

IVANA DE SOUZA KARL

**RELAÇÃO DIALÓGICA DE CUIDADO
ENTRE O *SER* ENFERMEIRO E O *SER* CRIANÇA:
sob a visão da Teoria de Paterson e Zderad**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de **MESTRE** em **ENFERMAGEM**.

Orientador: Dr.^a Enf.^a Prof.^a. Maria da Graça
Oliveira Crossetti

PORTO ALEGRE

2002

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO DA
PUBLICAÇÃO – CIP



Lúcia Vauthier Machado Nunes CRB 10/193

***Dedico ao meu esposo e companheiro Walter Fernando
pelo amor e companheirismo, que soube
dividir-se em pai e mãe durante a minha ausência***

***Aos meus filhos
Walter Fernando Jr. e Eduardo,
que estão vivendo
a plenitude da infância***

***A todas as crianças que, com alegria e
espontaneidade, foram cuidadas por mim num
encontro amoroso e genuíno.***

AGRADECIMENTOS

À minha “Doutora-mestre” **Maria da Graça Oliveira Crossetti**, “orientadora”, que, com paciência e tolerância, soube respeitar as minhas limitações e conduziu-me na realização deste trabalho.

Aos meus pais **João, Neusa e Rogério**, meu primeiro exemplo de pai, mãe e irmão.

À **Professora Doutora Ana Lúcia Bonilha**, pela acolhida e olhar atento.

À Professora **Lou Zanetti** pela oportunidade de convivência, e que vêm proporcionando um aprendizado “com-vivencia”.

À Professora **Nora Thielen** pelas aulas de vida e, em especial, pela disponibilidade de caminhar ao meu lado no mundo da filosofia.

À minha amiga **Miriam Buógo** pela amizade, respeito, carinho e amorosidade, e por mostrar-me o caminho.

À minha amiga **Ana Luiza Peterson Cogo** por ser uma amiga sincera e genuína, um exemplo de educadora comprometido com o compartilhar do saber e fazer.

À minha amiga **Carmen Duro** pela amizade e pelos momentos de alegria e tristezas compartilhados.

Às colegas do curso de mestrado pelos bons momentos em que convivemos.

RESUMO

Este estudo visa a desvelar os elementos teóricos presentes no encontro de cuidado entre o enfermeiro e a criança doente hospitalizada, tendo como referencial teórico a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad. Utilizou-se a pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica e a análise hermenêutica de Paul Ricoeur. O estudo desenvolveu-se no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O grupo de participantes do estudo foi composto por oito enfermeiras das unidades de internação e unidade de tratamento intensivo pediátricas (UTIP). Para coleta das informações foi utilizada a entrevista semi-estruturada proposta por Triviños. Na análise das informações e o desvelamento do fenômeno, elementos teóricos do encontro de cuidado ao *Ser* criança doente hospitalizada, utilizou-se a abordagem hermenêutica de Ricoeur e os passos proposto por Motta e Crossetti. Os elementos teóricos, emergidos do encontro de cuidado desvelaram os seguintes temas e subtemas: do tema **SER CRIANÇA NO MUNDO DO CUIDADO** emergiram os subtemas: o *Ser* criança como presença de cuidado; compartilhando experiências no adoecer e no cuidar; e aproximando o mundo do *Ser* criança ao mundo do hospital. Do tema **SER ENFERMEIRO NO ENCONTRO GENUÍNO** emergiram os subtemas: percebendo o *Ser* criança doente hospitalizada; vivenciando sua existencialidade; cuidando em “com-unidade” com a família; aproximando-se da função materna; o “estar-com” na intersubjetividade do cuidado; compromisso autêntico e o ser cuidado; e o tema “**NÓS**”: **SER ENFERMEIRO E SER CRIANÇA**. O desvelar dos elementos teóricos apontam para diferentes maneiras de pensar o cuidar/cuidado ao *Ser* criança doente hospitalizada, e levam a um caminho do saber e fazer enfermagem, através do encontro genuíno e pela presença ativa de cuidado.

Descritores: cuidado da criança; cuidados de enfermagem; teoria de enfermagem; relações enfermeiro-paciente; assistência ao paciente: enfermagem; pacientes internados.

RESUMEN*

Este estudio visa la comprensión de los elementos teóricos presentes en el encuentro del cuidado entre el ser enfermero y el ser un niño enfermo hospitalizado, teniendo como referencial teórico la Teoría Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad. Para eso, fue utilizada la pesquisa cualitativa con abordaje fenomenológica y de la análisis hermenéutica de Paul Ricoeur. El estudio se desarrolló en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre. El grupo de participantes del estudio fué compuesto por ocho enfermeras de las unidades de internación y UTI pediátricas. Para coleta de las informaciones fué utilizada la entrevista semi-estructurada propuesta por Triviños. Para la análisis de las informaciones y del desvelamiento del fenómeno, elementos teóricos del cuidado al ser niño enfermo hospitalizado, la abordaje hermenéutica propuesta por Ricoeur y los pasos propuestos por Motta y Crossetti. Los elementos teóricos, en el encuentro del cuidado desarrolló los siguientes temas y subtemas: del tema el ser niño en el mundo del cuidado emergieran los subtemas: el ser niño como presencia de cuidado, compartiendo las experiencias en el enfermarse y en el cuidar y aproximando el mundo del ser niño al mundo del hospital. Del tema ser enfermero en el encuentro genuino emergieran los subtemas: percebendo el ser niño enfermo hospitalizado, vivenciando su existencia, cuidando en "com-unidad" con la familia, apropiándose de la función materna, el "estar-con" el la intersubjetividad del cuidado, compromiso autentico y el ser cuidado, y el tema el "nosotros" sernos enfermeros y ser niño. El desvelar de los elementos teóricos apuntan para diferentes formas de pensar el cuidar/cuidado al ser niño enfermo hospitalizado, y llevan a un camino del saber y hacer enfermaje através del encuentro genuino y por la presencia activa del cuidado.

DESCRIPTORES: *cuidado del niño; atención de enfermería; teoría de enfermería; relaciones enfermero-paciente; atención al paciente: enfermería; pacientes internos.*

TITULO: *Relacion dialogica de cuidado entre el Ser enfermo y el Ser niño: del punto de vista de la Teoría de Paterson y Zderad.*

* Tradução de Flavia Gobatto

ABSTRACT*

The present study aimed at understanding the theoretical aspects found in the care giving encounters between the nursing BEING and the hospitalized sick child BEING, having as theoretical framework the Nursing Humanistic Theory of Paterson and Zderad. Thus, the author conducted a qualitative research with a phenomenological approach and made the hermeneutic analysis of Paul Ricoeur. The study was carried out in Hospital de Clinicas of Porto Alegre, Brazil. Study participants were eight nurses from the pediatrics ICU and the pediatrics ward. Data was collected via the semi-structured interview proposed by Triviños. Data analysis for the unveiling of the phenomenon, i.e., the theoretical aspects of care giving to the hospitalized sick child BEING, was done using the hermeneutic approach proposed by Ricoeur and the steps proposed by Motta and Crossetti. The theoretical aspects present in the care giving encounter unveiled the following topics and subtopics. Out of the topic the child BEING in the world of care emerged the following subtopics: the child BEING as a presence of care, sharing experiences in the process of becoming sick and care giving, and the bringing of two worlds together: that of the child BEING and that of the hospital. Out of the topic the nursing BEING in the genuine encounter emerged the following subtopics: perceiving the hospitalized sick child BEING, experiencing his or her existentiality, care giving in a “com-m-unit-y” with the family, taking the maternal role, as well as the “being with” in the intersubjectivity of care giving, authentic commitment, and the BEING cared for. Finally, the topic we, the nursing BEING and the child BEING. The unveiling of the theoretical aspects points to different ways to thinking care/care giving to a hospitalized sick child BEING, which lead to a way of knowing and practicing nursing through genuine encounters and the active presence of care.

