma de oficializar, de que esteja registrado [...] se não está documentado a qualquer momento pode se perder, quem disse que era para ser assim? Essa autorização da família, essa permanência maior, coisas que se faz e que não se fazia! Precisa ficar num documento, porque senão daqui a pouco se pode deixar de fazer assim de novo (P5).

A participante recorda de um episódio marcante que alterou momentaneamente a dinâmica da Permanência Conjunta, atribuindo-lhe um caráter de gravidade pelos argumentos utilizados em contraposição à filosofia preconizada. Situações como a apontada despontam no vivido da enfermeira e fundamentam suas preocupações, ao mesmo tempo em que potencializam o poder ‘curador’.

Houve um período lá na UTI que simplesmente resolveram tirar o horário de visita e aproveitaram a epidemia da gripe A. Depois passou a epidemia e seguiu sem horário de visita, por um período, mas claro que foi resgatado! [...] talvez atrapalhe, porque era um entra e sai de gente? Mas aquilo era um ganho, uma coisa boa, aí daqui a pouco as coisas se perdem (P5).

O que paira na superfície dos argumentos não legitima uma prática. É necessário investir na profundidade com conhecimento de causa em proteção ao que é ético e responsável.

E alguém se dá conta e tenta retomar, mas se isso está documentado que é assim, foi criado! Então, também precisa ser documentado para ser mudado. Essa questão

da permanência dos pais está no regimento, mas outras coisas da permissão do cuidado pela família à criança, essas coisas menos óbvias (P5).

A contribuição da enfermeira fica explicitada na defesa pela existência de um documento que detalhe o processo de cuidado na Pediatria.

É um pouco diferente da Normatização da Permanência Conjunta [...] É um detalhamento daquilo que talvez se pudesse fazer de uma forma mais objetiva [...] que não ficasse no bom senso de cada enfermeira. Enquanto, que se isso está ali estabelecido, posso não gostar muito, mas é assim que é para ser e vou ter que cumprir. Porque essas coisas muitas vezes se têm que estar reforçando, bancando para que aconteçam, e quando não se estiver mais aqui? [...] preocupa que se percam (P5).

É colocar movimento na documentação escrita da filosofia da Permanência Conjunta: é a representação do círculo hermenêutico do cuidado, de forma a explicitar o detalhamento do processo do cuidado à criança e à família. Transcende ao fato da simples existência da autorização/ estímulo à permanência da família, mas é o detalhamento da permanência, como os pais são inseridos no cuidado pela enfermeira, que os conduz partilhadamente e não impositivamente; cuidando de seus limites, de suas possibilidades e de seu amadurecimento pessoal e cognitivo para poder cuidar. Tem que estar escrito, mas tem que também se revelar no exemplo de cada enfermeira.

Isso é a documentação, isso vai ajudar, isso é a história da Pediatria! É mostrar essa evolução, se isso está posto ali para voltar atrás tem que ter um motivo, não é só porque não estou a fim de fazer mais, se é para ser feito e está documentado, porque é que vai mudar? Vai servir não só para que não mude, mas vai servir para que as pessoas que vem vindo aprendam isso (P5).

A importância de conhecer a Permanência Conjunta na temporalização de seu existir configura-se como um revitalizar do Ser-aí da Enfermeira na essência da Enfermagem Pediátrica, por meio de aprendizagens significativas, porque fazem sentido na construção partilhada sem desviar do fio condutor.

Volta e meia cito isso em alguma reunião quando as pessoas fazem alguma colocação, uma reclamação: “mas tal coisa é desse jeito!”, essa coisa não é desse jeito do nada, tem um porquê, tem uma história atrás disso! Se está ruim assim, bem vamos ver o que se pode melhorar, mas já foi assim e evoluiu assim, assim... até chegar aqui! [...] tem que conhecer essa história (P5).

Inserir-se no fazer da história é reviver, é construir junto com aqueles que as antecederam e trilhar a descoberta de como aconteceu no passado, os argumentos que

sustentaram e sustentam tal projeto de cuidado. Ser corresponsável por uma história certamente favorece que ela se mantenha presente.

Não entrei aqui no início da Pediatria, mas aprendi o que tinha acontecido, qual foi à história da Pediatria. De que forma tinha sido criada, tinha crescido, tinha evoluído nesse período [...] entra uma pessoa e reclama: “mas esse espaço é apertado, não dá para ficar um pai aqui”; “olha os pais já ficaram aqui com espaços muito mais apertados!”. A Unidade não foi sempre assim, mas se conseguia permitir a presença e a participação da família (P5).

A história se renova, se recria, mantendo a tradição:

é claro que os cuidados, o número de equipamentos e a complexidade aumentaram, mas o espaço também aumentou. Vamos organizar para ver de qual forma se pode continuar atendendo, mas não é simplesmente: “ah, não dá!” Não! Vamos ver como é que se fez ao logo do tempo (P5).

O estado de abertura para a propriedade de sua existência como enfermeiras pediatras potencializa agir em função de sua preocupação máxima: a criança, a família e a equipe de enfermagem. O mecanismo de que se constitui, Heidegger (2012) o explica como o poder adquirido de ouvir o apelo da própria consciência a algo que traz uma informação que não lhe é indiferente, e faz o Ser despertar e mover-se – “despertar para adiante”. Esse apelo também precisa ele mesmo ser entendido, porque faz parte do modo de ser do Dasein a busca por sentido. Desse modo, só o entendimento da intimação recebida vem a constituir-se como conteúdo fenomênico do apelo da consciência. Assim, diz o filósofo, “nós caracterizamos o entender próprio do apelo como querer-ter-consciência. Esse deixar-agir-em si o si-mesmo mais-próprio [...] representa fenomenicamente o poder-ser próprio atestado no Dasein ele mesmo” (p. 807).

O aspecto da transcendência aflora como uma perspectiva de crescimento da Enfermagem Pediátrica que acompanharia o crescimento individual ao mesmo tempo em que se coletivizaria, resultando em maiores benefícios na totalidade.

[...] possuímos uma Enfermagem Pediátrica forte no HCPA [...] o que nos faria melhorar ainda mais seria conseguir um maior envolvimento de colegas em algumas áreas importantes [...] muitas trabalham há anos na Instituição e estão “acomodadas” nas posições que ocupam. Contribuem pouco em demandas maiores do que apenas a assistencial (P8).

O esforço de cada um para o crescimento do todo vem a ser a preocupação de uma das participantes que desvela sua angústia por perceber a acomodação de colegas na prática da

Enfermagem Pediátrica. Tal acomodação é percebida como ausência ou poucos recursos interiores de contribuir para com os avanços de uma área em contínua transformação.

[...] as demandas são supridas por poucas pessoas ou pelas mesmas em várias ocasiões. Gostaria de ver uma Enfermagem Pediátrica mais renovada, envolvida, com mais paixão pelos assuntos assistenciais, de ensino, de pesquisa [...] pessoas mais entusiasmadas com seu trabalho e mais colaborativas em áreas afins [...] não resistissem às mudanças e que conseguissem ser mais abertas às melhorias que são proporcionadas pelo avanço dos tempos e das contribuições tecnológicas e intelectuais que conseguimos com nossos estudos e nosso empenho (P8).

Percebendo-se engajada em um movimento de fortalecimento da Enfermagem Pediátrica, mediante estudo e contribuição, a participante desvela uma presença interior de quem confia no seu próprio trabalho, mas percebe fragilidades de desempenho naqueles que se mantêm inertes ou resistentes às transformações da prática propiciadas pelo avanço do conhecimento. É o movimento do vir a ser latente no *Dasein* da enfermeira, capaz de visualizar o potencial próprio e aperceber-se de que outros também podem crescer, mas é necessário, em concomitância, um processo de abertura do Ser.

Temos um leque de assuntos a serem estudados, em que podemos contribuir e crescer conjuntamente, basta estarmos abertos e com vontade de trabalhar, estudar, nos empenharmos em fazer a diferença no lugar em que estamos. Deveríamos aproveitar mais estas oportunidades, pois cresceríamos todos, profissionais, equipes multidisciplinares e, principalmente, nosso maior foco: o paciente e suas famílias (P8).

Para o exercício pleno do cuidar, alguns pilares são imprescindíveis e figuram como norte de reflexão contínua, tanto na academia, quanto na prática de cuidado. Tais pilares dizem respeito à dedicação e técnica, ciência e sabedoria, conhecimento teórico e prático, numa conjuntura de um modelo institucional que possibilite condições estruturais favoráveis ao desenvolvimento do cuidado (TORRALBA, 2009).

Complementando, Torralba (2009) afirma que é dever moral dos profissionais da saúde não apenas zelar pelo desenvolvimento correto de sua profissão, mas também pela reivindicação de condições adequadas do ponto de vista institucional para o exercício qualificado do cuidar e do curar.

Nessa perspectiva, há, na unanimidade dos discursos das participantes uma forte sensação de que somente com um Hospital Pediátrico a totalidade das demandas infantis e dos adolescentes viria a ser contemplada.



[...] grande transformação se tivéssemos um Hospital Pediátrico! Vejo que se têm lacunas no atendimento à criança, pensando na criança e no adolescente [...] não se tem no hospital serviço de atendimento ao adolescente! [...] para o nosso Serviço de Enfermagem Pediátrica, seria muito importante, em médio prazo, sabe-se que em curto prazo não tem condições, mas que a médio sim! [...] retomar esse espaço, o olhar diferenciado para o adolescente [...] as nossas crianças vão crescendo, se tornam adolescentes, e para o hospital têm que se tornarem adultos de imediato. Não há um respeito e uma valorização dessa faixa etária que é fundamental para a formação do indivíduo adulto (P10).

[...] um hospital pediátrico nos ajudaria com a questão da visualização integral das necessidades da criança [...] trabalhei em um hospital que era só pediátrico e realmente é diferente. E isso poderia ser um lema para um futuro nosso [...] um norte que se poderia galgar ainda, também para o adolescente [...] na Pediatria, em geral, com 12 anos ele entra num limbo que não se sabe o que vai acontecer [...] que seja um hospital incluindo adolescentes, até 20 anos (P6).

Para uma das participantes, a equipe de enfermagem almeja um Hospital específico para atender as demandas pediátricas, como recompensa ao esforço empreendido ao longo de todos esses anos de Permanência Conjunta.

[...] primeiro, almejamos ter um hospital para nós. A equipe, os pacientes e as famílias merecem [...] todo o empenho da equipe multiprofissional, se tem que ter uma área específica, para nos sentirmos valorizados [...] na assistência, 60 - 70% da assistência é nossa [...] se trabalha 24h por dia e se estende para 365 dias do ano, é uma continuidade, ninguém fica 1 mim sem a enfermagem [...] a gente merece (P3).

Desvela-se como um sonho no horizonte dos tempos de uma Pediatria já merecedora de credibilidade, projetando-se na esperança de mais uma conquista futura.

E o sonho ainda é ter um hospital pediátrico que vai existir lá na frente [...] vai existir porque vai se perceber que isso é necessário! “Tanto se fala, tanto se fala!” mas, se falava tanta coisa lá atrás que as pessoas diziam “não, isso não vai acontecer!” e aconteceram, por que não pode acontecer? Talvez, não esteja aqui mais, mas vai acontecer (P2).

A preocupação com a atenção à saúde da população infantil é a geradora do ímpeto de tal movimento, no sentido de que

[...] se vislumbra essa necessidade, a comunidade precisa! A comunidade não pode depender só de um hospital pediátrico numa cidade como Porto Alegre, num estado como o Rio Grande do Sul! E por todo potencial que temos, de conhecimento, de tempo de experiência, isso tem que ser aproveitado e essa necessidade tem que estar sempre se batendo com um martelo, sempre se fortalecendo “olha o hospital pediátrico”! Área existe (P2).

A especificidade das características de Ser criança poderia ser mais bem contemplada na perspectiva que

Somos uma Pediatria em um hospital geral, se sente essa dificuldade, como horário restrito em Bloco Cirúrgico, entre outras coisas [...] a criança é prioridade, como no caso dos pacientes oncológicos, também necessitam fazer exames primeiro, em relação a outros pacientes [...] tem todo um movimento para isso. Mas não se pode esquecer que o fundamental é que são crianças [...] tem uma doença oncológica, ou vão fazer um transplante [...] mas, em primeiro lugar, são crianças e isso tem que ser visto. Essa é a essência! E só se vai ter isso se tiver um grupo trabalhando especificamente nisso. Independente de onde a criança esteja tem que ser vista com prioridade, por pessoas da Pediatria (P6).

Se trabalha em um Hospital Geral, que atende os pacientes todos da mesma forma, criança e adulto. Então, se vê que a comida, muitas vezes, é uma comida que nem sempre agrada aos olhos de uma criança! Não se consegue ter essa individualização das necessidades (P5).

Fica evidente para as enfermeiras pediatras que a criação de um Hospital Pediátrico compele a uma nova ótica: a criança no seu espaço e na sua filosofia, de modo a unificar a atenção requerida na prática ofertada. Na atualidade, a atenção é ainda fragmentada, pela pulverização de áreas que absorvem os pacientes pediátricos na instituição como um todo.

O hospital cresceu muito e se tem crianças em outras áreas também! [...] se sente quando uma criança é atendida no CCA ou no Bloco Cirúrgico, que não tem especificidade para a criança, nem da área de Enfermagem nem da área Médica [...] faz falta isso, um hospital inteiro só pediátrico [...] um serviço só não daria mais conta, não pode ser um serviço que abranja a área cirúrgica, a Oncohemato [...] tudo tinha que ser pediátrico, e não ter tantas áreas como tem hoje “Adulto-Pediátrico”. Nesses outros serviços em primeiro lugar é Cirúrgico, em segundo plano é criança. Foge a essa nossa lógica de em primeiro lugar ser criança (P5)! [...] atualmente se tem áreas que atendem crianças tão espalhadas no hospital [...] o ambulatório das crianças lá embaixo, o terceiro leste separado do décimo andar [...] podíamos ter uma área integral, um centro cirúrgico pediátrico [...] quem sabe se poderia fazer uma parceria com a cirurgia, de também ter essa ideia (P2).

Para uma atenção especializada às crianças é imprescindível lançar um olhar para a necessidade de melhorias na estrutura física com repercussões positivas ao atendimento:

Seria fundamental que se pudesse ter, tanto nas Unidades de Internação quanto na UTI, espaços maiores [...] a UTI apesar de ter sido feita uma reforma recente, melhorou o ambiente para a criança, mas dificultou para a equipe [...] se poderia ainda ter melhorias, um espaço em que a mãe pudesse ficar na poltrona, mas que se pudesse ter o acesso facilitado. Que se pudesse ter a claridade do dia, uma janela para a criança ver se é dia ou noite, porque perde essa noção quando está na UTI (P5).

Nessa trajetória toda, só nos fortalecemos! Porém, temos muito a conquistar ainda porque se queria que a Pediatria fosse mais ampla, tivesse área física mais adequada, mas vejo como sempre crescendo desde o início até agora (P2).

Percepções que incidem no acompanhamento criterioso do *Dasein* da criança se revertem em constatações de melhorias estruturais com enfoque em melhor ambientação para as crianças, e atendimento integral de suas necessidades.

Se evoluiu muito nesses anos todos, 35 ou 36 anos da Pediatria [...] Mas muito poderia melhorar, na estrutura, e em todo o atendimento, para se poder ter recursos para que a criança possa brincar adequadamente, mesmo em terapia intensiva, quando não pode ir à Recreação; possa ter uma alimentação mais apropriada para criança [...] se percebe as crianças que estão conscientes e que estão lúcidas. Aquelas que são maiores se acaba trocando de leito para que possa ter uma janela, ter essa diferenciação, a criança vai se deprimindo, afeta o tratamento [...] com um Hospital Pediátrico, poderia se pensar num todo para a criança (P5).

O hospital pediátrico é um vir a ser percebido como algo inevitável, almejado pelas participantes como um ideal a ser alcançado pela convicção de reunir todos os serviços específicos para o atendimento da criança em suas características de crescimento e desenvolvimento.