KEY-WORDS: *child care; nursing care; nursing theory; nurse-patient relations; patient care: nursing; in patients.*

TITLE: *Dialogical relationship of care between the nursing being and child being: from the point of view of Paterson and Zderad’s theory.*

* Tradução Andréa Caleffi

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O MEU DESPERTAR PARA O CUIDADO AO <i>SER CRIANÇA</i>	15
3 CRIANÇA: UM <i>SER</i> DE CUIDADO	23
4 TEORIA HUMANISTICA DE PATERSON E ZDERAD	36
5 METODOLOGIA: O CAMINHO PARA O ENCONTRO DE CUIDADO	47
5. 1 Tipo de Estudo	47
5. 2 Campo de Estudo.....	48
5. 3 Participantes.....	51
5. 4 Coleta da Informações	51
5. 5 Análise das Informações	52
5. 6 Considerações Éticas.....	56
6 DESVELANDO OS ELEMENTOS TEÓRICOS NO ENCONTRO DE CUIDADO	58
6.1 <i>SER CRIANÇA</i> NO MUNDO DO CUIDADO	59
6.1.1 <i>Ser criança</i> como presença de cuidado	59
6.1.2 Compartilhando as experiências no adoecer e no cuidar.....	61
6.1.3 Aproximando o mundo do <i>Ser criança</i> ao mundo do hospital	64
6.2 <i>SER ENFERMEIRO</i> NO ENCONTRO GENUÍNO.....	68
6.2.1 Percebendo o <i>Ser criança</i> doente hospitalizado	69
6.2.2 Vivenciando sua existencialidade	72
6.2.3 Cuidando em “com-unidade” com a família.....	77
6.2.4 Aproximando-se da função materna	80
6.2.5 “Estar-com” na intersubjetividade do cuidado	82

6.2.6 Compromisso autêntico ao cuidar	84
6.3 “NÓS”: <i>SER ENFERMEIRO</i> E <i>SER CRIANÇA</i>	87
7 APROPRIANDO-SE DOS ELEMENTOS TEORICOS DO ENCONTRO DE CUIDADO.....	90
8 REFLETINDO E AMPLIANDO O OLHAR SOBRE O PROCESSO VIVIDO.....	101
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE A	111
APÊNDICE B	112

1 INTRODUÇÃO

No mundo do cuidado em pediatria, investigar os conceitos, pressupostos, princípios, crenças e valores que orientam o encontro de cuidado entre o enfermeiro e a criança doente hospitalizada, que neste estudo se denominam *Elementos Teóricos* do cuidado, significa a construção de um cuidado humanizado centrado no *Ser* criança com todas as suas fragilidades, enquanto ser-sendo no mundo.

Na presente pesquisa o foco de investigação são ***os elementos teóricos presentes no encontro de cuidado entre o Ser enfermeiro pediátrico e o Ser criança doente hospitalizada, à luz do referencial humanístico de Paterson e Zderad (1988).***

Nessa perspectiva, faz-se uma análise em que humano quer dizer, *Ser* humano, ou seja, um *Ser* bio-psico-social e espiritual; somos isso o tempo todo, uma mistura inseparável, indissociável, embora existam pensamentos e idéias que tentam nos convencer que podemos separar nossas emoções de nosso saber e fazer. Entende-se que o cuidador não pára de ser enfermeiro quando brinca com uma criança, ou quando vê uma criança doente, sendo obrigada a um procedimento agressivo; ele continua sendo um *Ser* humano, impregnado de conceitos, crenças e valores. Acredita-se que essa diversidade de sentimentos vale para todos os seres humanos, dentre eles os enfermeiros cuidadores da criança doente hospitalizada.

Ao mesmo tempo, sabe-se que, apesar das políticas públicas de saúde, dos interesses das instituições, dos princípios filosóficos que estão presentes nos sistemas de saúde, pode-se perceber que o cuidado que os seres humanos recebem são aqueles que o enfermeiro — ***Ser humano*** — faz acontecer com a sua

maneira de ser, de falar, de ouvir, de tocar, de focar o cuidado, de relacionar-se com o *Ser* criança doente e com seus pais, sua postura para com a própria práxis, com sua interação com os outros e com a realidade do mundo da vida.

A escolha desse tema pauta-se na vivência da autora e na sua experiência de enfermeira cuidadora de criança doente hospitalizada, pois ela acredita que cabe ao enfermeiro cuidar, fato esse que independe da cura, e também desenvolver junto ao paciente pediátrico um “**encontro genuíno de cuidado humanizado**”, baseado na amorosidade e na afetividade.

O “*encontro genuíno*” entre o enfermeiro e o paciente pediátrico ocorre através da “**presença autêntica**”, essa diferença entre ambos que proporciona o surgimento de um “*NÓS*”. Entende-se que o cuidado em pediatria acontece a partir das “**relações dialógicas**” de cuidado entre quem cuida e quem é cuidado, pois ao aceitar a temporalidade da qual o ser humano provém e na qual ele está inserido, assim o enfermeiro constrói um cuidado humanizado voltado para a criança.

Para estabelecer essas relações dialógicas que Paterson e Zderad (1979) julgam fundamentais no cuidado humanizado de enfermagem, necessita-se aceitar a vulnerabilidade do outro, percebendo-se que cuidar do outro não é uma atividade fácil e comum, pois é um momento de reciprocidade e amorosidade, e isso só ocorre a partir dos diferentes modos de “*estar-com*”. Antes de qualquer coisa, o cuidado é algo essencial e vital para a manutenção da vida e da existência humana.

Em virtude disso, desvelar os **elementos teóricos do cuidado** que estão presentes no momento da ação do cuida/cuidado, revela-se como estruturas fundamentais e constitutivas para o cuidado humanizado ao paciente pediátrico. Pois acredita-se que deva existir um compromisso do *Ser* enfermeiro com a construção de um cuidado humanizado em pediatria e que esse seja mais

condizente com, e esteja aberto à compreensão da realidade humana da criança e da sua família, através de um olhar dialógico, ou seja, de vínculo entre a experiência vivida (ação) e a reflexão (pensamento) do cuidado à criança, através do respeito, mutualidade, responsabilidade, da “*presença autêntica*”, da disponibilidade para o “estar-com”, a amorosidade, a simpatia, o compartilhar, a intersubjetividade.

No que se refere à construção do texto, procurou-se organizá-lo a partir da descrição dos contextos empíricos da pesquisa, da reflexão da autora sobre as autoras estudadas e da análise e reflexão da pesquisadora frente ao fenômeno vivido.

Inicialmente, descreve-se o despertar da autora para o cuidado infantil e o movimento em direção ao tema criança doente hospitalizada, no mundo do cuidado, motivo de inquietações, reflexões e tentativas de encontrar soluções criativas para seus questionamentos. Para tanto, parte-se das memórias vividas pela pesquisadora ao longo de sua existencialidade.

Logo após, trata-se da importância de contextualizar o *Ser* criança através da compreensão da infância e de sua existencialidade na realidade em que se encontra, envolvendo aspectos teóricos, sociais, culturais, emocionais e filosóficos. Faz-se uma análise de cada época e a maneira própria da criança de considerar o que é *Ser* criança, e caracterizam-se as mudanças que ocorreram com ela, ao longo da infância. Ainda, faz-se uma reflexão, nos últimos três ou quatro séculos, sobre o cuidado à criança, o qual passou a ter uma importância como nunca havia ocorrido antes e a criança começou a ser descrita, estudada, a ter o seu cuidado previsto, como se ele ocorresse sempre do mesmo jeito e na mesma seqüência.

Para tanto, a presente pesquisa ancorar-se-á na Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1979), já que esse referencial teórico tem um

cunho existencialista fenomenológico humanístico, pois crê-se num cuidado pediátrico que valorize a criança na sua individualidade, na totalidade do seu ser e na sua “intersubjetividade” com todas as suas características e circunstâncias.

A abordagem metodológica escolhida, ou seja, o caminho que foi percorrido em busca das respostas às inquietações expressas neste estudo, foi o da pesquisa qualitativo com abordagem fenomenológico hermenêutico. Sendo assim, usou-se a fenomenologia como método, a entrevista semi-estruturada proposta por Triviños (1995), como instrumento. Para analisar a interpretação dos discursos dos participantes foram usados os passos propostos por Crossetti (1997) e Motta (1997), com base na fenomenologia hermenêutica de Paul Ricoeur (1986). Relata-se a análise das informações produzidas nesse processo.

No que se refere ao desvelado do processo de apreensão e compreensão dos elementos teóricos do encontro de cuidado entre o enfermeiro e o a criança doente hospitalizada, os quais emergiram dos discursos dos enfermeiros em forma de temas: **Ser criança no mundo do cuidado; Ser enfermeiro no encontro de cuidado genuíno; e “NÓS” — Ser enfermeiro e o Ser criança**, analisados a partir do referencial teórico humanístico de Paterson e Zderad (1979).

Prosseguindo, parte-se para o momento em que há apropriação dos elementos teóricos do encontro de cuidado entre o *Ser enfermeiro* e *Ser criança* doente hospitalizada, tomando por base o processo vivido durante este estudo; estabelecem-se relações entre os elementos teóricos, a criança doente e o *Ser enfermeiro*, mostrando caminhos para o cuidado humanizado em pediatria.

Por fim, destacam-se algumas considerações finais, onde não se pretende dar formulas prontas, muito menos esgotar o assunto, mas deseja-se que sirva de subsídios aos profissionais do cuidado que atuam com a criança doente. E também

apresentam-se reflexões e contribuições para a construção do mundo do cuidado ao *Ser criança doente hospitalizada* e a sugestão para o cuidado humanizado ao paciente pediátrico, à luz do referencial da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1979). A seguir, apresentam-se as referências bibliográficas que embasaram esta construção e os apêndices relevantes e significativos.

2 O MEU DESPERTAR PARA O CUIDADO AO SER CRIANÇA

Ao refletir sobre a trajetória do meu despertar para o cuidado pediátrico preciso voltar-me ao tempo vivido e buscar no passado o caminho percorrido em direção à construção do meu ser enfermeira pediátrica no mundo do cuidado. Sendo um ser acontecendo, lembro-me de uma infância de grandes descobertas, marcada por experiências que deram identidade ao meu processo de “vir-a-ser” no mundo. Aprendi, desde muito cedo, o cuidado compartilhado e o quanto é bom ser criança. Tive um único irmão, grande cúmplice e companheiro. Brincamos, crescemos, divertimo-nos muito, exercitamos e praticamos o processo do cuidado mútuo. Íamos juntos à escola, onde minha mãe era professora primária, colega de nossas alfabetizadoras, e com ela aprendi a importância de dividir e compartilhar o conhecimento. Meu pai foi um exemplo de espiritualidade e responsabilidade. Ao retomar o tempo vivido percebo que aspectos como o conhecimento, o cuidado mútuo, o compartilhar, a religiosidade e os serviços que beneficiam a comunidade sempre estiveram presentes na minha família.

Minha avó materna também foi um marco fundamental na construção do meu “ser-no-mundo”, pois foi com quem aprendi valores, crenças e, acima de tudo, as várias formas de construir e respeitar as diversidades do ser humano e do universo. Ensinou-me que a nossa presença no mundo não é mero acaso, e que devemos todos ter uma razão e/ou um porquê para habitá-lo. Dizia-me que são poucas as pessoas que conseguem sentir e perceber esse propósito, porque nem sempre ele se faz explícito aos nossos olhos, e alertava-me que precisamos resgatá-lo e/ou descobri-lo a partir de nossa essência e vivência como ser humano.

Ela mostrou-me, com sua presença autêntica, que o compromisso com o ser humano e com o universo não está somente no despreendimento, mas no envolvimento com outro ser, ou seja, na intersubjetividade com o outro. Sendo assim, essa “com-vivência” me fez acreditar na busca do sentido da minha existência, no meu compromisso com a humanidade.

A relação dialógica se constrói mediante o resgate da responsabilidade para com o outro e deve ser compartilhada pela mutualidade e honestidade. E tudo isso foi-me transmitido de modo amoroso, afetuoso e responsável, por minha avó materna, meu maior exemplo de cuidadora. Contudo, o tempo anda a passos largos e o ser criança internaliza-se em mim. É chegada a adolescência e com ela a hora de escolher uma profissão.

Nesse período, fiz minha escolha profissional – a enfermagem – por acreditar que o saber e fazer desta disciplina poderiam contribuir para melhor cuidar do ser humano, através do meu olhar, ouvir, sentir, tocar, perceber e agir. Ao iniciar minha trajetória como cuidadora de crianças, ainda no primeiro semestre do curso de graduação, conheci a professora Dr.^a Maria da Graça Crossetti, pessoa ímpar na construção do meu ser enfermeira. Incentivada por ela, participei do programa de monitoria do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), o que me despertou para o ensino e a pesquisa em enfermagem.

Ainda acadêmica, realizei estágios voluntários, em um hospital pediátrico, movida pelo desejo de cuidar mais diretamente das crianças doentes, atividade um tanto restrita durante os estágios curriculares. Esse fato expressa, por parte dos professores, o cuidado em não expor a criança doente a iatrogenias, considerando-se o despreparo do aluno no que se refere à relação teoria com o cotidiano prática

profissional. Assim, foi no Hospital da Criança Santo Antônio, em Porto Alegre, que lancei os meus primeiros olhares ao mundo do cuidado ao *Ser* criança doente hospitalizada. Essa experiência influenciou minha decisão em querer “*ser*” e “*estar-com*” com esse ser humano tão fragilizado, num momento de sua vida tão singular e imprevisível, como o adoecimento e a hospitalização.

Recém-formada, assumi a função de enfermeira em uma unidade de internação pediátrica de um hospital de ensino da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O fato de estar no mundo da criança foi, aos poucos, ampliando minha forma de descortiná-lo, e vi-me encantada e embalada por ele. Nessa época, as dúvidas e os medos eram muitos, mas a vontade de mergulhar nesse contexto fez com que todos esses receios fossem superados. Caminhei em busca de maiores conhecimentos, sempre impulsionada pela criança doente, fato que muito contribuiu para a construção dos alicerces sobre os quais se ergueu o meu ser enfermeira pediátrica.

Ao exercitar a enfermagem pediátrica alcancei uma das minhas realizações profissionais. Gostava da agitação da unidade, das falas, dos gritos, risadas, do choro das crianças, do cheiro das fraldas, das mamadeiras e tantas outras coisas típicas de uma unidade de internação pediátrica. Durante o cotidiano de minha prática com as crianças procurava vivenciar, e por que não dizer, maternar os cuidados: gostava de trabalhar com as crianças no colo, banhá-las, fazer curativo, pentear-lhes os cabelos, enfeitá-las e levá-las para passear. Andávamos pelo hospital, eu e as crianças; uma no colo e outras dentro do carrinho do supermercado, andávamos de elevador, íamos à coordenação de enfermagem e ao almoxarifado, enfim transitávamos por todo o mundo do hospital. “Nós” nos divertíamos, era bom “com-viver” naquele mundo.