Não vejo isso nesse momento, já se teve em outros momentos, isso mais fortalecido, mas não chegou a ser concreto, mas isso foi muito falado. Não se tem falado nisso agora, nesse crescimento do hospital, nesses novos anexos, nessa ampliação, não se fala numa área específica Pediátrica. Mas penso que daqui um tempo isso vai ser inevitável! Então, todas essas necessidades vão poder ser mais parte do dia a dia, se é um local só pediátrico, tudo isso já vai ser próprio (P5).

O hospital está se expandindo tanto. Está tendo uma visão de maximização de tudo, prêmio de tudo e essa visão, esse foco não deve nunca morrer! Sabe-se que não vai ser imediatamente, porque até 2018 se está empacado nessa obra faraônica aí desse prédio novo, que é necessário, que precisa [...] até lá ninguém vai pensar em outro (P2).

Em recente passado houve um movimento das equipes pediátricas, congregando representantes de todos os serviços que compõem a Pediatria, incidindo em uma proposta de criação de um Hospital Pediátrico, no qual também estava contemplada a necessidade vigente de uma Unidade para Adolescentes. Tal causa foi abraçada pelo Programa de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados e mobilizou esforços de um grupo constituído por docentes das Faculdades de Medicina e Escola de Enfermagem e profissionais da instituição, para tal planejamento. Almejando que essa ideia possa ser retomada, o Serviço de Enfermagem Pediátrica é apontado como acionador de um movimento com tal finalidade.

Se fez estudos em consonância com o Programa para Defesa, mas é uma tônica que o Serviço de Enfermagem Pediátrica tem que retomar! A Pediatria nunca esqueceu essa proposta [...] seria o ideal se ter um Hospital Pediátrico [...] haveria até o fortalecimento de todas essas questões que se tem da própria criança! Talvez,

daqui alguns anos, se possa atingir esse sonho [...] a médio prazo seria mais fácil se ter a Unidade de Adolescentes [...] é função do Serviço de Enfermagem Pediátrica mostrar isso, é extremamente importante (P10).

O projeto já estava idealizado na cabeça de todos. As coisas pareciam que iam acontecer e de repente ...são priorizadas outras áreas. Fico pensando por que isso acontece em algumas outras áreas? Tem que descobrir porque (P3).

Surgem propostas em defesa dessa nobre causa, com a Enfermagem Pediátrica como protagonista dessa mobilização.

Reunir pessoas, de novo! As várias equipes junto com a Enfermagem Pediátrica. Mas a Enfermagem, como tem essa visão mais ampliada, mais global, é muito precursora de diversas situações, até isso de poder estar chamando os outros profissionais para sentar e para fazer essa discussão! [...] se tem um papel muito importante nisso, de disparar alguns processos, talvez até através do Programa de Defesa [...] é uma questão importante para o futuro do SEPED (P10).

Para outras participantes o movimento de retomada da proposta de um hospital pediátrico, como um anexo do próprio HCPA, deveria ser abraçado por professores e profissionais do hospital, incluindo os pertencentes a essas áreas que absorvem pacientes pediátricos na instituição, agregando-se ao Serviço de Enfermagem Pediátrica nessa missão. E também

teria que envolver os professores e aqui também, os enfermeiros dessas outras áreas, e convencer dessa questão da criança, da especificidade da criança. Teria que ser uma coisa que partisse não só do Serviço de Enfermagem Pediátrica, mas que os outros serviços também tivessem essa percepção de que o melhor para a criança seria estar num lugar só Pediátrico (P5).

Tínhamos que, claro, buscar os aliados aqui dentro, mas tem que se buscar aliados fora, na comunidade, nas diversas áreas política, mídia, não sei como se fazer isso. Abrir uma campanha: “Queremos um hospital pediátrico!” São sementinhas que se vai plantando e alcançar apoios, prefeituras [...] se sabe que o hospital não dá conta de toda a comunidade pediátrica (P2).

Congregar as crianças e adolescentes em um hospital próprio para suas demandas constitui o argumento-chave a ser utilizado em defesa da proposta e justifica-se na premissa de que trabalhar com criança exige perfil e capacitação específicas, além da questão da vontade de cuidar de crianças.

Na Unidade de Ambiente Protegido, é ótima a unidade, mas é misturado criança e adulto na mesma unidade [...] as pessoas que são contratadas não são preparadas para atender a criança, são preparadas para atender pacientes oncológicos, num geral [...] têm vontade de trabalhar com Onco- hemato, não necessariamente com criança, e acabam atendendo crianças. No CCA e no Bloco Cirúrgico a mesma coisa, não só a Enfermagem, mas o Anestesista, quantas vezes se ouve: “nesse turno não tem anestesista pediátrico”, mas se é horário que vão trabalhar com criança, tem que ter um anestesista que tenha capacitação (P5).

Fica em pauta a premissa de que o meio acadêmico e assistencial possam levantar a bandeira do Hospital Pediátrico em nome do que se considera o melhor para a criança e para a família, em novos tempos.

Teria que ser um trabalho de convencer os colegas dessas outras áreas, em relação às especificidades da criança, abrir mão de atender a criança nesses espaços [...] se desprenderem disso, e não considerar uma perda e sim uma reorganização, não quer dizer que “estou perdendo um espaço para outro”. Vendo dessa forma acho que fica mais fácil [...] isso não acontece porque as pessoas têm necessidade de poder e de espaço (P5).

A necessidade de redimensionamento de pessoal em Pediatria é considerada uma demanda reprimida, especialmente destacada nos últimos anos, e aparece como uma articulação possível junto à proposta de um Hospital Pediátrico.

Ter um hospital só Pediátrico, uma área toda gerenciada só para Pediatria, pode favorecer que se consiga que a Administração tenha esse olhar para a Pediatria. Perceba que: “a criança é assim e precisa dessas condições!”. Hoje em dia o que se tem é uma vala comum, é o hospital como um todo, e ali no meio disso está a Pediatria. Então não se vê toda essa peculiaridade da Pediatria, e nisso, sem dúvida, recursos humanos é a diferença! Tem toda aquela questão da dependência da criança e a presença da família [...] a família não está ali para fazer os cuidados por nós! Além de se estar cuidando da criança se cuida da família também, isso despende bastante tempo (P5).

O perfil do nosso paciente mudou muito [...] se acaba tendo inúmeros procedimentos e o tempo envolvido com determinadas situações dificulta, inclusive, um cuidado mais qualificado à criança e, sem dúvida, aos familiares [...] ainda tem que se estruturar melhor nesse sentido sem eximir a cada um de ter a sua responsabilidade de dar conta das suas atribuições [...] tecnologicamente se está bem, no entanto, se podia ter melhor a questão do dimensionamento de pessoal [...] se tem muitas crianças com muitos cuidados (P7).

A necessidade de repensar recursos humanos está respaldada na especificidade do cuidado em Pediatria quando se considera a diferença entre cuidar da criança e cuidar a família da criança. É uma sutil diferença, mas tem que ser incorporada pelo meio assistencial e pelo acadêmico em prol de melhor argumentação dessa peculiar perspectiva.

Fazendo o NAS (Nursing Activities Score) se pode ver, uma das coisas que mais pontua é o tempo que se fica com a família e realmente é bastante tempo! Tudo que se faz se está ali explicando para os pais ou para outro familiar, e isso faz parte, não se está fazendo a mais. Não! Esse é o nosso trabalho [...] mas é uma demanda de tempo, e isso não é visto (P5).

A aplicação do escore Nursing Activities Score leva em conta o tempo despendido com a família e é considerado forte aliado em defesa do redimensionamento de pessoal em intensivismo pediátrico.

Os pais não são contados como pacientes, como alguém que a gente atenda. Na UTI eu tenho 13 leitos, mas eu não conto os 26 pais, mas estão junto o tempo todo! E a dependência da criança, também tem que ser considerada [...] se pudéssemos ter um hospital pediátrico, isso seria valorizado e essa questão de pessoal seria mais fácil de ser resolvida (P5).

A análise compreensiva dos discursos converge para a ponderação de que, segundo Torralba (2009), a prática adequada da Enfermagem requer condições não centradas exclusivamente nas questões econômicas ou burocráticas, mas também nas estruturais. Dessa forma, é irrefutável a necessidade de uma discussão ampliada acerca das várias dimensões do cuidar, atentando-se para os aspectos institucionais que precisam ser valorados para que não dificultem a boa prática profissional.

Lutar pela causa de o HCPA ter seu próprio anexo Pediátrico, tônica de recente passado, continua no pensamento dos profissionais da Pediatria, na temporalização da criação e recriação de seus projetos de cuidado. Tem como argumento, para a sensibilização dos profissionais e professores da comunidade acadêmica e assistencial, reunir as crianças e adolescentes em espaço único e próprio de modo a englobar todas as demandas derivadas das especialidades e procedimentos terapêuticos destinados às crianças e adolescentes, valorizando o ciclo da vida.

Nesse encadeamento de ideias em torno de reconstruções necessárias para as melhorias no devir dos projetos de cuidado, faz sentido refletir na ponderação de que

de um lado, as transformações orientadas pela ideia de Cuidado não poderão se concretizar como tecnologias ampliadas se mudanças estruturais não garantirem as reclamadas condições de intersetorialidade e interdisciplinaridade [...] Além disso, se a organização do setor saúde não se preparar para responder aos projetos de vida (e seus obstáculos) dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços, a possibilidade de Cuidar de cada indivíduo não passará de utopia, no mau sentido (AYRES 2004, p. 27).

As reflexões que seguem caminham nessa direção. As ideias convergem para a especificidade da atenção requerida pela criança e pelo adolescente e há a constatação de que no hospital outras áreas não pertencentes à Pediatria vêm promovendo cuidados aos pacientes pediátricos, sem que, no entanto, ocorra um diálogo sistematizado entre elas. As enfermeiras

ponderam que essas diversas áreas, se fossem englobadas pelo Serviço de Enfermagem Pediátrica e Serviço de Pediatria, favoreceria um alinhamento do cuidado prestado.

[...] vejo a necessidade de um alinhamento [...] proposta de uma harmonização entre as áreas, entre as unidades pediátricas, é muito importante [...] nesse alinhamento a Emergência Pediátrica teria que fazer parte do Serviço de Enfermagem Pediátrica, ou senão ter uma interface maior, porque se continua sendo Enfermagem Pediátrica, mas atrelados a outros serviços médicos, como de Terapia Intensiva, a Onco-Hemato, porque não a Emergência (P10)?

Esse alinhamento sugerido refere-se a uma uniformização de condutas e dinâmicas em prol da melhor qualidade do cuidado oferecido.

Pensando nesse alinhamento de dinâmicas de trabalho, de condutas [...] facilitaria alcançar esse cuidado com qualidade, porque há muita dissonância do que é feito na Emergência, em termos de rotina e de conduta, do que é feito na internação. E o paciente, a criança e a família são os mesmos [...] precisa alinhar isso também, ou fazendo parte do mesmo serviço ou tendo uma interface mais próxima (P10).

Áreas que fazem interface entre si, incluindo o Ambulatório onde são atendidas as especialidades pediátricas, poderiam conversar em torno de objetivos estabelecidos em conjunto, aproximando itinerários, profissionais e os seres de cuidado, em uma partilha de conhecimentos.

[...] da mesma forma o Ambulatório [...] até porque se tem os nossos próprios enfermeiros que atendem no Ambulatório; a própria equipe da Residência Multidisciplinar também [...] se precisaria ter um alinhamento, uma proximidade maior, não sei bem como fazer [...] mas as pessoas têm que ser ouvidas para uma maior aproximação (P10).

Em uma projeção a ser pensada, impulsionada por inspirações e percepções de sentirem-se detentoras de expertise na área de conhecimento, as enfermeiras apontam novos caminhos,

[...] várias questões, para o futuro do SEPED, esse alinhamento das questões das unidades do SEPED e com essas outras unidades afins: Emergência Pediátrica e Ambulatório [...] teríamos que ampliar nossas ações porque somos as *expert* em Pediatria! [...] pensar como é que se vai estar fazendo essa liga (P10).

Uma comunicação interserviços, nas esferas intra e extra-hospitalar é apontada para melhorar a prestação do Cuidado.

A própria comunicação, por exemplo, o paciente tem alta daqui da internação e continua o seguimento no ambulatório e daqui a pouco ele retorna [...] posso ter acesso ao prontuário, mas porque que não posso ter uma comunicação mais direta com os profissionais de lá? Porque não se tem uma sistematização disso? [...] uma criança com dispositivos tecnológicos que vai continuar o seguimento com a enfermeira do ambulatório, se orienta marcar consulta, mas será que essa família está indo? Qual foi a percepção da enfermeira? Essa interface com os profissionais, daqui a pouco esse paciente vai voltar [...] nosso perfil de facilitação neste seguimento, nessa comunicação, ainda está muito frágil (P10).

Programas criados pela Enfermagem Pediátrica com interface ambulatorial permitem maior possibilidade de intercâmbio de informações dos pacientes atendidos nessas modalidades que se entrecruzam nos espaços de cuidado. Porém, outros aspectos de saúde-doença da população pediátrica requerem ser repensados.

A comunicação é mais facilitada nos pacientes da Fibrose Cística, do THI e da Reabilitação Intestinal porque as enfermeiras estão lá e estão cá na Internação [...] nossa Enfermeira, por exemplo, nos traz um pouco mais das questões dos fibróticos que atende no ambulatório [...] em outras situações a atenção está muito fragmentada [...] se na instituição não se está conseguindo ter um alinhamento maior, mais difícil ainda é ter esse alinhamento com a rede externa ao Hospital [...] algumas estratégias ainda se tinha que criar, ainda é muito individual, de iniciativa do enfermeiro fazer isso, deveria fazer parte de um pensamento institucional (P10).

Algumas propostas emergem como estratégias de aproximação entre as áreas que vão continuar prestando assistência após a alta hospitalar.

O profissional do ambulatório que vai receber o paciente poderia vir à unidade antes da alta [...] os pacientes ostomizados, as enfermeiras tem vindo conhecer o paciente, porque se pede consultoria à Enfermeira do SEPED no PPTF (Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas) para avaliação da pele, e ela promove esse encaminhamento [...] se tem feito nesse perfil de pacientes, com a própria UBS, tem pacientes que são aqui da Santa Cecília, pertence ao Hospital, se tem dado um retorno para eles, não se espera só que eles venham em busca (P10).

A proposta mostra-se engajada à construção de um itinerário de comunicação Interequipes e espaços de cuidado para além daqueles já criados e que, nem sempre, têm se mostrado eficientes ao atendimento das necessidades dos usuários do Sistema de Saúde. Torna-se fundamental avançar a ideia de construção de redes de apoio (linha de cuidado), com maiores possibilidades de oferecer um cuidado que transcenda aos muros do hospital. A participante explicita a preocupação de visualizar o Ser em sua totalidade, em qualquer circunstância em que se encontre.

Essas amarras de comunicação tem a ver com a linha de cuidado [...] a atenção básica tem que coordenar tudo isso [...] se a criança internou deveria estar ciente, e



trazer as questões da família, deveria ser a iniciativa já que é a referência. Deveria, mas nem por isso o Hospital não pode estar em busca dessa questão ou mesmo da relação com o ambulatório (P10).

A convicção de que esse diálogo precisa ser incrementado em prol do cuidado à criança e à família, conclama a um novo posicionamento que não exime o hospital de uma iniciativa nessa direção.

Muitas crianças nasceram aqui e a comunidade ainda nem conhece, a equipe do hospital é que tem que fazer esse movimento. Ou teve internado sempre ali na Neo e foi para a Pediatria, teve alta com seguimento de prematuro; todos os especialistas são aqui do Hospital, alguma forma de alinhamento disso nós teríamos que ter (P10).

A proposta de uma Consulta de Enfermagem compartilhada entre a enfermeira da Internação Pediátrica e a do Ambulatório desponta como uma ampliação do cuidado em parceria, em atenção às especificidades requeridas pelas situações de saúde-doença das crianças e suas famílias. A aproximação entre espaços de cuidado é um “vir a ser”, em nome da preocupação com os projetos de felicidade (AYRES, 2007) dos seres nos espaços de saúde, que adquire também o significado de transcendência do cuidado, em novas configurações.