Ao cuidar dessas crianças, deparava-me com situações de cuidado que me mobilizavam alguns sentimentos de desconforto e incertezas. Observava que alguns enfermeiros priorizavam o cuidado à família, voltando-se para as suas necessidades materiais, sociais, emocionais e espirituais, por vezes em detrimento de uma interface com o cuidado direto com a criança doente. Já, outros, priorizavam o cuidado das crianças para que suas necessidades fossem atendidas, mantendo com elas um vínculo amoroso e afetivo. Contudo, culpavam a família pelo seu adoecimento. Outros enfermeiros prestavam o cuidado priorizando a terapêutica médica e de enfermagem, voltados para a doença e/ou sinais e sintomas. Enfim, presenciava e observava que o cuidado às crianças doentes hospitalizadas ocorria de forma diversificada e dissociada. As ações de cuidar/cuidado eram orientadas por diferentes princípios e pressupostos, embora já houvesse um referencial teórico e um modelo de cuidado prescritos pela instituição, o referencial de Wanda Horta.

Essas observações levaram-me a refletir que o enfermeiro, ao praticar a enfermagem, mostra-se quem é, o que entende, o que acredita e julga importante no cuidado à criança doente hospitalizada, porque durante o encontro de cuidado ele dá concretude aos conceitos que estruturam suas ações de cuidar/cuidado, ainda que exista um referencial teórico norteador do cuidado pediátrico.

Acredito que durante o encontro de cuidado com o paciente pediátrico o enfermeiro também mantém uma relação intersubjetiva, pois ambos, criança e enfermeiro, estão envolvidos no processo de cuidar/cuidado. Além disso, o enfermeiro traz consigo o conhecimento científico e as habilidades técnicas adquiridas ao longo de sua formação profissional, pois cada enfermeiro tem sua maneira de expressar-se no mundo, de acordo com suas experiências e vivências

peçoal e profissional, as quais permeiam sua prática de cuidado à criança doente hospitalizada.

O *Ser* criança doente hospitalizada e sua família em “com-idade” com o enfermeiro estabelecem escolhas responsáveis visando ao “*bem-estar*” e ao “*estar-melhor*”, pois, embora a criança possua uma estrutura física ainda pequena e precise de alguém que cuide e responda por ela, esse ser constrói uma relação dialógica de compromisso autêntico com o enfermeiro, em que ambos tomam decisões de cuidar/cuidado. Deste compromisso autêntico emergem o encontro genuíno de cuidado, através dos conceitos, os pressupostos e as proposições que orientam o processo de cuidar/cuidado do enfermeiro, no cotidiano do mundo do cuidado, e isso é que dá concretude aos elementos teóricos do cuidado humanizado em pediatria.

Assim, vivendo o cuidado diário na unidade de internação pediátrica defrontava-me com situações que me levavam a refletir sobre qual seria a melhor maneira de cuidar das crianças, de modo que seus desejos, receios, medos, enfim os seus sentimentos e suas emoções também fossem considerados ao serem cuidadas pelo enfermeiro. Aprendi que nem sempre o que é prescrito pelo saber científico médico e de enfermagem é o melhor para as crianças. Elas sabem, desde muito cedo, o que é bom e ruim e mostram com toda a sua espontaneidade e verdade o seu descontentamento e/ou contentamento, em relação às ações de cuidado de que participam. Percebo hoje que, enquanto eu lhes ensinava os limites que a vida nos impõe, elas tratavam de ensinar-me a tolerância e a paciência imposta pelas diferentes maneiras de ser e estar no mundo do cuidado. Essas experiências possibilitaram-me um olhar mais reflexivo, crítico, comprometido e

compartilhado com a criança doente hospitalizada, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

A partir dessas vivências com o paciente pediátrico surgiu a oportunidade da especialização em Enfermagem Pediátrica. No curso, entrei em contato com algumas teorias de enfermagem e com os elementos que as estruturam. Em razão disso, a apropriação desse saber fez com que algumas das minhas vivências na unidade de internação pediátrica fossem desveladas. Nesse período de minha trajetória, as leituras realizadas nas disciplinas aproximaram-me das idéias de Leininger, Orem, Watson, e de Paterson e Zderad (1979). Também a “com-vivência” com outros professores das áreas das ciências humanas fez com que eu olhasse, sob diferentes perspectivas, esse mundo tão singular e complexo, que é o mundo hospitalar e nele o cuidado pediátrico. Focalizei, no trabalho de conclusão do curso de especialização em enfermagem pediátrica, a importância da presença simultânea dos pais junto à criança doente hospitalizada, na unidade de tratamento intensivo em pediatria (UTIP), pois acredito que tanto a criança quanto sua família necessitam de cuidados de enfermagem, numa perspectiva humanística.

Durante determinado período de minha existência, sentia-me completa e preenchida com os conhecimentos adquiridos com essa especialização. Dominava as técnicas, tinha habilidade e destreza manual e o reconhecimento da comunidade das enfermeiras pediátricas, pois inúmeras vezes fui convidada para palestrar sobre a criança doente e o seu processo de adoecimento. Entretanto, à medida que me aprofundava nas experiências desse mundo do cuidado pediátrico, passaram a emergir outros questionamentos, entre os quais: as maneiras de “*ser*” e “*estar-com*” da criança doente, como o enfermeiro se fazia presente no cuidado em pediatria, de

que forma ele expressava o cuidado, e quais os elementos teóricos que estariam fundamentando esse cuidado.

Ao viver essa trajetória profissional trilhada pelo cuidado à criança doente hospitalizada e pelo meu compromisso autêntico assumido com o cuidado desse ser, vejo aí, um dos motivos importantes de minha tomada de decisão ao ingressar na carreira universitária. Hoje, sou docente da disciplina de Cuidado à Criança na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ao comprometer-me com a formação de futuros enfermeiros, creio estar realizando alguns de meus ideais: o ensino do cuidado humanizado à criança doente e sua família, sempre tendo por base a existencialidade desse ser humano, pois em sua temporalidade tem possibilidades de ser, mesmo enfermo.

Procurando manter e aprimorar minha competência técnica, científica, estética e ética ingressei no curso de mestrado do pós-graduação em Enfermagem, no qual tive a oportunidade de adquirir e aprofundar meus conhecimentos e lançar um olhar mais reflexivo sobre as minhas experiências como cuidadora de criança doente hospitalizada. Mas foi na disciplina de Teorias de Enfermagem, ministrada pela Doutora Crossetti que fui estimulada a refletir sobre os referenciais teóricos de enfermagem e exercitar sua aproximação com o meu cotidiano de enfermeira pediátrica. Esta aproximação com os marcos e seus elementos teóricos permitiram-me refletir sobre eles e de que modo seus conceitos, princípios e pressupostos têm orientado minha prática profissional. Assim, pude exercitá-los nessa disciplina relacionando-os à estrutura teórica da teoria humanística de Paterson e Zderad (1979).

Incorporada nas idéias de Paterson e Zderad (1979) e tendo a experiência de cuidadora de criança doente visualizo, nesse referencial, a possibilidade de

contribuir com a produção de conhecimento no processo de cuidar a criança doente hospitalizada.

Nessa trajetória, as dúvidas e reflexões sobre os elementos teóricos presentes no encontro de cuidado entre o enfermeiro e o paciente pediátrico foram, em minhas indagações, as companheiras inseparáveis. Ambas levaram-me, incessantemente, a procurar novos caminhos, novas alternativas para a questão do cuidado humanizado às crianças doentes hospitalizadas, que tiveram um período de adoecimento, mas, mesmo assim, não deixaram de desabrochar para a vida.