A informação fica no prontuário, mas tem algumas finalizações que se precisa dar e posso, porque não, compartilhar junto com a enfermeira que vai fazer aquele primeiro atendimento no ambulatório? Checar se a orientação foi absorvida realmente pela família ou se aqui na internação vai se ter que fazer alguma modificação de conduta? Precisa-se dessa aproximação (P10).

Projetos de cuidado construídos em conjunto, mediante interface de áreas que convergem para um mesmo objetivo no horizonte de atendimento à saúde das crianças e de suas famílias, podem atualizar respostas às necessidades prementes que se manifestam no cotidiano de conviver com a doença e projetos terapêuticos dela derivados. São acionados por uma ação de responsabilidade. Como pondera Torralba (2009), não se trata aqui de uma ação protecionista, nem paternalista, como descrito ao longo da história da saúde, mas uma ação de responsabilidade em resposta às necessidades do outro, sendo “necessário, pois, superar esse preconceito em relação ao cuidar e analisá-lo em todas as suas características, tanto no plano antropológico, como no plano psicológico e organizativo” (p. 127-8).

A sugestão de um trabalho compartilhado é possível e poderia ser assumido pelas Enfermeiras do PAF e do Ambulatório e desvela-se como um recurso adicional de cuidado para além da esfera da internação hospitalar.

[...] talvez seja uma forma, dependendo da situação, ter uma consulta compartilhada [...] uma criança em que há um vínculo muito forte com uma enfermeira da Pediatria integrante do Programa de Apoio à Família, porque não ela estar fazendo essa interface nessa primeira consulta, até para fortalecer o vínculo com a colega que vai dar seguimento no atendimento ambulatorial (P10)?

Pela experiência adquirida ao longo do exercício das atividades no Programa de Apoio à Família as enfermeiras que integram essa proposta tornam-se referência para disseminarem enfoques diferenciados em defesa da otimização dos recursos cognitivos e emocionais capazes de sustentar as famílias no desenvolvimento de suas aptidões para cuidar das crianças. Serem ouvidas, em suas declarações, aparece como recurso capaz de fomentar a ampliação do olhar à família.

Poderia ser feita uma reunião com as enfermeiras do PAF para ver o que consideram importante, além das iniciativas que existem [...] que lacunas está tendo, o que seria importante para continuidade, já que as crianças vão e vem? Como que se poderia aproximar mais dos profissionais do ambulatório, que estratégias teriam que se usar mais nas nossas unidades pediátricas para que as crianças saíssem com as consultas para o Ambulatório formalizadas? Isso ainda não está sistematizado, pode ser melhorado (P10).

Propostas com foco na linha de cuidado remetem à reflexão para a trajetória da criança e sua família.

[...] nossos usuários circulam, não se pode estar criando coisas para nós, para nossa dinâmica de trabalho, o foco tem que ser: qual é a trajetória desse usuário? Quais são as dificuldades que ele tem? Como é que está isso para ele? Como é que é para o usuário na Emergência com tal dinâmica, chega à internação 10º Sul com tal dinâmica, vai para o 10º Norte com outra dinâmica e vai para UTI com outra dinâmica? [...] “tais dinâmicas, algumas diferenciações tem que ter!”, mas às vezes são coisas que poderiam ser alinhadas, ficaria mais fácil para todos e para a própria equipe (P10).

Colocar-se empaticamente no lugar da criança e família, e também do próprio profissional, torna-se um poderoso argumento para o repensar de práticas arraigadamente impressas nos processos assistenciais vigentes.

[...] nesse sentido, até questões relativas à equipe de Enfermagem, “precisa um suporte de pessoal no 10º Sul?”, se eu desconheço e não tem um alinhamento de rotina, de funcionamento, fica muito difícil às pessoas conseguirem circular nesses espaços. Se é difícil para o profissional, imagina o desafio para essas famílias! [...] deveria ser um objetivo, na minha percepção e na minha visão (P10).

Desvela-se uma preocupação que transcende ao caráter da atuação individual para ingressar na esfera institucional, social e organizativa, sem esquecer que o cuidar é uma ação fundamentalmente humana e, como tal, precisa de determinadas condições, com abordagens antropológicas e éticas (TORRALBA, 2009).

Entre as condições de possibilidades para o melhor cuidar está a preocupação em harmonizar as unidades do SEPED, iniciativa que se encontra despontando no cenário das discussões no serviço. Emerge a percepção de estar iniciando um movimento deflagrado pela enfermagem das unidades de buscar maior sintonia entre elas no intuito de uniformizar condutas, melhorar o intercâmbio de ideias em prol da harmonia entre os profissionais, com canalização evidente de benefícios às crianças e famílias.

[...] há uma preocupação em harmonizar mais o funcionamento das unidades de Pediatria, que sempre foram, de certa forma muito separadas, a forma do cuidado, a dinâmica das unidades, começando pelas rotinas, e quem sabe se chega num momento que outras questões até de equipe possam ser unificadas! [...] vai demorar um tempo, mas é um início [...] é uma preocupação, o usuário (a criança e a família) transita por todos esses espaços, então tem que ter uma harmonização maior [...] pensando de uma forma temporal, está na tônica, está sendo falado, tem sido uma preocupação importante (P10).

[...] se procura sempre resolver os problemas de quadro de pessoal dentro da própria unidade. Porém se é preciso pedir ajuda, se pede. Se solicitou muita ajuda a UTI nos últimos tempos [...] há uma proximidade [...] é Pediatria, temos que nos ajudar! Alguns impasses ocorrem, mais em relação a decisões gerenciais. Mas também nada de muito grave. Mas às vezes digo: “gostaria de resolver hoje!” E acabo, às vezes, ficando no limbo (P3).

Desvela-se, assim, a preocupação de que, mesmo havendo melhorias, existem algumas dificuldades, como rivalidades interunidades, exigindo um repensar das equipes para alcançarem maior maturidade nas relações interpessoais que, às vezes, possam estar veladas, mas subjacentes a tais conflitos.

Quando entrei aqui existia uma rivalidade entre as unidades [...] em se tornando um serviço com quatro unidades, facilitou um pouco mais essas conexões [...] tem muito ainda a melhorar, mas estando em pauta, se dando conta dessas limitações e dificuldades, é o primeiro passo (P10).

Em alguns momentos as relações ficam um pouco estremecidas [...] quando envolvem pacientes, transferências [...] sinto que, às vezes, tem um pouco de resistência [...] “porque não fazer isso agora?”, “deixa para amanhã, agora não tem como resolver!” [...] argumentam meio que vagamente, então não se resolve naquela hora. Penso que não pode deixar para amanhã o que se pode resolver hoje! Podemos tentar ver diferente e se consegue resolver (P3).

Quando a equipe está em desarmonia, necessariamente repercute na forma como o cuidado é prestado, por tratar-se de uma ação basicamente relacional. Estratégias precisam ser pensadas para um alinhamento nessa perspectiva, no ideal de promoção de um maior bem-estar no trabalho.

[...] é necessário pensar que estratégias se vai adotar para ter uma harmonia maior. Isso reflete no cuidado, se o grupo não está bem, não vai conseguir dar um cuidado adequado para a família! Em algum momento essa dificuldade vai aparecer, essas questões não deliberadas, porque a equipe não está bem, não vai conseguir dar um cuidado de qualidade da mesma forma (P10).

É o crescimento de cada um, e o tempo em que as coisas vão acontecendo [...] essa flexibilidade que se tem de retomar os assuntos e conversar, se perdoar, se ajudar, isso engrandece bastante [...] não se pode ter brigas dentro do trabalho. A relação tem que fluir [...] trabalhar em conjunto (P3).

Trata-se, aqui, do aspecto do sofrimento interpessoal. Acerca dele, Torralba (2009, p. 95-6) esclarece:

uma relação desequilibrada, caótica ou desordenada se converte em uma má relação e o fruto de uma má relação é o sofrimento interpessoal. Há formas adequadas de interação e formas inadequadas que, a curto ou longo prazo, geram sofrimento em ambas as polaridades da relação. Dito de outro modo, o sofrimento interpessoal não tem sua gênese no ser humano em si mesmo, mas no atrito com outro ser humano, na textura da relação, no *inter*. Também pode-se denominá-lo sofrimento social, pois a razão desse sofrimento é a natureza social do homem.

Por estar na pauta dos aspectos citados pelas participantes como dificuldades experienciadas no cotidiano do cuidado, e sugeridos como ponto de reflexão, o sofrimento interpessoal merece ser estudado pela Enfermagem Pediátrica, em nome da responsabilidade que lhe imprime a razão do cuidado, enquanto projeto, missão e sucesso prático, destinados à criança, à família e à equipe de enfermagem.

Sobre a noção de sucesso prático, Ayres (2006) articula noções fundamentais que identifica como projeto de felicidade, sucesso técnico e sucesso prático. A ligação entre as ideias do autor, com base em concepções heideggerianas - implícitas na ideia existencial de projeto - diz respeito à noção de “projeto de felicidade”,

ela quer remeter, em primeiro lugar, a experiências vividas, valoradas positivamente, condições ou situações que se almeja alcançar ou manter e que, entendidas como saúde, frequentemente, independem de um ‘estado de completo’ bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional [...]. Em segundo lugar, quer chamar a atenção para o fato de que o ‘êxito técnico’ que significa prevenir, reverter ou minimizar danos morfofuncionais não faz sentido real para as pessoas senão como um ‘sucesso prático’, isto é, um ganho ou conquista de condições ou situações valorizadas como fonte de realização, de felicidade para as pessoas em seus cotidianos (AYRES, 2006, p. 51).

Para se entender melhor o que se almeja alcançar quando se pensa em cuidado humano, pontua-se que a noção de “projeto de felicidade” é uma construção “com base na percepção do valor de determinadas concepções ou práticas a partir do momento, e na exata medida, em que estas são sugeridas, porque negadas, por alguma experiência concreta, historicamente dada” (AYRES, 2006, p. 52).

Ayres (2006), fazendo uso da compreensão gadameriana, complementa a ideia em relação à experiência da felicidade, ou de sua falta, que não sendo um bem concreto tampouco deve ser considerada utopia. É, em realidade,

uma vivência bastante concreta. Mas ela é índice de si mesma, isto é, não se deixa medir por nada fora dela, e ao mesmo tempo está em estreita relação com tudo aquilo pelo qual buscamos dimensioná-la, que nos dá o norte, sem ser o norte. A felicidade nunca deixa de fazer notar sua falta e, por sua falta, aquilo que nos falta (p. 52).

Lidar com o sofrimento humano, especialmente quando se trata de crianças, não é tarefa fácil, nem espontânea. Requer, muitas vezes, abnegação e um olhar compassivo e empático de todos aqueles que convivem nesses espaços singulares de dor e das mais diversas vicissitudes. Vivenciar a continuidade desses sentimentos e percepções acaba por fragilizar demasiadamente o cuidador profissional, em um movimento quer seja velado ou explícito, em busca de auxílio para a construção de um processo para enfrentar o sofrimento.

[...] quanto mais o tempo vai passando, a nossa atividade, independente da unidade em que se esteja aqui no SEPED, que é a minha referência, a atividade que se tem é doída, não é uma atividade tranquila. A maior parte das vezes **ela é muito pesada**, seja numa UTI, numa enfermaria, num paciente oncológico. E essa história de bater a porta do hospital e entrar em casa e esquecer das coisas, não existe (P8).

[...] Perspectiva da morte, da terminalidade da criança, é uma vivência bem complicada! [...] tem momentos bem mais graves de crianças que ficam muito tempo ou de crianças que marcam mais ou de famílias que marcam mais! [...] temos necessidade de ter um apoio maior nesse sentido, de como vivenciar e de como lidar com essas situações, é um grupo muito grande de pessoas (P2).

Como diz Torralba (2009), a vulnerabilidade do ser humano é a condição de possibilidade do cuidado. O ser humano, em contrapartida, é um ser finito, limitado e frágil e, justamente por isso, precisa de cuidados de outros seres humanos. Assim, a fragilidade é a possibilidade máxima do cuidado e também seu limite. Nessa perspectiva,

quem cuida também é um ser humano e isso significa que também é vulnerável e limitado e, portanto, sua ação de cuidar está limitada por suas condições ontológicas e por suas capacidades técnicas e humanas. A pessoa que cuida também requer cuidados, porque ela também é vulnerável. Isso significa que nenhum ser humano pode se desenvolver à margem do cuidado, porque todo ser humano é radicalmente vulnerável (TORRALBA, 2009, p. 130).

Em contrapartida, os profissionais acabam adotando mecanismos peculiares de fuga para as dores de sua trajetória diante da dor e do sofrimento:

[...] isso vai criando uma barreira própria de segurança para se proteger de tudo isso que se vivencia, não é fácil segurar a barra e não transportar isso para as nossas vidas, não se colocar no lugar do outro [...] tem muita gente que inconscientemente faz isso, se proteger. Vem aqui, faz seu trabalho bem feito, mas esquece de olhar para quem está ao lado [...] esquece que poderia estar usando aquele momento para falar com a família ou com a própria criança [...] precisamos controlar melhor nosso tempo de trabalho e focar nas coisas que se poderia fazer melhor! As pessoas, às vezes, fazem isso por um mecanismo de defesa: 'se não me interessar muito, não vou ficar sabendo dessa história, não vou sofrer' (P8).

O esquecimento da vulnerabilidade é um dos males mais característicos de nosso tempo. Explica em certa medida porque o Ser tem tanta dificuldade de integrar a experiência de sofrimento em sua vida. Esse esquecimento leva algumas pessoas a pensarem que a vulnerabilidade não existe, ou seja, que não tem possibilidade de cair, fracassar, adoecer e mesmo morrer. Somente àquele que é capaz de reconhecer a fragilidade do outro é possível cuidar autenticamente (TORRALBA, 2009).

[...] as pessoas percebem e sentem de forma diferente e muitas vezes não se manifestam, vão manifestar o sofrimento emocional anos depois, para se ver como a pessoa está com alguma sequela de toda essa vivência prolongada, se preservando de tudo isso, porque se cria mecanismos para se defender de coisas que nos fazem sofrer! Tem pessoas que conseguem assimilar e canalizar para coisas onde consigam se desfazer dessa situação angustiante, outras não conseguem (P2).

A vulnerabilidade do Ser e as formas de enfrentá-la são, igualmente, peculiares a cada Ser. A pessoa é um ser vulnerável, mas pode negar sua vulnerabilidade. Para acompanhar o sofrimento de alguém é necessário reconhecer a vulnerabilidade do próprio ser, e ao invés de olhar apenas para a própria dor ou fragilidade, paradoxalmente, é preciso encontrar energias suficientes para colocar-se no lugar do outro e mover-se em direção a ajudá-lo a vencer suas dificuldades (TORRALBA, 2009).

Olhar ao redor, percebendo os movimentos de acolhida ao sofrimento do outro, abrir-se ao outro e acolher a sua história revela-se um cuidado autêntico. Ao mesmo tempo, no cuidado inautêntico, não há ou é precária a abertura do Ser em movimento ao reconhecimento

da dor de seu semelhante, porque transcender é um processo de abertura, com significado. Procurar dar o seu melhor, fazer o melhor que está ao seu alcance demonstra esse movimento de transcender – ir além e evoluir como pessoa (HEIDEGGER, 2012).

As participantes reconhecem um mecanismo, muitas vezes inconsciente, em profissionais que mantêm certa distância da criança e da família, para não se envolver com a sua dor e não esmorecer. Os discursos revelam a necessidade de um recurso facilitador para a construção de processos de enfrentamento direcionados à equipe de enfermagem. No entanto, o ponto de partida é a preocupação com a abertura para o crescimento pessoal por parte do próprio profissional, agregando-se a isso o apoio profissional para sustentar um movimento dialógico e terapêutico do grupo de profissionais.