Nesse momento, considerando minha história de vida, os questionamentos oriundos de minha prática profissional e com a perspectiva de dar continuidade a minha formação, através do mestrado, percebi que desvelar os elementos teóricos que estão presentes no encontro de cuidado entre o *Ser* criança doente hospitalizada e o enfermeiro era de extrema relevância, pois eles são componentes fundamentais para estruturar o cuidado humanizado na enfermagem pediátrica.

Este foi o ponto crítico problematizador e gerador da questão de pesquisa que me levou a realizar o presente estudo. Busco compreender esses construtos no mundo do cuidado da criança hospitalizada a fim de contribuir para a produção do conhecimento no processo de cuidar/cuidado humanístico do *Ser* criança doente hospitalizada, e creio ser significativo conhecer os elementos teóricos que orientam o encontro de cuidado dos enfermeiros pediátricos.

Percebendo minha forte identidade com a teoria humanística, tenho como objetivo deste estudo **desvelar os elementos teóricos do encontro de cuidado entre o *Ser* enfermeiro e o *Ser* criança doente hospitalizada, à luz do referencial teórico de Paterson e Zderad (1979).**

3 CRIANÇA: UM SER DE CUIDADO

Neste momento, busco desvelar as diferentes maneiras de a criança descobrir o mundo que a cerca. Além disso, analiso as várias concepções que existem em relação ao *Ser* criança doente hospitalizada e sua infância, produzindo uma reflexão crítica contextualizada da condição dela e de seu processo de adoecimento. Esta análise tem especial relevância hoje, porque dela emergem contribuições importantes para o cuidado humanizado em pediatria.

Para tanto, é necessário mergulhar no mundo da criança, um ser de cuidado, a fim de perceber como essa criança observa, sente, percebe, compreende e apreende sua existencialidade.

No mundo da criança, várias são as infâncias que existiram e existem. A infância é uma etapa significativa do processo evolutivo do ser humano, é um período de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento, rico em aquisições afetivas, cognitivas e psico-socioculturais, que vai desde o nascimento até a adolescência. Nesse período, a criança surge como um ser acontecendo no mundo, projetando-se para um futuro rico em possibilidades. Ela se constrói através de suas habilidades de aprender e interagir com o outro, criando o seu próprio espaço de ser e estar no mundo. Em meio a essas características, é vulnerável aos agravos físicos e emocionais e necessita de amor e cuidado para apropriar-se do mundo, desenvolver-se e tornar-se mais na presença do outro.

A preocupação com o desenvolvimento dessa criança, com suas formas de experienciar e viver o mundo que a cerca, tem sido objeto de estudo de diferentes áreas do conhecimento, entre as quais: História, Educação, Antropologia,

Sociologia, Filosofia, Medicina, Enfermagem e Psicanálise, produção que tem contribuído para descortinar o cuidado da criança.

Narodowski (2000) cita os estudos de Ariès, e diz que eles permitem uma compreensão histórica do processo de valorização da infância e o surgimento de novos sentimentos em relação a ela. Desse modo, passou-se a ver a infância como um período da vida do ser humano que requer cuidados especiais.

Um olhar histórico lançado aos séculos antecedentes permite uma série de constatações que ajudaram a construir a infância como uma das construções sociais: *as feições infantis*, nas representações iconográficas, assumiram maior fidelidade em relação às características infantis, não retratando apenas o aspecto de adultos miniaturizados; *as faixas etárias*, passam a representar mais especificamente uma etapa da vida humana e não um longo período de dependência; *as instituições* emergem com a função de resguardar, educar e preparar a criança para o futuro. Por tanto, estética, tempo e lugar são os três parâmetros que têm acompanhado a trajetória conceitual de infância nas sociedades, numa perspectiva que a concebe como uma construção social. Até o século XIV não havia qualquer diferenciação entre a criança e o adulto, ambos partilhavam do mesmo cotidiano das ruas e casernas, sem qualquer restrição. A criança não vivia com a família, suas trocas afetivas e comunicações sociais ocorriam fora dos laços familiares. Poucas sobreviviam às condições medievais de existência, fator que contribuiu para seu anonimato social durante séculos. "As pessoas não podiam se apegar muito a algo que era considerado uma perda eventual", diz Philippe Ariès (1986, p. 56).

O século XVI estampa a morte na infância através de representações em obras de arte e inscrições funerárias, fazendo com que a morte se torne uma aliada

importante na história dos sentimentos relativos à infância. Ao retratar a criança morta, o homem do século XVI procura conservar sua lembrança, o que representa que esta criança já não era considerada uma perda inevitável (ARIÈS, 1986).

Ao contextualizar a criança chega-se aos registros atuais. Percebe-se que, na modernidade, ocorreu um distanciamento do ser humano em função do desenvolvimento da tecnologia; a técnica passa a ser o foco de atenção da sociedade moderna, e não o homem.

Nas últimas décadas, vêm ocorrendo transformações na estrutura familiar, no modelo de cuidado à criança, nos programas de saúde, na estrutura da escola, no desenvolvimento de culturas voltadas para o individualismo e o consumo, que se revelam condições de emergência para a ressignificação infantil na atualidade.

Crê-se que o ser humano, ao longo do seu desabrochar para a vida, recebe influências do ambiente, da cultura, da moral e da ética desde o seu nascimento até a morte, presentes no mundo em que com outros “co-habita”. Existencialmente, a criança é um ser humano em construção, condição que lhe proporciona as possibilidades de expressar todas as potencialidades de vir-a-ser. Sendo, no mundo, a criança cresce, desenvolve e amadurece de modo a realizar-se enquanto ser humano que coexiste com o outro.

Boff (1999) diz que o ser humano constrói o tempo. Precisa do tempo para crescer, aprender, madurar, ganhar sabedoria e até para morrer. No tempo, vive a tensão entre a utopia que o anima a olhar sempre para cima e para frente e a história real que o obriga a buscar mediações, dar passos concretos e olhar com atenção para o caminho e sua direção, suas bifurcações e empecilhos, suas ciladas e oportunidades.

A criança é um ser único, num processo de vir-a-ser, criativo, possuidor de curiosidade e permanente inquietude, persegue seus ideais, estando aberta para o mundo, tendo a possibilidade de experimentá-lo e desvelá-lo. A criança, como todo o ser humano, possui existenciais básicos que se desenvolvem ao longo do percurso da vida, na relação com o mundo e com outros, os quais são a afetividade, os sentimentos, as emoções e a sua expressividade, que lhe conferem identidade. Isso significa reconhecer que cada criança é ser humano único e singular, com especificidade.

A criança, ao nascer, tem à sua espera um mundo onde é lançada e com o qual vai se deparar, inevitavelmente, ao existir. Esse mundo inclui o ambiente físico, natural e o ambiente social formado pelas pessoas mais próximas, com suas respectivas histórias e expectativas. Esta situação desenha um ambiente de expectativas simbólicas, que irá receptionar física e emocionalmente os primeiros tempos desse ser em formação e do qual ele será dependente e receberá influências diretas sobre as suas possibilidades de vir-a-ser no mundo.

O mundo, para Keen significa

uma *experiência*, e como experiência não está dentro de nossas cabeças (meramente “subjetivas”) nem fora de nós (meramente “objetivo”). A experiência vincula um organismo ao seu ambiente, é o canal de comunicação entre eles, o modo pelo qual cada um deles tem uma presença para o outro. O mundo me está presente porque experiência e a experiência está aí porque o mundo já existe. Logo, *o mundo não é apenas uma experiência: o mundo é a própria experiência* (ERNEST KEEN, 1979, p.84).

Sob esse enfoque, o nascimento é um momento em que a criança marca fisicamente sua presença no mundo. É um ser-no-mundo existindo, experienciando, habitando, observando, interrogando, interagindo com os que com ela “co-existem”. Sendo assim, a criança começa a experienciar o mundo e, com o passar do tempo, e através do conhecimento adquirido, vai construindo o seu mundo vivido.

Hoje, pensar a criança existencialmente é compreendê-la em sua totalidade, este é um princípio que se crê orientador do cuidado em pediatria. Acompanhar a criança em seu desabrochar para a vida exige um olhar sensível, estético, ético, criativo e reflexivo sobre a sua existência, e conseqüentemente sobre as suas manifestações, fato esse decorrente do caráter evolutivo do ser humano. Isto significa respeitá-la em sua individualidade e em suas sucessivas e gradativas conquistas do conhecimento.

Durante esse processo de construção, a criança investiga e experiencia seu universo e tem desejos, sonhos, idéias próprias, crenças e valores que orientam a sua expressividade de acordo com o seu tempo vivido. O mundo é um laboratório onde tudo tem que ser explorado e percebido com todos os seus sentidos. Assim, o crescimento, o desenvolvimento e o amadurecimento dessa criança estão relacionados à necessidade que ela tem de descortinar e interagir com o mundo que a cerca.

Ao longo de seu desabrochar para a vida, muitas crianças experienciam situações estressantes como o adoecimento e a hospitalização, que podem levar a criança a apresentar distúrbios evolutivos, problemas de conduta, desequilíbrios emocionais e outros. No entanto, muitas outras que passaram pela hospitalização superam as dificuldades impostas por um ambiente hostil e aterrorizante, como o hospital, e desenvolvem-se dentro de padrões de normalidade, ou seja, retornam à família, creche, escola, crescem e se desenvolvem, encontram trabalho e tornam-se adultos socialmente ativos e competentes, estando também sujeitos a contrair enfermidades, o que faz parte de sua existencialidade finita, segundo a filosofia existencialista.

Durante o processo de adoecimento, a criança não perde a sua singularidade e mantém sua identidade. A doença é um momento na vida da criança que não a impede de acontecer enquanto ser no mundo, pois ela é um ser de possibilidades. Durante o percurso do desabrochar para a vida, algumas crianças experienciam várias formas de adoecimento. A doença e a hospitalização podem ser percebidas pela criança como uma forma de punição por algo que elas fizeram ou deixaram de fazer.

A doença altera a imagem simbólica que a criança tem de si mesma, e ela passa a apresentar alterações no seu processo de conhecer, compreender e experimentar o mundo, tendo necessidade de redimensionar seu ser-no-mundo, reconstruir-se como corpo físico e simbólico, que apresenta limitações temporárias e/ou permanentes, e mudar seus hábitos e rituais de cuidado. O medo passa a acompanhá-la, e manifesta-se, então, uma das estruturas existenciais: a interpretação da própria situação. A preocupação é uma manifestação do modo de ser do homem, e ao gerar angústia e sofrimento vivenciados por esses pequenos seres, produz neles um amadurecimento existencial precoce (MOTTA, 1997).

Ao contextualizar a criança doente hospitalizada seria muito limitado pensá-la somente na disciplina de enfermagem. É necessário refletir sobre as várias abordagens, fontes e problemas relativos a crianças e sua infância. Alguns fatores podem influenciar o processo de crescimento e desenvolvimento e fazer com que certas crianças experienciem situações diferenciadas em suas vidas. O processo de adoecimento é um exemplo disso. A criança, ao experienciar a doença e a hospitalização, vivencia o risco de vida e as restrições ao seu quadro clínico. Sob esse enfoque, o adoecimento faz com que a criança seja jogada numa dimensão diferente da sua vivência infantil. No mundo do hospital, em especial nas

internações pediátricas, ela encontra lugares agressivos, frio e de muito sofrimento. E é nesse local que a criança experiencia um ambiente totalmente diferente e hostil do seu habitual, mas, apesar dessa fatalidade, ela permanece desabrochando para a vida.

A compreensão desse período do desenvolvimento da criança é muito importante para quem cuida desse ser doente, pois o ser humano existe nas dimensões física, mental, emocional e espiritual. Todas são igualmente importantes, nenhuma dessas dimensões pode ser desprezada no cuidado à criança doente hospitalizada. Portanto, conhecendo-se a impossibilidade da criança de separar-se de seus pais antes dos três anos de idade, fica claro que, nesse momento da vida, ao vivenciar um processo de adoecimento, a criança sofre mais intensamente pela separação de sua família e pelo ambiente a que é exposta na hospitalização, do que pela doença. Mahler (1963/1982) e Spitz (1980) também são unânimes ao afirmar que os efeitos mais prejudiciais da hospitalização ocorrem nas crianças dessa faixa etária.

Spitz (1980) descreve o quadro clínico que denomina “depressão analítica”: quando o lactente é separado de sua mãe ou familiares demonstra aflição e reação de pânico. Apresenta, inicialmente, um período de choro e gritos incessantes que considera manifestação de protesto diante da separação. Caso a mãe não retorne ou seja substituída por uma figura de apego, a criança evolui para um quadro de apatia, com recusa de contato ou indiferença aos circunstantes.

Esses estudos demonstram a forma como o ser humano percebe e sofre a influência da doença e da hospitalização, e de que maneira isto pode afetar sua maneira de vir-a-ser. Os autores citam, ainda, que existem poucos estudos sobre o modo como a criança entende e experiencia a doença.

Para Motta (1997), a criança necessita de amor, proteção e conforto, ou seja, precisa de pais e de adultos para concretizar-se como ser-no-mundo de maneira plena e feliz. A experiência no mundo vivido, através da família, da escola e de outras experiências, conduz a criança a conhecer os referenciais existencialistas. Na família, a criança recebe a primeira forma e expressão de cuidado. Dentro da sociedade, cada núcleo familiar tem uma dinâmica de funcionamento, através de suas inter-relações e significados. Cada família tem seus segredos, combinações internas, maneiras e formas de educar a sua criança.

Motta ao refletir sobre a família da criança, diz que

a família é o mundo deste pequeno ser e se estrutura para recebê-lo e cuidá-lo. A criança é o centro das atenções deste mundo e necessita de amor, carinho e cuidados para manter-se, pois a sensibilidade é o marco neste momento existencial somado a sua vulnerabilidade física e emocional. Sua existência pode correr riscos se a sua integridade não for adequadamente preservada (MOTTA 1997, p. 66).

Portanto, os episódios de desequilíbrios físicos e emocionais que a criança enfrenta durante seu processo de crescimento e desenvolvimento – surgimento de uma doença - podem gerar transtornos significativos para a construção de sua identidade e para a dinâmica familiar.

O papel dos pais, por exemplo, além do provimento de bens, sustento dos filhos, educação informal e preparo à educação formal, consiste em transmitir valores culturais, religiosos, morais, éticos, tradicionais e acadêmicos de diversas naturezas. Também têm a missão de dividir afazeres e controlar rotinas, as quais são assimiladas pela prole no desenvolvimento de sua personalidade. Aspectos da dinâmica do grupo familiar podem ser decisivos na vida da criança, sendo que é no convívio familiar que ela desenvolve quase todos os referenciais básicos de seu

comportamento. Na segunda infância ocorre a satisfação de necessidades da afiliação, o compartilhar de brincadeiras e identificações com os outros.

Também nas relações competitivas e cooperativas evidencia-se que as crianças modificam pensamentos, aspirações e condutas sociais, aprendendo a cooperar, dividir, ganhar, perder, esperar sua vez em relação ao grupo.

Portanto, não só a família o agente socializador de importância na infância, mas outras interações que ampliam sua rede de relações sociais podem contribuir decisivamente para o desenvolvimento e amadurecimento.