[...] é muito difícil vencer, varia muito de pessoa para pessoa. Primeiro, as pessoas têm que estarem abertas a querer mudar, dar o primeiro passo. É difícil pensar que vai ter uma fórmula mágica e as pessoas todas vão mudar [...] são pessoas muito diferentes [...] falta, para nossa Enfermagem Pediátrica, um acompanhamento do profissional de Psicologia, momentos de se ter um grupo, um momento de escuta. Como tem o grupo de pais, que é o momento de escuta do familiar, ter um grupo de alguns funcionários para que se pudesse conversar sobre a nossa dinâmica de trabalho, o que está pesado, o que não está (P8).

[...] é bem importante espaços para se ter apoio [...] já se teve experiências do suporte direto da Psicologia em grupos de trabalho [...] é fundamental ter um olhar de fora que nos ajude a se organizar e se direcionar. Hoje em dia, que espaços se têm para trazer os nossos sentimentos? Um pouco nas reuniões de equipe, a sala de lanche. Se a sala de lanche tivesse ouvidos, é o momento que estás lá tomando cafezinho, vêm as dificuldades que estão tendo com a família, há uma troca entre os membros daquele turno (P10).

[...] se tivesse um acompanhamento mais periódico [...] de cuidado com a equipe de enfermagem nos aspectos emocionais [...] já tentamos fazer em situações pontuais, mas quando se oferece algumas pessoas não aparecem [...] isso é muito complicado (P2).

O acompanhamento psicológico sistemático no contexto do trabalho apresenta lacunas percebidas pelas profissionais. As participantes do estudo consideram esses momentos necessários para dar vazão ao potencial de sofrimento que aflora diante das vicissitudes experienciadas pelas crianças e familiares, especialmente desencadeadas pela doença, situações de vulnerabilidade, finitude ou morte. Nessa perspectiva, a equipe evidencia sua fragilidade, pois precisa diuturnamente lidar com situações dessa natureza.

Assim, espaços formais — reuniões administrativas ou de trabalho; e informais — o momento do lanche das equipes, têm se revelado válidos para extravasar sentimentos vividos no cotidiano do trabalho.

Não é o espaço mais adequado, mas é o espaço que tem acontecido de fato. Se tem acontecido, de que forma se pode utilizar isso de uma forma mais terapêutica? Talvez se tenha que fazer outros lanches, talvez comendo se desfoca um pouco, compensa! Nas reuniões do Programa de Proteção sempre se leva um lanche, é muito duro, é uma forma compensatória, consciente de todo o grupo, é um recurso que se utiliza (P10).

E se acaba fazendo isso, extravasando, informalmente, numa sala de lanche, em grupo, se a gente está sentado um pouco antes de uma reunião e começa a conversar sobre como estava pesada a semana, que difícil foi aquele caso [...] porque não se tem outro canal. E a gente se entende, isso seria uma coisa boa, ter momentos em que o grupo pudesse trabalhar junto e falar das coisas [...] penso que se segue mais leve (P8).

Inicialmente, as resistências em aceitar um processo terapêutico com profissional da saúde mental precisam ser vencidas pelas enfermeiras.

[...] às vezes, se tem até uma resistência da pessoa em fazer isso [...] grupo para acompanhamento com uma psicóloga [...] não precisava ser muito, uma vez por mês, para conversar e fazer esse grupo de trabalho. Conversar o que está sendo difícil 'esse mês internou muito paciente crônico, está difícil por isso', onde se conseguiria abrir o coração, falar coisas nossas, 'reclamar quando meus colegas não me ajudam!' [...] espaço onde se poderia ser ouvido por pessoas que vivem a mesma coisa que se vive (P8).

As pessoas resistem à oferta de recursos por receio do novo, e de focalizarem um processo de abertura para o qual não se sentem preparadas.

[...] tem resistência porque é o diferente 'até que ponto isso vai mexer comigo?', 'até que ponto isso não vai me sensibilizar demais?', 'até que ponto não vou expor demais meus sentimentos?'. Depois que fazem, veem a melhora [...] são técnicas que eu vejo que fazem a diferença [...] depois que o Reiki vai embora, as pessoas conseguem trabalhar com outro gás, mais energizadas, mais livres, mais tranquilas [...] tem alternativas para se usar, só que tem que estar voltadas para o nosso mundo, para Pediatria [...] tem que ser pessoas que nos compreendam (P8).

Como cada Ser percebe a doença, a dor, o fracasso por meio de sua perspectiva pessoal, segundo a visão de Torralba (2009) também a interiorização dessas experiências é diversa para cada Ser. A percepção do sofrimento é pessoal, ou seja, subjetiva. Nessa mesma perspectiva, o acompanhamento interpessoal que se aplica deve, igualmente, caracterizar-se por ser de cunho singular e singularizante. Consiste em oferecimento de suporte a cada Ser de acordo com o que necessita.

Espaços dessa natureza, destinados a uma abordagem terapêutica focada nas situações de sofrimento psicológico decorrentes do cotidiano do cuidado, são considerados positivos e apontados como recursos facilitadores a serem oferecidos em atenção à equipe de enfermagem.



Porque é diferente chegar em casa e falar para o marido, familiar, o que se está vivendo. Não tem a mesma repercussão, não se consegue se aliviar. As pessoas acabam sofrendo mais do que tu. E por isso, então, nos fechamos muito. Somos um grupo que não se consegue chegar em casa e falar para as outras pessoas, porque dói mais nelas do que em nós. Às vezes, se faz até outra pessoa chorar, e não é isso que se quer. Se quer uma pessoa que entende o que tu passa e que te entenda também (P8).

Os sentimentos e percepções reveladores de sofrimento psicológico no ambiente de cuidado afloram em equipes que vivenciam cotidianamente situações adversas deflagradas no estreito convívio com a doença e a sobrecarga de trabalho na Enfermagem Pediátrica.

[...] uma pessoa que entendesse de Enfermagem Pediátrica, que entendesse o que se vive ali! Que não fosse só um psicólogo cheio de suas teorias [...] alguém que estivesse ali, que presenciasse um pouco [...] que entendesse um pouco do que passamos quão grande é nossa carga de trabalho! Só passar uma manhã numa UTI, numa Onco que tu entendes [...] quantas famílias internam, quantos pacientes novos se têm, pacientes críticos se tem que cuidar. Esse profissional tinha que se apropriar do assunto para poder trabalhar com um grupo tão especial (P8).

[...] o dia a dia no Programa de Proteção não é fácil, são situações que não acredita que possa acontecer com o ser humano, ainda mais a criança sendo vítima e a maior parte de quem provoca aquele ato de violência, é normalmente quem a criança mais ama que é pai, mãe, avô, padrasto. Então, assim, é muito duro! [...] que artifícios se precisa usar para amenizar um pouquinho isso? [...] por mais que se goste, que o cuidado com a criança te instigue, te motive [...] é muito sofrido (P10).

O movimento de procurar entender os impasses de sofrimento inerentes à jornada profissional na área do cuidado à criança e família é um passo decisivo de abertura para o mundo interior, o que inevitavelmente repercutirá em amadurecimento pessoal.

[...] é um contexto todo [...] é importante se dar conta que é pesado, que o nosso trabalho não é uma coisa fácil! [...] O trabalho hospitalar com criança e família doente, às vezes a família é muito doente, a criança está aqui, entrou por uma questão de adoecimento, mas está bem, mas aí a família precisa ser cuidada, para que essa criança fique bem, para que possa retornar e dar continuidade a seu crescimento, seu desenvolvimento (P10).

A contribuição de Torralba (2009) nesse sentido revigora a compreensão de que o cuidado ao cuidador que se vem enfatizando não pode prescindir do caráter singular e personalizado, fundado no conhecimento de cada ser cuidador, especialmente em sua circunstância, seu modo de ser. Nessa ordem de cuidado ao cuidador, concorda-se que

cuidar de um ser humano é tratar de configurar a estrutura pessoal em seus distintos níveis e regiões, a partir do âmbito biossômático até o âmbito espiritual-simbólico.

Precisamente por isso, é necessário conhecer até a raiz a biologia do sujeito vulnerável, mas também, com tanta ou mais intensidade, a biografia do sujeito em questão, porque nossa identidade, isto é, o que somos em último termo, não se pode compreender à margem do que fomos, e isso é precisamente nossa biografia, a sedimentação de nosso itinerário existencial (TORRALBA, 2009, p. 139).

Algumas experiências de cuidado ao cuidador têm se revelado estratégias reconhecidamente eficientes e valorizadas pela equipe de enfermagem.

Tem um grupo que vem fazer Reiki todo sábado [...] vêm cuidar dos cuidadores e equipe de Enfermagem [...] aplicam em todos que querem, médicos, técnicos, enfermeiros, higienização. Primeiro fazem na equipe, mas se depois algum paciente ou mãe quer, aplicam. No começo teve resistência, ninguém sabia o que era o Reiki, qual era a intenção, como deixava as pessoas melhores [...] hoje todo mundo quer fazer, inclusive os pais que conhecem [...] esse tipo de terapia já ajuda. Então, se tem numa unidade, podia ter nas outras também (P8).

Desvela-se, no íntimo do cuidador, que sua essência é o cuidado que emerge do Ser e que a ele deve retornar como em um círculo hermenêutico, voltando à sua origem, morada do Ser.

São coisas que vem para nos cuidar, para se poder cuidar dos outros. Então, faz toda diferença! Talvez, então, grupos de fala, onde pudesse se falar, mas com pessoas que entendam o que se está passando. E o pessoal do Reiki, embora não estejam ali, vejo que entendem o que se vive. Porque vieram com essa intenção de cuidar da gente num primeiro momento, porque já sabiam que se precisava muito (P8).

O cuidado espiritual também foi apontado como recurso capaz de promover amadurecimento profissional. No entanto, encontra maior receptividade se o espiritual permear a essência do Ser, tanto para doar quanto receber. Mostra-se um potente aliado aos mecanismos de suporte, especialmente diante do acompanhamento das mudanças existenciais decorrentes da fragilidade da condição humana, exposta com tanto vigor nas situações vivenciadas pela Enfermagem Pediátrica.

[...]se está mais aberta para isso, mais do que foi há um tempo, mas ainda é um caminho a ser percorrido! [...] quando a profissional busca trabalhar o seu lado espiritual, isso caminha junto na profissão! Agora quando deixa um pouquinho de lado, é difícil buscar como alguma estratégia profissional ou como uma situação que precise vivenciar e buscar no dia a dia na prática assistencial [...] se faz parte de mim vou desenvolver, se não vou priorizar outras demandas de procedimentos, da assistência, da parte administrativa, mas isso não fica muito abordado (P9).

Experiências nessa perspectiva podem enriquecer todos os seres na tessitura da arte de cuidar, ao serem incorporadas no fazer cotidiano.

Vejo o cuidado espiritual como um cuidado possível, mas tem que ter essa motivação [...] particularmente, nesse momento se está tendo a pesquisa de uma colega sobre uma escala de espiritualidade no trabalho [...] é uma forma de incentivar, uma escala que pode ser trabalhada no dia a dia [...] cuidar dessas demandas espirituais com teu paciente! [...] se pode fazer isso também (P9).

O ser interior do profissional — suas crenças, valores e vivências — é o que o constitui enquanto cuidador, e se isso estiver presente fará sentido e será utilizado como recurso, como ingrediente para o cuidado. Nesse sentido, a evolução, o crescimento interior do profissional, leva ao amadurecimento e crescimento da Enfermagem como um todo, pois ela é o espelho do agir profissional.

Considerando-se que para cuidar do outro é preciso penetrar em sua interioridade, da mesma forma para cuidar de si ou permitir-se ser cuidado o aspecto subjetivo da receptividade é inalienável. É o potencial de abrir-se em direção ao outro e a si próprio, em um movimento transcendente, que pode resultar em crescimento de suas potencialidades, pois o cuidado é a própria essência do ser.

Essa concepção tem seu ponto central na premissa de que o ser humano é único e, portanto, tem experiência de sua unidade interior, em seu monólogo pessoal. Torralba (2009) define como a experiência de interioridade a leitura do eu próprio, cuja revelação é a própria singularidade, em contrapartida ao reconhecimento como um ser heterogêneo em relação ao mundo e ao próximo. Essa unicidade é presença evidente e se manifesta no mundo através da linguagem, da expressão, da corporeidade e do rosto.

Ayres (2006) declara que ao se tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro, movimento de cuidado humano, esse ato, reciprocamente, implica aspectos de identidade e nesse sentido acentuam-se questionamentos sobre quem se é, e que lugar se ocupa frente ao outro. Do ponto de vista existencial, compreende-se que o “poder ser mais-próprio” de cada um não é sempre o mesmo, mas pelo mesmo. O Ser é sempre já “ser-em” (um mundo) e “ser-com”, o que indica que é na cotidianidade das relações que o Ser vai se reapropriando do seu próprio ser. Nos encontros estabelecidos ao longo da vida, essas identidades-alteridades vão sendo construídas, transformando-se, reconstruindo continuamente a visão de si e do outro (AYRES, 2004; HEIDEGGER, 2012).

Heidegger (2012, p. 725), ao explicar que “o *Dasein* só é propriamente ele mesmo, à medida que *como* ser ocupado junto a... ser preocupado-com-o-outro, ele se projeta de modo primário no seu poder-ser mais-próprio”. Legitima a compreensão de que o Ser quando se lança em direção ao outro Ser em sua presença no mundo o faz em respeito ao ocupar-se

desse Ser de modo autêntico, mas o que o move é a preocupação que reside em seu “ser-aí”, o que o habilita, igualmente, ao crescimento interior e amadurecimento pessoal. Tal compreensão pode favorecer a construção de propostas que auxiliem a transformar projetos de cuidado em projetos de felicidade para os que convivem no mundo do hospital.

## 7 REFLEXÕES

A concepção existencial de cuidado revela uma dimensão temporal peculiar e imanente à condição humana. O cuidado dá origem ao Ser e o constitui e, ao mesmo tempo, é por meio dele que o Ser alcança sua mais legítima expressão. Uma intrincada trama de elementos se mescla em espiral hermenêutica para dar vida a esse movimento que, em essência, caracteriza a própria existência humana em seu acontecer, tendo o cuidado como condutor. O cuidado constitui o Ser, do que se depreende dizer que Ser é cuidado.

O cuidado se faz no tempo. Cuidado e tempo desvelam-se como dimensões existenciais indissociáveis que marcam o modo de ser do Ser no mundo. Por meio deste estudo, alcança-se a compreensão de que o tempo é o horizonte do Ser. É mediante a temporalização do Ser, no acontecer de sua própria existência, que o Ser passa a constituir-se e imprime sua marca no mundo que constrói por meio da força inalienável de seu Ser que é o cuidado.

O tempo se revelou de duas formas distintas, peculiares e complementares entre si. O tempo linear evidencia os acontecimentos que, por sua força, marcam presença na trajetória da Enfermagem Pediátrica, movidos pela compreensão humana e capacidade criativa dos construtores dessa história. O horizonte do tempo, entendido, aqui, como aquele em que o Ser enfermeira constroi o seu modo de ser no mundo, temporalizando o seu existir.

A existência ganha sentido e desvela-se na força do tempo, como resultado do Ser, em um movimento existencial que lhe é imanente, e que na transcendência confere ao Ser sua mais autêntica possibilidade: a capacidade projetiva. Tal capacidade é a condição de ser lançado para além de si, movido pela preocupação (cuidado), garantindo ao Ser sua própria existência. Ser é projeto de ser, e projetando-se constitui aquilo que ele é capaz de fazer, no vir-a-ser-sendo.

A preocupação é o elemento existencial que move o Ser, sendo entendida pela ontologia existencial de Heidegger (2012) como cuidado. No incessante movimento transcendente de existir, a preocupação-cuidado vai promovendo uma abertura do Ser pelo mundo e para o mundo, impulsionando a ir além. A compreensão desse movimento existencial da condição humana possibilita dizer que o Ser é um Ser de preocupação, é a sua origem e a sua constituição. Significando a gênese de seu Ser, a preocupação dele não se afasta enquanto viver. O Ser é preocupação. E preocupação é cuidado.