No momento em que um filho adoce, por mais estruturada que seja a família, todos adoecem. Os pais sofrem um grande impacto com a enfermidade do filho. Permitir que a equipe de enfermagem faça os cuidados com seus filhos gera, nos pais, um sentimento de impotência, incapacidade e freqüentemente culpam-se pelo adoecimento da criança. Não é raro observar depressão e desânimo nos pais de crianças hospitalizadas.

A família é o universo fornecedor de condições para que o processo de construção ocorra de forma equilibrada e harmoniosa, oferecendo a oportunidade de a criança individualizar-se e florescer como ser único. O cuidado dos pais é o instrumento básico para que a criança possa enfrentar todas as etapas de seu crescimento e desenvolvimento e tornar-se um ser equilibrado, confiante e apto para vivenciar as experiências do seu meio (MOTTA, 1997).

As práticas de cuidado à criança foram construídas durante os séculos em que se organizou o que se conhece como existência do ser humano no universo. Presenciam-se as ciências humanas dando contribuições significativas sobre a criança e a sua infância que conduzem à compreensão sobre a forma com que esse ser constrói sua existência. Mas, ao mesmo tempo em que a ciência traz

contribuições significativas, ela também faz com que as crianças deixem de ser cuidadas por seus cuidadores naturais — sua família, pois vem ocorrendo uma significativa mudança social e tecnológica no cuidado.

Desse modo, o cuidado na infância é vital para a vida em família e em sociedade, auxiliando o ser a preparar-se para a vida, a ser capaz de responder aos desafios de viver em um mundo cheio de obstáculos e surpresas. Ceccim e Carvalho (1997) referem que crescer e desenvolver-se é fortalecer a vida, a vitalidade de si e a vitalidade de investigar o mundo com a espontaneidade de um brincar infantil, e que os cuidados com as crianças não deveriam estar centrados na ênfase biológica, mas nas oportunidades de experimentar a vida e de tornar as crianças capazes de viver o cotidiano com felicidade.

O enfermeiro cuidador de crianças doentes hospitalizadas, através da sua presença ativa e do encontro genuíno de cuidado, compartilha o seu existir com a criança desde os mistérios e surpresa de um recém-nascido, às fantasias das crianças maiores, travessuras ou olhares reveladores no qual o enfermeiro depara com enorme e complexa gama de sentimentos. O cuidado ao *Ser* criança é, sem dúvida, permeado pela intersubjetividade e pela presença ativa do enfermeiro, a partir da suas experiências de vida e de suas representações, num encontro genuíno de cuidado.

Cuidar de criança é uma tarefa no mínimo complexa, pois compreender, apreender e entender suas solicitações, seu choro, seus balbucios, suas primeiras palavras, o que sentem, desejam e pedem é muito difícil. Tudo isso é uma eterna descoberta para ambos, para quem cuida e quem é cuidado.

4 TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM DE PATERSON E ZDERAD

Busca-se, neste momento, apresentar o referencial teórico em que se sustenta o desvelar dos elementos teóricos no encontro de cuidado com o *Ser* enfermeiro e o *Ser* criança doente hospitalizada. Este referencial está pautado na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979), por entender-se que seus conceitos centrais e pressupostos adequam-se ao que se acredita ser a base para o cuidado em enfermagem à criança doente hospitalizada, pois valorizam o ser humano na sua individualidade, subjetividade e singularidade.

Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad, autoras da ***Teoria Humanística de Enfermagem***, (1988) buscam a prática da teoria, não como teoria aplicada, mas como prática teorizada. Essa prática teorizada é dinâmica, inovadora e responsável, podendo construir com qualidade a sua condição epistemológica.

Laffrey e Brouse (1983) relatam que a teoria de Paterson e Zderad demonstra a especificidade do homem que é a existência. Dessa forma, o ser humano é lançado no mundo e tem a possibilidade de descobrir o sentido de sua existência e orientar suas ações. Nesse processo, o ser humano possui um potencial para “*tornar-se mais*” ou para “*estar melhor*”, em um dado momento, mediante escolhas responsáveis.

A Teoria Humanística de Enfermagem surge em meados da década de 1970, durante o rápido desenvolvimento e aceitação de pressupostos básicos da psicologia humanística, quando alguns psicólogos e psiquiatras começam a discutir quais os limites e características a que seria possível chegar o potencial da consciência humana. Nesse período, muitos pesquisadores julgaram que a Psicanálise

e o Comportamentalismo são, no mínimo, simplistas e reducionistas para explicar os fenômenos mentais do ser humano.

Compartilhando dessas idéias, Paterson e Zderad (1979) lançam seu livro “Humanistic Nursing”, publicado em 1976 e reeditado em 1988, no qual descrevem a Teoria Humanística. Nessa obra, percebe-se forte influência dos conceitos existencialistas, humanísticos e fenomenológicos, em que os conceitos e pressupostos principais são: as experiências conscientes, interação do ser humano como se estivesse interligado com outros seres humanos e com o ambiente, responsabilidades de escolha, tendo livre-arbítrio, espontaneidade, poder de relação dialógica, encontro genuíno e presença ativa.

Observa-se, no pensamento de Paterson e Zderad (1979), uma marcante atualidade, através do qual são possíveis novas reflexões sobre o processo de cuidar/cuidado. As autoras preocupam-se com o que é mais característico no homem: sua humanidade, conduzindo o leitor a uma revisão de suas perspectivas sobre o sentido da existência humana. Os conceitos e pressupostos de Edmund Husserl, Martin Buber, Gabriel Marcel e Nietzsche estão presentes na obra de Paterson e Zderad (1979), em suas referências (PRAEGER 2000; MELEIS, 1991; LAFFREY e BROUSE, 1983).

As autoras falam que a enfermagem é um “*diálogo vivido*” entre quem cuida e quem é cuidado, tendo como objetivo maior a busca do “*bem-estar*” e o “*estar-melhor*”, a partir das experiências vividas. Existe uma preocupação, por parte das autoras, com as experiências vivenciadas pelos seres humanos, em que eles têm a opção e a responsabilidade da escolha. Fica evidenciada, na teoria humanística de enfermagem, a correlação entre os conceitos de ser humano, saúde e enfermagem.

Somando-se a estes princípios, Leopardi (1999), citando Paterson e Zderad, diz que a enfermagem é uma relação dialógica, intersubjetiva entre o cuidador e o ser cuidado, em que ambos deixam emergir seus potenciais humanos. São co-responsáveis para o estar-melhor, porém essas escolhas de cuidado ocorrem através da autenticidade de cada um. Paterson e Zderad (1979) dão relevância ao significado da vida como ela é experienciada e vivida, à natureza do diálogo e à importância do campo da percepção, e têm duas grandes preocupações: a primeira é saber de que forma as enfermeiras e seres cuidados interagem; a outra é de que maneira as enfermeiras podem desenvolver uma gama de conhecimentos quanto ao saber e fazer enfermagem.

Meleis (1991), entre outros autores, diz que essas teóricas têm suas origens paradigmáticas na filosofia existencialista para o desenvolvimento teórico-prático e na fenomenologia para a pesquisa.

Para elucidar a conexão entre o referencial de Paterson e Zderad com os elementos teóricos das enfermeiras pediátricas, no encontro de cuidado com a criança doente hospitalizada, julga-se necessário exercitar a reflexão sobre os conceitos centrais da teoria humanística e contextualizá-la na problemática em estudo. Percebe-se, aí, a necessidade de desvelar alguns conceitos do pensamento existencialista-humanístico e fenomenológico, em que a enfermagem humanística de Paterson e Zderad está pautada.