O acontecer da Enfermagem Pediátrica, no devir da trajetória de cuidado, é o objetivo central desta tese. Desvela-se como um *Dasein*, projetando-se na temporalidade de seu existir,

adquirindo sua possibilidade de expressão na temporalização própria que, em uma atividade sempre em curso, marca de modo decisivo o caráter existencial da condição humana - o cuidado.

As dimensões de passado, presente e futuro visam retratar a compreensão alcançada do movimento projetivo da existência de uma área do saber e do fazer que se expressa enquanto cuidado, porque dele deriva e ao mesmo tempo constrói. Tem como finalidade o cuidado à criança, à família e à equipe de enfermagem, missão de seu devir. Tais dimensões projetam-se no tempo linear com a intenção de fornecer um norte temporal para explicitar a constituição do cuidado, mas pretendem alcançar a temporalização desse acontecer sempre em curso, para o qual cada Ser emprestou e empresta ao devir da história seus projetos de cuidado, por eles se responsabilizando. No entrelaçar dos seres de cuidado — o mundo do cuidado de cada *Dasein* — forma-se o *Dasein* da Enfermagem Pediátrica.

O mundo vivido da Enfermagem Pediátrica, no devir do tempo e na temporalização de seu acontecer, revela-se como “ser-aí” lançado no mundo do hospital. Em contínua construção e reconstrução transforma-se por meio da capacidade de dar sentido às experiências a partir das vivências do presente, projetando-se no futuro, acompanhando o movimento de transcender do cuidado. Nessa perspectiva, o futuro não é algo longínquo e inalcançável, mas a própria capacidade de Ser —Enfermagem Pediátrica —, enquanto área de conhecimento, de construir sua existência.

Nesse sentido, a existência é concebida como um dar-se contínuo do Ser que se compreende em seu acontecer. Desse modo, o Ser nunca está pronto, ressignifica-se continuamente em sua própria existência. Por ser finito, ao compreender-se lançado às facticidades existenciais de “ser-no-mundo”, busca compreendê-las e compreender os Seres com quem partilha a existência. Compreendendo as facticidades existenciais como intransferíveis, emerge a angústia que impulsiona o próprio Ser a agir em função do que lhe faz sentido, movimento autêntico que é possível pela preocupação (HEIDEGGER, 2012).

A preocupação está presente no viver do Ser da Enfermeira/Enfermagem Pediátrica. Expressa-se no movimento de cuidar os Seres de que se ocupa no cotidiano de seu saber e fazer no mundo do hospital: a criança e a família e a equipe de enfermagem da qual faz parte. O Ser da Enfermeira se constitui e se entrelaça com o *Dasein* da Enfermagem Pediátrica. É um Ser de cuidado, se expressa no cuidado, move-se pelo cuidado. A Enfermagem Pediátrica, por meio da construção de projetos de cuidado, marca sua presença pelo mundo do hospital.

O processo de criação surge como manifestação do Ser; é sua máxima expressão. É por meio do processo criativo que o Ser compreende-se como ser no mundo, move-se ao

encontro de outros *Daseins* para colocar sentido em sua existência. Praticando a alteridade, constrói-se e reconstrói-se no mundo que cria. O Ser é formador de mundo.

A compreensão da gênese da Enfermagem Pediátrica, sob a perspectiva da ontologia existencial, remete ao seu nascimento cuja marca indelével perpetua-se na temporalidade. Assim, confere distinção legitimada à construção do conhecimento do cuidado à saúde da criança e à família, a partir de um modelo de cuidado e de ensino inovador à época em que foi concebido. Nesse ponto, uma compreensão direciona o olhar para o significado da capacidade projetiva humana, que se faz presença no mundo institucional, aproxima os polos do conhecimento disciplinar e interdisciplinar, nas faces do saber científico e prático, edifica uma concepção pioneira de cuidado à criança e à família.

Assim, insere-se no centro dessa reflexão a criação do Sistema de Permanência Conjunta da Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Nasceu como um movimento que integrou vários mundos da área da saúde e do ensino, da UFRGS e do HCPA. Teve como artífice uma enfermeira, apoiada por outras professoras de destaque no meio acadêmico da Enfermagem Pediátrica, da Escola de Enfermagem da UFRGS e outras instituições nacionais. Essa peculiaridade transcendeu ao momento da criação e exerce sua influência até os dias atuais, na modalidade de integração docente-assistencial do hospital-escola. Revivendo a trajetória, identifica-se que a Enfermagem Pediátrica nasceu nesse momento em que foi concebido o modelo de cuidado — a Permanência Conjunta — mantendo sob seu cuidado a obra concebida em seu exercício cotidiano.

A trajetória percorrida foi marcada por desafios vários, desde o planejamento da obra, em que estudos com afínco mostraram-se condição inalienável, até a aceitação institucional de uma proposta que romperia definitivamente a separação da criança de seu mundo familiar. Dessa forma, descortinou para a criança e para a família a dignidade fundamental à sua existência, antes mesmo da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

Pode-se refletir com Stein (2004, p. 283) acerca do potencial da subjetividade, tão marcadamente presente na criação do modelo de cuidado da Permanência Conjunta:

As individualidades fortes estetizam a existência, não simplesmente porque estão convencidas de que os sofrimentos da vida não podem ser evitados, mas elas vivem como se eles fizessem parte do curso da existência, incorporando-se, assim, na própria forma da subjetividade. É por isso que se exige um empenho, uma tentativa, um projeto, para encontrar uma base para a vida humana [...] a força da subjetividade se afirma enquanto é, enquanto dela mesma depende a transcendência do mundo.

O potencial criador que se manifesta no *Dasein* da Enfermagem Pediátrica, no ser-aí das enfermeiras, tem como ponto de partida para a compreensão alcançada o *Dasein* da enfermeira docente. Revela-se o entusiasmo e a solicitude assumida ao planejamento e implantação da Enfermagem Pediátrica no HCPA articulando-se com o modelo de cuidado da Permanência Conjunta, constituindo-se e dando forma ao saber e ao fazer idealizado e difundido na academia.

Os referenciais teóricos e filosóficos que sustentam o cuidado à saúde da criança hospitalizada e família são reconhecidos pelas participantes, que se declaram seguidoras e defensoras do modelo de cuidado que marca decisivamente os cenários da Enfermagem Pediátrica do HCPA.

A presença da Escola de Enfermagem no modelo de Integração Docência e Assistência no hospital-escola foi decisiva para a criação do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED). O nascimento do serviço, integrando as quatro unidades pediátricas — Internação Pediátrica Norte, Internação Pediátrica Sul, Oncologia Pediátrica e Terapia Intensiva Pediátrica — e a gestão da equipe de enfermagem, desvelam-se como um acontecimento temporal almejado pelas docentes e enfermeiras da área. Reconhecem sentirem-se revigoradas em seu saber e fazer, agregando maior ímpeto ao desenvolvimento profissional. Mencionam a satisfação ao sentirem-se pertencendo a um espaço de acolhimento próprio ao mundo da criança. Sob a ótica das participantes, em analogia ao *Dasein* humano, pode-se alcançar a compreensão de um fortalecimento do *Dasein* da Enfermagem Pediátrica, quando se torna um serviço.

A formação de um Serviço específico ao cuidado à criança e à família fundamenta-se para além da visão biologicista da saúde, em que a doença e o aspecto instrumental são o foco. O destaque passa a ser a configuração de uma área do saber e da prática em que o protagonista é a criança. Reitera o lugar de destaque para esse Ser em sua singularidade, que antes de ser um doente é uma criança, com necessidades peculiares de crescimento e desenvolvimento, e assegurando-se seus direitos legitimam-se marcos teóricos e filosóficos norteadores. Para tanto, exigem-se profissionais qualificados para atender as demandas de cuidado no mundo do hospital.

Destaca-se que, nesse processo, houve a articulação entre a Escola de Enfermagem da UFRGS, representada pelos docentes do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e os docentes do Grupo de Enfermagem, e as Enfermeiras da Pediatria, as quais tiveram voz ativa nas decisões em prol da formação do Serviço. Essa ação manteve a premissa norteadora — a filosofia centrada no cuidado à saúde da criança — respeitando ciclo de crescimento e



desenvolvimento da criança, preservando a identidade do Ser criança e da família, como elementos imprescindíveis na tomada de decisão.

O Ser da enfermeira compreende-se em seu Ser. Sua essência pediátrica desvela-se como um desejo assumido para ser exercido como seu modo de ser no mundo. Tal mundo é o exercício cotidiano de sua existência, movido pela preocupação com a criança e suas peculiaridades como Ser no mundo, convivendo com a doença; e a preocupação com o Ser família que, ao ser cuidada, adquira autonomia para cuidar da criança.

O desvelar do *Dasein* da enfermeira pediatra adquire uma conotação diferenciada ao ouvir, que, segundo Heidegger (2012), significa o processo de encontrar a si mesmo e ouvir a si próprio, que é a consciência de si, apropriar-se de seu poder-ser. Para a enfermeira, ao reconhecer esse “ouvir a si mesma”, faz sentido o projetar-se em prol da criança, atendendo a uma abertura para o ocupar-se do cuidado. Assim, coloca na cotidianidade seu modo-de-ser-no-mundo. De modo análogo, no processo de escuta do modo de ser da criança como ser-no-mundo, a enfermeira interpreta suas necessidades, e no movimento que atende ao seu chamado interior emerge o “querer” cuidar da família da criança. A família, não somente o pai ou a mãe, mas a família em sua unidade constitucional integra o existenciário do agir da enfermeira, pela compreensão do significado da preocupação no fenômeno do cuidado à criança. A partir da escuta da criança, e do modelo de Permanência Conjunta, desvelaram-se, no mundo da Pediatria, elementos que exigiam ampliar o olhar sobre o cuidado, tendo como protagonista a família.

A experiência existencial de cuidar em Enfermagem Pediátrica revela que o sentido do cuidado à criança e à família tem sua origem na concepção criadora da Permanência Conjunta, que possibilitou o olhar para o todo da significação, ao inserir a família no mundo do hospital, acompanhando e tendo participação ativa no cuidado à criança.

O *Dasein* da enfermeira pediatra enquanto Ser de cuidado faz da preocupação o seu eixo norteador: a criança não existe sem a família, o que pressupõe dizer que no cuidado à criança a família é imprescindível; a presença da família no mundo do hospital possibilita à enfermeira acompanhar o Ser no mundo que vivencia uma facticidade existencial – a doença do filho dessa família. Nos discursos das participantes, esse significado está explicitado na totalidade de cuidado: o universo de cuidado de que se ocupam no mundo do hospital. Essa perspectiva nutre a solicitude para um cuidado que se desvela sobre essa indissociabilidade.

Busca-se compreender o significado que move o saber e o fazer das enfermeiras pediatras, de tomar para si aquilo de que se ocupam cotidianamente, integrando-o ao mundo vivido da Enfermagem Pediátrica. No trilhar dessa construção percebe-se que o “ser-aí” da

Enfermagem Pediátrica, lançado no mundo da Permanência Conjunta, depara-se com as facticidades desse mundo em contínuas transformações e desafios. Tais desafios dizem respeito às situações de vulnerabilidade das crianças, das famílias e da própria equipe, que ainda hoje precisa organizar-se e reorganizar-se cotidianamente nesse mundo desafiador, em contínuo movimento.

A Enfermagem Pediátrica compreende que não existem regras prontas para resolver situações humanas singulares, com suas exigências também particulares. Compreendem que no cuidado à criança e à família o momento presente é a premissa, sendo a flexibilidade uma necessidade para o alcance das ações implementadas. O modelo de cuidado precisa ser uma construção partilhada pelos atores envolvidos no processo, requer tempo e condições facilitadoras.

No movimento peculiar de transcendência, o Ser passa a cuidar de seu mundo, que é o seu referencial. Assim, o movimento do tempo próprio, na temporalização do Ser, move o Ser de si para fora de si, em busca da compreensão de si - como cuidador - e dos outros – seres de cuidado – para cuidar.

A Enfermagem Pediátrica, como *Dasein* e “ser-com” outros *Daseins*, abre-se para a leitura do mundo da criança, da família, e da equipe de enfermagem, e no círculo hermenêutico do cuidado passa a integrar ao vivido aprendizagens significativas. Conhecer e compreender modulam a essência do Ser.

Confirma-se o tempo como horizonte de cada Ser na construção de seu processo existencial, que é único e precisa ser valorado no cuidado cotidiano — questão enfática e reiteradamente posta pelas enfermeiras, e esse entendimento reverte em singular experiência de aprendizagem para elas.

A preocupação do “ser-aí” das enfermeiras no movimento existencial junto às crianças e às famílias, com o tempo único de cada Ser, aparece nas expressões: ter paciência, ter calma, impulsionando o emergir da responsabilidade pelo seu modo de cuidar, considerando o modo de ser dos Seres de cuidado, único em seu acontecer.

Revela-se a presença e a solicitude na condução de abordagens que permita alcançar o outro diante do momento existencial em que se encontra, com seus recursos e potencialidades. Significa apostar na dialogicidade cautelosa, favorecendo o processo de abertura do Ser criança e Ser família, compreendendo suas facticidades existenciais ao invés de afastar-se deles por julgá-los não receptivos aos momentos dialógicos.

O tempo desvela-se um horizonte a ser percorrido, no viver de cada Ser no mundo do hospital, permeado de encontros e desencontros, peculiares à existência humana. Diante dos

desafios a serem transpostos, o Ser redimensiona seu viver, impulsionado pela preocupação, característica do seu modo de ser. Em um movimento de abertura busca compreender o outro no seu modo de ser, e na transcendência apropria-se de sua força para não esmorecer e cuidar.

O tempo do “ser-aí” da Enfermagem Pediátrica flui no vivido, na temporalização das atividades que se sucedem e seus efeitos na cotidianidade. As enfermeiras constataam que no fazer cotidiano, muitas vezes tecnicizado, acompanhando os avanços das tecnociências à disposição do cuidado para a recuperação da saúde ou melhor qualidade de vida para as crianças, o tempo passa a ser um desafio a ser superado.

A falta do tempo necessário para os encontros dialógicos com potencial educativo tende a colocar o fazer da enfermeira à margem de um cuidado personalizado. Assim, exige que mantenham na posição central as ações cotidianas de acolhimento seguro às necessidades da criança e da família.

As famílias, por sua vez, sob a ótica das participantes, mostram-se ávidas de compreensão de todos os elementos relacionadas à doença, hospitalização e tratamento a que as crianças são submetidas, os quais permeiam o seu viver de dúvidas e preocupações. Tais constatações reafirmam a necessidade de apostar na constituição de modelos de cuidado que privilegiem o modo de ser do Ser.

O diálogo é um elemento imprescindível no ato de cuidar. Heidegger (2012) reitera que a comunicação é fundamental para a existência, capaz de promover o encontro entre os seres em uma espécie de articulação do entender ser-um-com-o-outro.

Os programas específicos de cuidado originam-se a partir da compreensão que o Ser é um ser em contínua busca de sentido, nos quais as enfermeiras redimensionam o tempo de seu fazer, destinando espaços e momentos exclusivamente dedicados ao cuidado dialógico à criança e à família.

O olhar para a família passa a transcender a ótica do cuidado centrado na criança, pois quem cuida, também precisa ser cuidada, sendo entendida como unidade a ser cuidada pela Enfermagem Pediátrica. Assim, desponta, no cotidiano da Enfermagem Pediátrica, o Programa de Apoio à Família da Criança Hospitalizada.

As concepções compreensivas que resultam de um modo ampliado de olhar para a família, como Ser capaz de aprender e de fazer (HEIDEGGER, 2012; GADAMER, 2014), foram sendo incorporadas pelas enfermeiras, no transcurso do tempo, pelo estreito convívio com as famílias, no intento de ativar nelas o poder próprio de assumir o cuidado de suas crianças frente a novos desafios. Tais compreensões, desveladas com maior intensidade nas experiências de aprendizagem do Programa de Apoio à Família, possibilitam o

aprimoramento de um saber fundamental que aflora do cuidado e por ele é retomado, característica do círculo hermenêutico. A noção de projeto instaurada pela filosofia heideggeriana, de que é inerente ao *Dasein*, ao ser-aí, estar sempre lançado para além de si mesmo, pela preocupação, efetiva-se nessa proposta de cuidado à família, e pode ser reproduzida nas diferentes dimensões de ensino e espaços assistenciais, ampliando o foco do cuidado à criança, ao adolescente e à família.

Na trajetória do cuidado da Enfermagem Pediátrica, aprendizagens significativas foram se agregando ao conhecimento de docentes, profissionais e acadêmicos da área da saúde, em que as experiências educativas e de cuidado configuram-se em renovados desafios ao ensino e à prática da Enfermagem Pediátrica.

Por ter sido criado com a forte premissa de que se constituiria em modelo de ensino, o Sistema de Permanência Conjunta mantém inquebrantável seu devir, revelando-se, ao longo da história, cenário de viva aprendizagem, repleta de situações inusitadas de cuidado. Nessa perspectiva, essa forma de cuidar que tem lugar no mundo do hospital pode se iluminar a partir do ensino ou da prática educativa, e o ensino também pode revigorar-se no acontecer da práxis do cuidado. Na mutualidade dessas interações de ensinar e aprender o cuidado e o cuidar revigora-se a construção do conhecimento em Enfermagem Pediátrica.

O mundo do Sistema de Permanência Conjunta, atravessando os tempos, mostra uma origem marcada pelas relações interdisciplinares que acompanham o processo de criação e que, ainda hoje, exerce forte influência e mantém elos duradouros.

O modelo da prática e do ensino tem suas raízes no eixo norteador de ações de cuidado direcionadas à criança e à família, e nesse sentido os profissionais, os docentes e acadêmicos revigoram-se mutuamente diante dos desafios de encontrar soluções ou alternativas que possam contemplar as questões de saúde e doença das crianças e o preparo das famílias para conviver com elas.

As estratégias de cuidado desenvolvidas e valorizadas, nas perspectivas intra e interdisciplinar, podem favorecer um foco direcionado às mudanças existenciais peculiares às situações singulares vividas pelas crianças e famílias, destinando um tempo específico ao cuidado solícito. Assim, os resultados e os benefícios auferidos às crianças e às famílias, tanto a Pediatria, enquanto área de conhecimento, quanto seu próprio saber e fazer alcançam visibilidade.

Ao apropriar-se de seu saber, as enfermeiras buscam aprimoramento, no mundo do cuidado, do hospital e da academia, o que reverte em reconhecimento profissional e se mantendo seguras tornam-se fortalecidas, reivindicam e reiteram sua posição de referência em

relação às questões do cuidado de enfermagem em interface interdisciplinar, nessa proposta diferenciada e pioneira, indo além, em um movimento de transcendência.

O cuidado no tempo revela-se diante da vulnerabilidade da condição humana. A necessidade de sentido ganha intensidade revigorada e precisa ser visualizada pelos cuidadores. As enfermeiras - Enfermagem Pediátrica - manifestam compaixão ao se depararem com a fragilidade da condição humana exposta com tanto vigor diante de situações de vulnerabilidade vividas pelas crianças e pelas famílias em sua trajetória de sofrimento, como nos casos de maus tratos intrafamiliares, doenças crônicas, cuidados paliativos, situações de agravos críticos, ou no intensivismo pediátrico. Percebem-se diante de questionamentos filosófico-existenciais para os quais, na maioria das vezes, não existem respostas seguras e certas. Movem-se pelo agir em prol do que se ocupam – crianças, famílias e equipe – na criação de propostas de cuidado, tendo como foco essas situações.

Paradoxalmente, ao buscarem dedicar o tempo necessário para que o Ser do outro tenha possibilidades de se revelar e compartilhar suas dores e seus temores, alcançando o sentido de que estão diante de uma vivência singular, as enfermeiras buscam o autêntico cuidar, compreendendo que o momento presente precisa ser vivido com toda a intensidade.

Desvelam-se, na presença, na solicitude e na compaixão, no cuidado espiritual, as múltiplas faces do cuidar. A faceta do tempo e do cuidado adquire o significado de um tempo que não pode ser medido, pois transcorre na intersubjetividade, nos encontros em que o Ser do outro assume significação. Nos momentos de transcendência ocorre no Ser da enfermeira um processo de crescimento interior, amadurecimento pessoal e profissional. Vivências dessa natureza não podem ser objetivadas por um tempo linear, pois transcorrem na temporalização de cada Ser.

Saber ouvir, no sentido de escutar, compreender o outro, transportando-se, empaticamente, para a posição dele, e buscar se comunicar mediante linguagem verbal e não verbal, demonstram peculiares experiências lembradas do vivido das participantes.

Desvela-se, assim, um mundo sensível. O cuidado assume uma linguagem pluridimensional que se expressa no toque, no carinho, na ludicidade do encontro com a alma da criança, nas expressões de fé e espiritualidade compartilhadas com a criança e com a família. Ao descortinarem o mundo vivido cotidianamente no “ser-com” outros *Daseins* com quem partilham ser no mundo do hospital – crianças, famílias e equipe – revelam-se Seres dotados de sensibilidade, expressando, na linguagem estética e ética do cuidado, sua responsabilidade.

Cuidar de crianças significa vivenciar um mundo em constante transformação, ressignificando, a cada interação estabelecida, seu próprio potencial de cuidar. Desvelam-se percepções de encantamento pela espontaneidade da criança, pelo seu poder de aceitação às adversidades suscitadas pelo adoecimento ou diante de situações causadoras de dor, como ao serem submetidas a procedimentos invasivos, e mesmo assim transmutar seu sofrimento e enfrentar. Percebe-se o poder de reconstrução possível, com base na confiança que a mútua conquista e a formação de vínculos exercem sobre o viver da criança.

Nesse particular, a perspectiva ontológica existencial pode ser útil ao favorecer a compreensão de que a criança é um projeto existencial, um vir a ser sendo, constituindo-se como ser no mundo. A ideia de projeto e a ação de projetar-se articulam-se à compreensão de que, na circularidade hermenêutica do cuidado - o passado, o presente e o futuro – coexistem. Desse modo, o acontecer e o resultado do cuidado são alcançados a cada instante (HEIDEGGER, 2012). Está latente na criança a temporalização de seu ser, e a imediaticidade das mudanças físicas, psíquicas e espirituais que as atravessam.

Constata-se que as transformações vivenciadas pelas crianças exigem cautela na leitura das manifestações da criança e da família. A família mostra-se, na grande maioria das vezes, detentora do poder de mediação entre a criança e a equipe, capacidade reconhecida e legitimada quando as enfermeiras dizem que cuidar da criança requer “ouvir” a família. A responsabilidade que aflora diante da necessidade de atenção à segurança da criança também incide na proteção de seus direitos, em que se inclui, igualmente, a família, garantindo a ambas não apenas o espaço e o tempo físico, mas o espaço e o tempo intersubjetivo.

A Enfermagem Pediátrica, no “ser-aí” das enfermeiras, desvela que o pensar e o repensar dos processos de cuidado, na solicitude ao que é próprio ao mundo da criança, pode tornar a hospitalização um processo menos sofrido, mais fácil de ser vivido, na indissociabilidade propulsora desse devir partilhado – criança, família e equipe (profissionais, docentes e acadêmicos).

As participantes do estudo afirmam que o papel da academia foi decisivo para a opção profissional pela Enfermagem Pediátrica, como área de atuação, pelas aprendizagens significativas que lhes possibilitaram vivenciar a arte e o cuidado à criança e à família. Destacam o compartilhar de conhecimentos capazes de constituir uma base sólida aos enfermeiros relativa às premissas do cuidado em Enfermagem Pediátrica, transferindo-as para a prática cotidiana. Tais premissas dizem respeito ao cuidado à criança hospitalizada e à família em Sistema de Permanência Conjunta.

Experiências positivas e transformadoras no viver das participantes foram relatadas ao associarem a importância da interação estabelecida com os docentes e discentes da Escola de Enfermagem da UFRGS, de outras Faculdades e da Residência Integrada Multiprofissional, nos cenários de ensino-aprendizagem nas unidades pediátricas. As enfermeiras reafirmam sentirem-se revigoradas pelo estímulo em buscar novos conhecimentos, tendo seu saber e fazer prestigiado quando são convidadas para ministrarem aulas, palestras, realizarem acompanhamento de discentes em estágios curriculares, entre outros. A Enfermagem Pediátrica se fortalece com a perspectiva do modelo de Integração Docente-Assistencial, oferecendo suporte e apoio aos projetos de cuidado no âmbito teórico e prático. Revela-se, nessa perspectiva, o potencial criador inerente à condição humana de conhecer e compreender continuamente os processos existenciais integrando-os, enquanto aprendizagens significativas, ao mundo vivido. Reside, aqui, um aspecto fundamental que se atribui à necessidade de fazer sentido àquele que experiencia, o que, por sua vez, revigora a capacidade de ir além.

Nessa perspectiva, a compreensão do significado do círculo hermenêutico do cuidado pode favorecer uma mudança de atitude na relação do mundo de ensinar e aprender a cuidar com a práxis de cuidar e ensinar, como óticas singulares e complementares. Retroalimentam-se concomitante e sucessivamente, incorporando ao vivido novas e inusitadas vivências.

O cuidar acompanha a evolução do Ser em seu acontecer e presenciza-se na entrega, singular e inconfundível. O “ser-aí” da Enfermagem Pediátrica no mundo do Sistema de Permanência Conjunta se expressa pelo cuidado, e o cuidado reside no Ser em sua trajetória existencial.

Ao olhar para o mundo do cuidado à criança e à família constata-se que um fio condutor atravessa os tempos do saber e do aprender, do criar e do intuir, integrando e ampliando movimentos de uma entrega solícita de um conhecimento que integra o prático e o teórico, técnico e o científico, revelando-se em uma totalidade. Mas, essencialmente, origina-se da compreensão da condição humana e perfaz a tecitura da existência, pois se move de um Ser a outro Ser, na inesgotável capacidade de entrega naquele momento único e irrepitível - o cuidado.

A compreensão da importância do aqui e do agora singulariza o tempo solícito, a presença que liberta, a intersubjetividade que redireciona o Ser para si mesmo e para o outro. O movimento de transcendência permite compreender a temporalidade da Enfermagem Pediátrica em sua trajetória de cuidado, na sabedoria do tempo. Um tempo que ao cuidado pertence, tomando para si as possibilidades de expressão por meio dos Seres que marcam sua presença no mundo da Permanência Conjunta de um hospital-escola.

A trajetória da Enfermagem Pediátrica revelou-se em múltiplas faces, em um movimento que atravessou os tempos, desvelando o cuidado em sua gênese, desde o processo de criação de seu próprio mundo, a Permanência Conjunta, até os dias atuais e projetando-se ao futuro, mesmo que num recorte do presente linear. Compreende-se, que é na transcendência e no processo inesgotável de conhecer, compreender e agir inalienável à condição humana que a continuidade de sua história mantém o fio condutor do cuidado idealizado e projetado para restaurar o modo de ser saudável ou dar qualidade de vida à criança e ao adolescente hospitalizado e à família.

A partir da prática e do conhecimento acumulado, ao longo da construção desse fio condutor, constata-se a contribuição para o aprimoramento e a inovação dos modelos de cuidado à criança e ao adolescente hospitalizados e à família, trazendo avanços significativos para a Enfermagem Pediátrica, tanto em âmbito regional quanto nacional.

O modelo de cuidado em Permanência Conjunta no Serviço de Enfermagem Pediátrica é inovador porque transcende ao cuidado à criança, ao adolescente, e inclui a família no mundo do hospital de maneira singular. Esse modelo de cuidado atravessa os tempos e mantém-se como um fio condutor ao longo de sua existência – 36 anos. Com o passar do tempo, incorporaram-se tecnologias, programas e estratégias de cuidado para atender as demandas dos Seres cuidados. Destarte, a fenomenologia possibilitou compreender esse mundo vivido, trazendo as objetividades e as subjetividades que emanam desse mundo, reafirmando a originalidade e a inovação desse conhecimento e o modo de fazer – o cuidado.



## 8 RECOMENDAÇÕES

A partir da compreensão do mundo vivido da Enfermagem Pediátrica, em sua peculiaridade de hospital-escola, no Sistema de Permanência Conjunta da Pediatria do HCPA, emergem recomendações aplicáveis às esferas do ensino, extensão e pesquisa e também à arte e à prática de cuidar no mundo do hospital, sob o olhar compreensivo e hermenêutico.

Pela importância que se atribui ao Ensino e ao Sistema de Permanência Conjunta enquanto modelo de cuidado e de ensino, reitera-se a necessidade de um pensar e repensar contínuo acerca da união de esforços entre a academia e a prática para que prossiga inabalável como referencial teórico-filosófico na constituição dos projetos de futuro da Pediatria. Pelas premissas que o constituem, com base na preocupação com a criança, família e equipe, aqui incluídos os profissionais, docentes e acadêmicos, transformou-se em estrutura edificante nos fundamentos do ensino de Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem da UFRGS, em estreita articulação com o mundo onde a Enfermagem Pediátrica exerce sua existência. No entanto, é na preocupação, sempre renovada, que o cuidado emerge no Ser cuidador e é colocado em movimento, como construtor e “curador” dos projetos criados. Reitera-se, então, a recomendação de que a comunidade acadêmico-assistencial renove continuamente sua força para que essa proposta não esmoreça.

A Enfermagem Pediátrica configura-se como um construto na área do saber e do fazer do cuidado à criança e à família. Nessa dimensão, distingue-se por congregar as crianças e adolescentes hospitalizados em seu processo de adoecimento no mundo do Serviço de Enfermagem Pediátrica. Mundo construído para atender as especificidades dessa etapa do desenvolvimento humano. Significa reafirmar que é facultada ao saber específico dessa área a prioridade para atender as demandas peculiares desses Seres de cuidado, nas esferas biológicas, psicossociais e espirituais. Como disciplina e área do cuidado, a Enfermagem Pediátrica constrói concepções fundadas em referenciais teóricos e filosóficos, como um elemento para ativar a produção do conhecimento. Reitera-se, portanto, que o cuidado a esses seres aconteça em contextos adequados e com equipes preparadas para atender as suas demandas de cuidado.

O Ensino, por seu caráter pulsante em um mundo dinâmico e transformador, pode contribuir para fomentar o desejo e a inclinação pela escolha da Enfermagem Pediátrica como campo de atuação de futuros enfermeiros. Nos espaços dialógicos de ensinar e de cuidar criativamente construídos, envolvendo docentes, discentes e profissionais, partilhando uma existência em comum junto às crianças e suas famílias, é possível fortalecer a ótica de que

todos são, ao mesmo tempo, educadores e aprendizes. Nessa concepção, o saber hierarquizado transforma-se em ricos espaços de crescimento pessoal e profissional.

A ótica compreensiva e hermenêutica privilegia a produção de um conhecimento que emerge de relações humanas, em que o saber alcançado provém da valorização de propostas coconstruídas envolvendo todos os Seres integrantes do processo de ensinar, aprender e cuidar. Depreende-se dessa perspectiva a proposta de uma articulação entre o Ensino e os espaços em que o cuidado é exercido pela Enfermagem Pediátrica, enquanto área do saber e da arte de cuidar de crianças e de famílias para produção de novos projetos compartilhados. Trata-se de uma promissora forma de difundir os referenciais teóricos e filosóficos norteadores do cuidado à criança e à família, em sua indissociabilidade, ao alcance da produção de conhecimento.

Esse pensamento deriva da compreensão da aplicabilidade do princípio do círculo hermenêutico em que o movimento da aprendizagem significativa se estende do ensino à prática e dela retorna ao ensino, na transcendência. Tal possibilidade em que o singular implica compreensão do todo e o todo a compreensão do singular pode prosseguir iluminando o movimento do cuidado de Enfermagem Pediátrica e que se temporaliza no devir da existência acadêmica e assistencial.

A compreensão alcançada pode fornecer subsídios para o ensino tanto de Graduação e Pós-Graduação de Enfermagem, por meio de sua inserção nos conteúdos das Disciplinas da área do cuidado à saúde da criança, quanto no que compete ao ensino em outras esferas de formação de recursos humanos — Residência Integrada Multiprofissional e cursos de educação permanente.

Espaços da produção e aplicação de conhecimentos podem favorecer reflexões em torno do eixo temático que articula referenciais teóricos e filosóficos do Sistema de Permanência Conjunta, da Enfermagem Pediátrica e do Cuidado no mundo da Pediatria.

Destaca-se, como recomendação às equipes no mundo do hospital e no ensino no mundo acadêmico, a construção de momentos e espaços de reflexão sobre o exercício cotidiano do cuidado de crianças, adolescentes e famílias. Em tais espaços sugere-se a inclusão de estudos com base nos referenciais da vulnerabilidade, no referencial do desenvolvimento humano ecológico, da ética e estética do cuidado à saúde, e a temática do cuidado à criança e à família na perspectiva da temporalidade e temporalização do Ser, desvelada nessa Tese. Os conhecimentos oriundos de pesquisas e referenciais teóricos podem servir de subsídios para a aproximação do ensino e da prática do cuidado, no mundo do hospital.

Propõe-se a manutenção e a renovação de uma articulação de saberes e fazeres para a construção do conhecimento em Enfermagem Pediátrica. O estímulo à participação das enfermeiras nos espaços do ensino formal da academia revigora seu poder ser capaz de fazer e de ensinar, revitalizando a proposta da integração docente-assistencial. Ampliação da inserção dos docentes na modalidade Docência Assistencial em Escolas de Enfermagem nos espaços da prática institucional de hospitais-escola pode repercutir em fortalecimento da profissão e da área do saber.

Torna-se fundamental para a Enfermagem uma reflexão transdisciplinar acerca da ideia de saúde e de cuidado. Assim, propõe-se superar a orientação para a doença, revitalizando a arte de cuidar, repensando metodologias de ensino, apostando em oficinas de criatividade e sensibilidade (CABRAL, 1998). Nessas estratégias, a intersubjetividade ganha espaço nos planos de ensino das disciplinas da saúde da criança.

No que tange a perspectiva da pesquisa, o contexto onde ocorreu este estudo pode ser cenário de novas investigações por seu caráter dinâmico e transformador. Situações em que o cuidado é o protagonista, por seu conteúdo vivencial riquíssimo, podem ser exploradas em novas perspectivas tanto sob a ótica de enfermeiros quanto de familiares, profissionais da equipe de saúde e de enfermagem, e as próprias crianças, mediante abordagens de pesquisa qualitativa ou quantitativa. No entanto, cabe ressaltar que a epistemologia compreensiva, em sua vertente fenomenológica possibilita o encontro com a profundidade de manifestações dialógicas e pode, igualmente, favorecer a descoberta de novos caminhos para a produção do saber e do fazer da enfermagem. Espaços intersubjetivos dessa natureza merecem ser escolhidos, e são transformadores para quem deles compartilha tanto pesquisadores quanto participantes. Pesquisas de intervenção podem também ser particularmente úteis para levantar subsídios da prática visando intervenção e inovação.

O olhar de pesquisadores direcionado à criança e ao adolescente, em seu modo de ser no mundo da Permanência Conjunta, e de como percebe o cuidado da Enfermagem Pediátrica e as repercussões enquanto ser-aí nesse mundo, pode ressignificar o modo de cuidar por parte dos profissionais, docentes, discentes e familiares.

Olhar para a família, no mundo do hospital, vai além de considerá-la unidade de cuidado à saúde de seus membros; passa a ser um Ser de cuidado, no modelo do Sistema de Permanência Conjunta em Pediatria. Para tanto, requer a realização de pesquisas com o enfoque compreensivo, em que os informantes sejam as famílias.

O cenário do Sistema de Permanência Conjunta também é propenso ao desenvolvimento de projetos de extensão universitária. Especialmente para os acadêmicos

constitui-se em experiências significativas ao ingressarem no mundo do hospital e, em interação com os profissionais, crianças e famílias, exercitarem seu potencial criativo e transformador, projetando-se como “ser-aí” nesse mundo desafiador do cuidado. Reafirma-se, no entanto, que a essas experiências pode-se agregar maior aproveitamento, inserindo a abordagem compreensiva do cuidado, suas configurações éticas e estéticas para uma aproximação sensível com as crianças e as famílias.

Difundir a cultura da segurança vinculada ao conhecimento e respeito aos Direitos das Crianças e Adolescentes Hospitalizados, compreendendo a dinâmica de programas desenvolvidos com tal finalidade, repercutirá na formação de profissionais melhor preparados para auxiliar crianças e famílias em seu processo existencial. A ampliação do contingente humano em acolhimento às necessidades das famílias e crianças pode favorecer processos de corresponsabilização pelo cuidado solícito nos espaços institucionais.

Na perspectiva da prática do cuidado, os programas de cuidado à criança, ao adolescente e à família, à semelhança dos desenvolvidos no Serviço de Enfermagem Pediátrica, constituem-se possibilidades de aprofundamento e aprimoramento do cuidado em Enfermagem Pediátrica. Tais programas, considerados modelos de cuidado, podem ser difundidos e replicados em outros contextos de cuidado, outras Escolas e Instituições Assistenciais. Propostas, de cunho interdisciplinar, podem ser citadas como: o Programa de Apoio à Família da Criança Hospitalizada; Programa para Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados; Programa de Proteção à Criança; Programa de Cuidados Paliativos; Programa de Cuidado com a Pele da Criança; Cuidado à Criança com Fibrose Cística; Cuidado à Criança no Transplante Hepático Infantil; Programa de Cuidado às Crianças com Cateteres Centrais e PICC, entre outros.

Propõem-se a criação de espaços institucionais, ampliando o cuidado à criança e ao adolescente, congregando-os em área com infraestrutura específica para o atendimento de suas questões de saúde. Em virtude das especificidades de Ser adolescente, e de não contarem com espaço exclusivo (na maioria das instituições de saúde em âmbito hospitalar e comunitário) para o atendimento de sua saúde, gera a preocupação de sensibilizar os dirigentes, em fóruns deliberativos, para a criação de Unidades de Adolescentes, em defesa dos direitos da criança/adolescentes e a construção de Hospitais Pediátricos.

Diante da magnitude que envolve essas propostas para o futuro da Pediatria, lança-se como desafio acadêmico e assistencial a união de esforços em torno de mudanças paradigmáticas, estruturais e organizativas, estudando estratégias que visem a contemplar e

assegurar o que é essencial ao cuidado da criança, adolescente, família e equipe, no mundo do hospital.

## REFERÊNCIAS

- ALGERI, S. Violência intrafamiliar: reflexões necessárias sobre possibilidades de intervenção. In: MOTTA, M. G. C.; Ribeiro, N. R. R.; COELHO, D. F. (Org.). **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. Porto Alegre: Expansão, 2012. p. 331-338.
- ARAÚJO, Alice Maria Paulo; RIBEIRO, Nair Regina Ritter; SANSEVERINO, Sandra Leduina. Educação continuada e instrumentalização das equipes de enfermagem. In: BAIOTTO, Graziella Gasparotto (Org.). **Cateter central de inserção periférica-CCIP na prática de enfermagem**. Porto Alegre: Moriá, 2013. p.189-191.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 49-83
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Para comprender El sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 4, n. 2, p. 159-172, mayo/ago. 2008
- BRASIL. **Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998**: estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 136, 13 ago. 1998. Seção I, p. 109-110.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 153, 16 jun. 2013. Seção I, p. 59-62.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, **Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995**. Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 133, 17 out. 1995. Seção I, p. 16319-16320.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Regula os direitos autorais... **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 136, 20 fev. 1998. Seção I, p. 3-9.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 128, 16 jul. 1990. Seção I, p. 13563-13577.
- CABRAL, I. E. O método criativo-sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER JH, (Org.). **Pesquisa em enfermagem: novas tecnologias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.177-203.

CARMEN, S., TEAL, S., GUZZETA, C.E. Development, testing, and national evaluation of a pediatric patient-family-centered care benchmarking survey. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 22, no. 2, p. 61-74, 2008.

CASANOVA, M. A. **Comprender Heidegger**. Petrópolis: Vozes, 2009.

CÔA, T. F.; PETTENGILL, M. A. M. The vulnerability experienced by the family of children hospitalized in a pediatric intensive care unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 824-830, 2011.

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

DALLE MULLE, J. **Percepções de uma equipe de enfermagem sobre permanência conjunta: implicações educacionais**. 2000. 101 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

DIAS, S. M. Z. **Participação da família no processo de cuidado da criança hospitalizada: vivências das enfermeiras**. 2001. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

DIAS, S. M. Z.; MOTTA, M. G. C. Significado da participação da família no processo de cuidado: uma percepção das enfermeiras. In: MOTTA, M. G. C.; RIBEIRO, N. R. R.; COELHO, D. F. (Org.). **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. Porto Alegre: Expansão, 2012. p. 173-197.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado da família. In: BUB, L. I. R. (Coord.) **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77.

ELSEN, I.; PATRÍCIO, Z. M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S. S. (Org.). **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá: Eduem, 2011.

FIGUEIREDO, M. H. J. S.; MARTINS, M. M. F. P. S. Dos contextos da prática à (co) construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 615-621, 2009.

FIRMES, M. P. R.; CABRAL, I. E. O acolhimento na unidade de internação clínica: vozes do adolescente para um cuidar de enfermagem. In: MOTTA, M. G. C.; RIBEIRO, N. R. R.; COELHO, D. F. (Org.). **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. Porto Alegre: Expansão, 2012. p. 219-260.

FRANCK, L. S.; CALLERY, P. Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare. **Child: Care, Health & Development**, Oxford, v. 30, no. 3, p. 265-277, 2004.

GADAMER, H. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2011.

GADAMER, H. **Verdade e método I**. Petrópolis: Vozes, 2014.

GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 20-30, abr. 2005.

HALL, E. **When a newborn or small child is critically ill: nurses', parents' and grandparents' experiences and dynamics in family-centred care**. 2007. University of Aarhus, Aarhus, 2007. Doctoral Thesis.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Campinas: Editora da Unicamp; Petrópolis: Vozes, 2012.

HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social**. São Paulo: Moraes, 1981.

HOPIA, H. et al. Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 14, no. 2, p. 212-222, 2005.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório anual 2006**: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, 2006.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório Anual 2007**: Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, 2007.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Sessão de homenagens - 30 anos pediatria HCPA**. In: JORNADA MULTIDISCIPLINAR PEDIÁTRICA, 8., Porto Alegre, 2009.

ISSI, H. B. A experiência existencial de ser mãe de criança portadora de doença crônica com prognóstico reservado: implicações para o ensino e a prática da enfermagem. In: MOTTA, M. G. C.; RIBEIRO, N. R. R.; COELHO, D. F. (Org.). **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. Porto Alegre: Expansão, 2012. p. 461-482.

ISSI, H. B. et al. Em foco a família: a construção de uma trajetória da enfermagem pediátrica do Hospital de Clínicas. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 39-42, 2007.

ISSI, H. B. et al. Enfermagem a nível de internação pediátrica. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 2, p. 85-92, 1982.

ISSI, H. B. **Vivências, percepções, sentimentos e experiências de aprendizagem de mães de crianças portadoras de doença crônica com prognóstico reservado: implicações para o ensino de enfermagem**. 1989. 330 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1989.

ISSI, H. B.; SCHENKEL, S. S.; LATUADA, V. T. V. Hospitalização da criança e participação da família. In: PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM. **Saúde da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 2007. Ciclo 2, v. 2, p. 31-67.



JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

JESUS, M.C.P. de; PEIXOTO, M.R.B.; CUNHA, M.H. F. O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 29-35, abr. 1998.

KARL, I. S. **Relação dialógica de cuidado entre o ser enfermeiro e o ser criança**: sob a visão da Teoria de Paterson e Zderad. 2004. 114 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

KRUSE, M. H. L. **Os poderes dos corpos frios**: das coisas que se ensinam às enfermeiras. Brasília: ABEn, 2004.

LAMBERT, V.; GLACKEN, M.; MCCARRON, M. 'Visible-ness': the nature of communication for children admitted to a specialist children's hospital in the Republic of Ireland. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 17, no. 23, p. 3092-3102, 2008.

LAVERTY, S. M. Hermeneutic phenomenology and phenomenology: a comparison of historical and methodological considerations. **International Journal of Qualitative Methods**, Edmonton, v. 2, no. 3; p. 21-35, 2003.

LAWN, C. **Compreender Gadamer**. Petrópolis: Vozes, 2007.

LIMA, A. S. et al. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 700-708, out./dez. 2010.

LIMA, E. C. **Ser família convivendo com a criança dependente de ventilação mecânica**: uma abordagem do cuidado de enfermagem. 2004. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

LIMA, E. C.; ISSI, H. B.; CARVALHO, P. R. A. Um caminho para a prevenção dos maus-tratos institucionais. In: LUZ, A. M. H.; MANCIA, J. R.; MOTTA, M. G. C. (Org.). **As amarras da violência**: a família, as instituições e a enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2004. p. 145-150

LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005.

LUDWIG, Maria Cristina Flurin et al. Catéter central de inserção periférica valvulado: manutenção ambulatorial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL, 5., 2013, Gramado, RS. **Anais...** [recurso eletrônico]. Gramado, RS: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 2013. p. 70-71.

MACHADO, R. F. Humanidade, saúde e crise de corporeidade na pós-modernidade. **Teocomunicação**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 315-324, jul./dez. 2011.

- MACKEAN, G. L.; THURSTON, W. E.; SCOTT, C. M. Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. **Health Expectations**, Oxford, v. 8, no. 1, p. 74-85, 2005.
- MAGALHÃES, A. M. M.; JUCHEM, B. C. Primary nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 5-18, jul. 2000.
- MEIERS, S. J.; TOMLINSON, P. S. Family-nurse co-construction of meaning: a central phenomenon of family caring. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockolm, v. 17, no. 2, p. 193-201, 2003.
- MENDES, M. G. S. R.; MARTINS, M. M. F. P. S. Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**, Braga, n. 6, p. 113-121, mar. 2012.
- MIKKELSEN, G.; FREDERIKSEN, K. Family-centred care of children in hospital: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 67, no. 5, p. 1152-1162, 2011.
- MILBRATH, V. M. **Criança/adolescente com paralisia cerebral**: compreensões do seu modo de ser no mundo. 2013. 178 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- MONTEIRO, C. F. S; et al. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 297-300, 2006.
- MOTTA, M. G. C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital**: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. 1997. 210 f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.
- MOTTA, M. G. C. et al. Famílias de crianças e adolescentes no mundo do hospital: ações de cuidado. In: ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S.S. (Org.). **Enfermagem à família**: dimensões e perspectivas. Maringá: Eduem, 2011. p. 73-85.
- MOTTA, M. G. C. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004. p. 19-28.
- NUNES, D. M. **Linguagem do cuidado**. 1995. 246 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1995.
- NUNES, D. M. **Percepção e estado emocional da mãe, relativos à assistência hospitalar prestada a seu filho no sistema de permanência conjunta**. 1986. 332 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1986.
- OLSCHOWSKY, A. **Integração docente-assistencial**: estudo de caso. 1996. Dissertação (Mestrado de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan decenal de salud para las Americas:** informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas. Washington, 1973. 146 f.

PALLADELIS, P. et al. Implementing family-centred care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. **Australian Journal of Advanced Nursing**, South Melbourne, v. 23, no. 1, p. 31-36, 2005.

PAULA, C. C.; NEVES, E. T.; PADOIN, S. M. M. Tendências da produção do conhecimento em enfermagem pediátrica no curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – RS. In: MOTTA, M. G. C.; RIBEIRO, N. R. R.; COELHO, D. F. (Org.). **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. Porto Alegre: Expansão, 2012. p. 199-218.

PETERSEN, M. F. ; COHEN, J. ; PARSONS, V. Family-centered care: do we practice what we preach? **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, Hoboken, v. 34, no. 4, p. 421-427, 2004.

PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 622-629, set. 2009.

PINTO, J. P.; et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 132-135, jan./fev. 2010.

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

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREDEBON, Caroline Maier et al. Catéter central de inserção periférica em crianças hospitalizadas: contribuição da utilização do processo de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL, 5., 2013, Gramado, RS. **Anais...** [recurso eletrônico]. Gramado, RS: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 2013. p. 562-563.

REINERS, G. M. Understanding the differences between Husserl's (Descriptive) and Heidegger's (Interpretive) phenomenological research. **J NursCare**, v.1, n. 5, p. 1-3. 2012.

RIBEIRO, N. R. R. **A experiência da criança na unidade de tratamento intensivo pediátrico: subsídios para a prática e o ensino de enfermagem**. 330 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1990.

RIBEIRO, N. R. R. **Famílias vivenciando o risco de vida do filho**. 225 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

RIBEIRO, Nair Regina Ritter et al. Habilitação de enfermeiros na instalação de catéter central de inserção periférica no HCPA. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL, 4., 2011, São Luis. **Anais...** Maranhão, 2011. p. 1929-1933.

RIBEIRO, N. R. R; BERNARDES, N. M. G. A dor do corpo e o sofrimento da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. In: MOTTA, M. G. C.; RIBEIRO, N. R. R.; COELHO, D. F. (Org.). **Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente**. Porto Alegre: Expansão, 2012. p. 63-86.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 4. ed. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação**. Lisboa, Edições 70, 1996.

RICOEUR, P. **Leituras 2: a região dos filósofos**. São Paulo, Edições Loyola, 1996.

RICOEUR, P. **O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica**. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

ROSSI, C. S.; RODRIGUES, B. M. R. D. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 5, p.645-650, 2010.

SABATÉS, A. L.; BORBA, R. I. H. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 968-973, nov./dez. 2005.

SANCHES, Márcia Otero. História da terapia intravenosa. In: BAIOTTO, Graziella Gasparotto (Org.) **Cateter central de inserção periférica na prática de enfermagem**. Porto Alegre: Moriá, 2013. p. 19-22.

SANTIN, S. **Notas de aula**. Disciplina de Tópicos Especiais em Enfermagem – introdução à hermenêutica sob o enfoque de Paul Ricoeur. Curso de Pós-Graduação/Doutorado em Enfermagem – UFRGS. Porto Alegre, 2012.

SANTOS, E. M.; SALES, C. A. Familiares enlutados: compreensão fenomenológica existencial de suas vivências. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.esp., p. 214-222, 2011.

SANTOS, L. F.; et al. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 473-478, jul./ago. 2013.

SHIELDS, L. et al. Family-centred care for children in hospital. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Chichester, (1):CD004811, 2007.

SHIELDS, L.; NIXON, J. Hospital care of children in four countries. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 45, no. 5, p. 475-486, 2004.

SHIELDS, L.; PRATT, J.; HUNTER, J. Family centred care: a review of qualitative studies. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 15, no. 10, p. 1317-1323, 2006.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, A. F.; ISSI, H. B.; MOTTA, M. G. C. A família da criança oncológica em cuidados paliativos: o olhar da equipe de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 820-827, 2011.

SILVA, D. G.; et al. O marco de Wanda de Aguiar Horta para o processo de enfermagem no Brasil. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 2, supl. 1, p. 56-59, 2011.

SOSTIZZO, L. R. Z.; MENEGON, D. B.; CASTRO, S. B. Úlceras por pressão em neonatos e crianças. In: PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM. **Saúde da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 2015, p. 85-137.

SOUTO, M. B.; LIMA, E. C. de; BREIGEIRON, M. K. **Reanimação cardiopulmonar pediátrica**: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SOUZA, L. C. S. L.; NITSCHKE, R. G.; SOUZA, A. I. J. O cuidado de enfermagem no hospital na percepção das famílias: desafios e perspectivas para a profissão. In: ELSSEN, I.; SOUZA, A. I. J.; MARCON, S.S. (Org.). **Enfermagem à família**: dimensões e perspectivas. Maringá: Eduem, 2011. p. 97-113.

SOUZA, T. V. de; OLIVEIRA, I. C. S. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 551-559, jul./set. 2010.

STEIN, E. **Exercícios de fenomenologia**: limites de um paradigma. Ijuí: Unijuí, 2004a.

STEIN, E. **Mundo vivido**: das vicissitudes e dos usos de um conceito da fenomenologia. Porto Alegre: EdiPucrs, 2004b.

TERRA, M. G. et al. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 93-99, 2009.

TORRALBA, F. R. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

TORRALBA, F. R. **Ética del cuidar**: fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Institut Borja de Bioètica/Fundación MAPFRE Medicina, 2002.

TORRALBA, F. R. **Antropologia del cuidar**. Madrid: Institut Borja de Bioètica/Fundación MAPFRE Medicina, 2005.

VASCONI, R. La salud como problema existencial. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 1., 1994, Florianópolis. **A saúde como desafio ético: anais...** Florianópolis: 1995, p. 26-34.

VASCONI, R. **Perspectivas:** una introducción a la antropología filosófica. Rosário: UNR Editora, 1992.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem.** Petrópolis: Vozes, 2008.

WALDOW, V. R. **Cuidar:** expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2010.

WALDOW, V. R. **Estratégias de ensino na enfermagem:** enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis: Vozes, 2005.

WALDOW, V. R. Notas sobre o autor. In: TORRALBA, F. R. **Antropologia do cuidar.** Petrópolis: Vozes, 2009.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 765-771, ago. 2008.

WEIS, J. **Familiecentreret pleje i en højintensiv neonatalafdeling** [Family-centred care in a NICU]. (Master Thesis)-University of Aarhus, Aarhus, 2006.

WEGNER, W. **A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado:** prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. 2011. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. **Enfermeiros e famílias:** um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2013.

XAVIER, D. M. et al. A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 866-872, nov./dez. 2013.

ZANOLLI, M.L.; MERHY, E.E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 977-987, 2001.

ZARTH, S. M. **Temas transversais no ensino fundamental:** educação para a saúde e orientação sexual. 2013. 119 f. Tese (Doutorado em Educação)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ZILLES, U. Paradigma da hermenêutica. In: \_\_\_\_\_. **Teoria do conhecimento e teoria da ciência.** São Paulo: Paulus, 2005. Cap. VII, p. 105-113.

## **APÊNDICE A - Roteiro da entrevista para a enfermeira docente**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS)

Doutorado em Enfermagem

### **Pesquisa “O mundo vivido da Enfermagem Pediátrica: compreensões da trajetória de cuidado”**

Autoras: Helena Becker Issi (Pesquisadora principal)

Maria da Graça Corso da Motta (Orientadora)

#### **Roteiro da Entrevista**

##### **1 - Informações da Participante**

**Número da entrevista:**

**Período de planejamento da Pediatria:**

**Período de permanência na Pediatria:**

##### **2 – Questões orientadoras**

- Eu gostaria que me contasse como foi para você pensar e implantara Pediatria do HCPA.
- Fale sobre os fundamentos teóricos e filosóficos que sustentaram o projeto da Pediatria do HCPA.
- Como você visualiza o cuidado da Enfermagem Pediátrica, considerando a linha do tempo desde o processo de criação.
- Você gostaria de acrescentar mais alguns elementos?

## **APÊNDICE B - Roteiro da entrevista para as enfermeiras**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS)

Doutorado em Enfermagem

### **Pesquisa “O mundo vivido da Enfermagem Pediátrica: compreensões da trajetória de cuidado”**

Autoras: Helena Becker Issi (Pesquisadora principal)

Maria da Graça Corso da Motta (Orientadora)

#### **Roteiro da Entrevista**

##### **1 – Informações da Participante**

**Código da participante:**

**Unidade do SEPED a que pertence:**

**Data de ingresso na Pediatria:**

##### **2 – Questões orientadoras**

- Eu gostaria que me contasse como você percebe o cuidado à criança, ao adolescente e à família no contexto da hospitalização infantil na Pediatria do HCPA (cotidiano do cuidado; facilidades vivenciadas; dificuldades vivenciadas).
- Como é para você a prática cotidiana do cuidado à criança, ao adolescente e à família no SEPED.
- Fale sobre os fundamentos que apoiam a sua prática nos espaços de cuidado.
- Como você percebe a construção do processo de cuidado à criança, ao adolescente e à família, se você pensasse numa linha do tempo desde que você trabalha no serviço.
- Fale sobre o que você proporia como contribuição para o futuro da Enfermagem Pediátrica na instituição e na formação profissional (visão de futuro; aspectos fortes a destacar; pontos de melhoria).
- Você gostaria de acrescentar mais alguns elementos?



## **APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem -

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF/UFRGS)

Doutorado em Enfermagem

### **Pesquisa “O mundo vivido da Enfermagem Pediátrica: compreensões da trajetória de cuidado”**

Venho convidá-la a participar dessa pesquisa. Sou Helena Becker Issi, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Corso da Motta. Os objetivos deste estudo são conhecer as percepções das enfermeiras sobre o modo de cuidar as crianças, adolescentes e famílias no contexto da Enfermagem Pediátrica no mundo da hospitalização infantil; e desvelar e compreender, na perspectiva da temporalidade, o fenômeno cuidado à criança, adolescente e família no mundo da Enfermagem Pediátrica de um hospital-escola. Os resultados alcançados poderão trazer como benefícios a contribuição para o aprofundamento do conhecimento dos elementos teórico-filosóficos que embasam a construção do cuidado na trajetória do Serviço de Enfermagem Pediátrica e, assim, servirem de subsídios para a prática e o ensino do cuidado ao Ser criança doente e hospitalizada e à sua família.

Sua participação será por meio de uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras, em lugar reservado para que possa expressar-se livremente, garantindo sua privacidade, e terá duração média de uma hora. A entrevista será gravada por dispositivo digital de áudio e será armazenada durante cinco anos, após esse período o material será desgravado, conforme Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

Caso concorde em participar, asseguramos que: ao participar você não será identificada; a pesquisa em nada afetará o seu vínculo de trabalho com a instituição, e as informações coletadas não têm nenhuma relação com avaliação de desempenho profissional; os riscos às participantes são considerados mínimos, podendo estar relacionados a algum desconforto provocado durante a entrevista; você terá a liberdade de interromper a entrevista se o desejar cancelar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo para sua pessoa e seu vínculo profissional com a instituição. Asseguramos,

também, que as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos, sem qualquer ônus para quem dela participar, ao mesmo tempo haverá esclarecimento quanto quaisquer dúvidas que possam surgir durante seu desenvolvimento e a garantia do acesso aos resultados obtidos. Para lhe assegurar o total anonimato, seu nome será substituído pela letra “P” de participante. Este termo será assinado em duas vias, permanecendo uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos, em qualquer momento, nos seguintes modos de contato: Dda. Helena Becker Issi (Pesquisadora), pelo telefone (51) 3308-5335; e sua orientadora Prof<sup>a</sup> Maria da Graça Corso da Motta (Pesquisadora Responsável), pelo telefone (51) 3308-5081.

O Comitê de Ética em Pesquisa poderá ser contatado para esclarecimento de dúvidas, no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 3359-7640, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

Assim, solicitamos a autorização para sua inclusão como participante da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que concordo em participar do estudo acima referido e fui esclarecida, de forma clara, detalhada e livre de qualquer constrangimento ou coerção, sobre o caráter da pesquisa, objetivos, riscos e benefícios, em todo de realização do estudo. Tenho ciência de que posso cancelar minha participação no estudo, a qualquer momento, sem prejuízo a minha pessoa e a garantia de receber resposta a qualquer dúvida. Declaro, ainda, ter a segurança de que não serei identificada no estudo e ter recebido uma cópia deste documento.

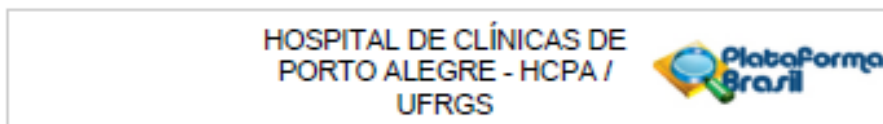
Nome do participante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

(Nome e assinatura do pesquisador que obteve o TCLE)

Porto Alegre, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

## ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O MUNDO VIVIDO DA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: compreensões da trajetória de cuidado

**Pesquisador:** MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38379014.0.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 924.228

**Data da Relatoria:** 16/12/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

Pesquisa qualitativa, de abordagem fenomenológica, pretende utilizar, principalmente, referenciais descritos por Martin Heidegger e Paul Ricoeur, um da escola de Frankfurt e outro da de Paris, apoiados e discutidos por autores nacionais. O objetivo do trabalho é descrever o cenário da atuação da enfermagem Pediátrica do HCPA ao longo de sua existência. Para isso pretende entrevistar aproximadamente 10 enfermeiras, utilizando-se do princípio da saturação de dados. A escolha dos participantes se dará conforme períodos (três décadas diferentes) em que atuaram/atuam nestas unidades. Para a autora será imprescindível que as participantes disponham-se a indicar não somente o que fazem, mas o que pensam, o que sentem, e por que fazem o que fazem, por que pensam o que pensam, por que sentem o que sentem. Além de enfermeiras que encontram-se na assistência será entrevistada a docente que participou da implantação do Serviço. As referências são atualizadas e o trabalho visa valorizar o Serviço, as profissionais e as práticas, dentro de uma linha temporal de cuidado à criança e sua família.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

-Conhecer as percepções das enfermeiras sobre o modo de cuidar as crianças, adolescentes e famílias no contexto da Enfermagem Pediátrica no mundo da hospitalização infantil.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.390 sala 2227 F			
Bairro: Bom Fim		CEP: 90.035-903	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3360-7540	Fax: (51)3360-7540	E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br	

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 924228

-Desvelar e compreender, na perspectiva da temporalidade, o fenômeno cuidado à criança, adolescente e família no mundo da Enfermagem Pediátrica de um hospital - escola.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são considerados mínimos aos participantes. Relacionados a um possível desconforto ao responder as perguntas. Caso isso aconteça terão total liberdade de interromper a entrevista e, se necessário, será feito encaminhamento à psicologia organizacional, a partir de contato prévio.

Benefícios: contribuição para o aprofundamento do conhecimento dos elementos teórico-filosóficos que embasam a construção do cuidado na trajetória do Serviço de Enfermagem Pediátrica e, assim, servirem de subsídios para a prática e o ensino do cuidado ao Ser criança doente e hospitalizada e à sua família.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta descrições minuciosas de referências a serem utilizadas nas análises propostas. Trata-se de estudo qualitativo, fenomenológico - hermenêutico, tendo como sujeitos enfermeiras assistenciais das unidades pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com a utilização de entrevista semi - estruturada. Projeto de pesquisa cujo o relatório destina-se a originar uma tese de doutorado do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi incluída nova versão do TCLE, que está redigido em linguagem clara e acessível, contendo todos os itens recomendados pelo CEP e diretrizes vigentes.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

**COMENTÁRIO DO CEP:**

1) Apresentar nova versão de TCLE.

**RESPOSTA PESQUISADOR:**

Realizadas as adequações no TCLE conforme as orientações da UARPI/GPPG.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

**COMENTÁRIO DO CEP:**

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 91.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3261-7540 Fax: (51)3261-7540 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 924.228

2) Sugerimos modificar o termo "pertence ao serviço" no roteiro de entrevista das enfermeiras, para "trabalha no serviço" a fim de evitarem-se entendimentos inadequados.

**RESPOSTA PESQUISADOR:**

No roteiro da entrevista modificamos o termo "pertence ao serviço" por "trabalha no serviço".

**PENDÊNCIA ATENDIDA.**

O projeto não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 09/12/2014, TCLE de 09/12/2014 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na Intranet do HCPA.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 91.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 924.228

PORTO ALEGRE, 19 de Dezembro de 2014

---

Assinado por:  
José Roberto Goldim  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)359-7640 Fax: (51)359-7640 E-mail: [cephcpa@hcpa.ufrgs.br](mailto:cephcpa@hcpa.ufrgs.br)