De acordo com Zilles (1995), o existencialismo ingressa na história da filosofia como uma crítica à tradição racionalista e idealista. No pensamento existencialista há uma preocupação com o sentido ou objetivo da vida do ser humano, muito mais do que com as verdades científicas e metafísicas sobre o universo. O existencialismo refere-se ao modo de o homem ser e estar no mundo, pois a

existência é sempre individual, singular, subjetiva e finita. Nesse pensamento filosófico, o homem faz-se em sua própria existência, mas ele não está encerrado em si mesmo, é uma realidade imperfeita e aberta. É um ser livre para a escolha e, conseqüentemente, responsável por ela. Assim, o homem tem a liberdade de criar a si próprio sem certezas. O passado não é a garantia do presente e tampouco do futuro; assim, a angústia é inevitável, pois o homem existe em estado permanente de preocupação ou cuidado. Zilles (1995) diz ainda que o homem vivencia a angústia existencial da qual ele não pode fugir, quando se defronta com sua existência humana, principalmente com a possibilidade de não ser. Nesses conceitos surge a visão de que cada ser humano precisa encontrar seu próprio sentido para a vida.

Laffrey e Brouse referem que as teóricas conceituam a enfermagem como um ato de vida humana, uma resposta para uma situação humana. Esta resposta está diretamente relacionada ao crescimento do “bem-estar” e o “estar melhor” do ser humano cujas necessidades são percebidas e relacionadas ao processo saúde/doença e com a sua qualidade de vida. Tal condição é inerente às diferentes possibilidades de ser do ser humano, e vem ao encontro do pensamento existencialista heideggeriano, o qual diz:

o homem experimenta a falta de sentido na vida, a liberdade conseqüente da indeterminação, a ameaça permanente do sofrimento, que dão origem à angustia, à ansiedade, descrença em si mesmo e ao desespero. É importante lembrar o contexto do final do século XIX, quando ocorre um movimento de crítica à supremacia da razão humana, propondo-se que a verdade seja procurada a partir do processo da existência (LAFFREY e BROUSE, 1983, p. 207).

O homem é um ser inacabado e em sua singularidade mostra-se aberto às possibilidades de expressão: autênticas, próprias e singulares. O ser-no-mundo

constitui-se um ente aberto às possibilidades. Logo, com liberdade para escolher, é constrangido a assumir a responsabilidade por suas escolhas.

Neste sentido, Paterson e Zderad (1979) partilham com Heidegger a preocupação ontológica, ou seja, a necessidade de estudar a idéia do ser, num primeiro momento, através da análise fenomenológica. Em suas idéias propõem que o homem deve ser compreendido como um ser-no-mundo, que sua liberdade é uma liberdade situada (MELEIS, 1991). Essas teóricas dividem, também com o filósofo existencialista cristão, Gabriel Marcel, a inquietação em relação à liberdade situada, pois esta existe para a convivência inter-humana com os outros e com Deus, encontrando, assim, o sentido para a liberdade no amor. Para Marcel, a liberdade indica uma realidade “religiosa”, que pode ser chamada de transcendência, a salvação ou “tu” absoluto (ZILLES, 1995). Paterson e Zderad, juntamente com Marcel, vêem a existência como um caminho a trilhar em busca do absoluto.

A Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1976) evoca o pensamento existencialista numa visão de saúde holística, considerando o ser humano um ser singular, com autopercepção, liberdade, responsabilidade e que, na condição de angustiado e enquanto ser no mundo, busca encontrar sua própria identidade em relação a si e aos outros, valorizando a necessidade de interação humana e o significado na maneira de se expressar no mundo. Depreende-se, pois, que as teóricas concebem a enfermagem no contexto humano, porque, ao escolher os caminhos da existência do cuidar/cuidado, o enfermeiro tem a responsabilidade e a liberdade de encontrar significados no compartilhar experiências, através da presença ativa no encontro genuíno com outros que estão enfrentando situações dolorosas na sua existencialidade (LAFFREY e BROUSE, 1983).

A “*relação dialógica*” é o que fundamenta a existência humana para Paterson e Zderad, conceito cuja origem paradigmática é de Martin Buber, em que há o resgate da responsabilidade pela construção de um mundo mais “digno”, em busca do sentido humano. O diálogo é o centro das indagações de Buber; ele o considera a categoria existencial por excelência, propondo a compreensão da realidade humana através do prisma do dialógico, ou seja, do vínculo entre a experiência vivida (ação) e a reflexão (pensamento).

Buber (1997) afirma existirem duas atitudes básicas, duas formas de existir ou de ser-no-mundo, que se alternam ao longo da existência humana: as atitudes EU-TU e EU-ISSO. Não se trata de dois tipos de homem, mas duas posturas presentes em todos, em relação com o outro, com as coisas e com o mundo.

Nesse referencial, a enfermagem humanística está presente na relação EU-TU, em que o encontro ativo é permeado pela reciprocidade, em que o enfermeiro e o ser cuidado estão disponíveis na sua autenticidade, tornando possível a integração. A palavra-princípio EU-ISSO, posterior a EU-TU, é utilizada para conhecer o mundo e modificá-lo. O relacionamento dialógico permite uma abertura para os seres humanos experienciarem o mundo e a si mesmos, de forma holística.

Paterson e Zderad (1979) discorrem sobre as relações, dizendo que se distinguem em três espécies principais de diálogo: o técnico, desencadeado unicamente pela necessidade de entendimento; o monólogo, disfarçado de diálogo, muito percebido em situações em que, o fato de que apenas estar um em frente ao outro já revela que cada um fala para si, visando interesses próprios, até mesmo mesquinhos; e o autêntico, “*Nós*”, que não necessita, às vezes, de nenhum som ou gesto, acontece em clima de plena reciprocidade. Na relação dialógica cada ser

humano volta-se para o outro, tornando-o presente, fala-lhe e a ele se dirige verdadeiramente.

Percebe-se que a Teoria da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad é permeada por uma perspectiva existencial, humanística e fenomenológica. Existe uma preocupação dessas autoras com certo estado humano, inerente e universal, de desespero ou angústia, e a certeza de que o homem possui uma tendência para a autotranscendência, ou para ir além do que denota o seu próprio psiquismo. O cuidar/cuidado, em Paterson e Zderad, vai existir de modo que o ser enfermeiro possa assumir o lugar de mensageiro do discurso do ser criança, através de uma relação dialógica, num processo mútuo de correspondência e despreendimento. Nesse processo, a escuta é fundamental e ocorre simultaneamente com o responder.

Nesse contexto, a teoria da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad tem como fundamento as experiências vivenciadas, ou seja, o conviver fenomenológico dos indivíduos. Nessa teoria, que embasa a prática da enfermagem humanística, o cuidar/cuidado ocorre voltado para as condições de ser e estar-no-mundo do cuidado, sendo que as ações de enfermagem acontecem numa relação compartilhada, na busca do significado do fenômeno cuidado pelo enfermeiro e pelo paciente, com base nas necessidades de interação e na convivência com os outros e com o ambiente do cuidado.

Praeger (2000), dissertando sobre o referencial, cita que suas autoras afirmam que a enfermagem implica um tipo especial de encontro de pessoas. Ocorre em resposta a uma necessidade percebida, relacionada à qualidade de saúde-doença da condição humana. Dentro desse âmbito, compartilhado com outros profissionais de saúde, a enfermagem é dirigida para a meta de alimentar o bem-

estar e o vir-a-ser, ou seja, para o potencial humano. A enfermagem não envolve um encontro meramente fortuito, mas um encontro no qual existem um chamado e uma resposta intencional. A enfermagem humanística é considerada um tipo especial de diálogo vivido, em que o foco desse referencial é o “*encontro genuíno*”, através do qual ocorre a “*relação dialógica*” entre o ser enfermeiro e o ser criança doente hospitalizada.

Paterson e Zderad (1988) definem o encontro genuíno como uma relação única entre dois seres humanos, expressando originalidade e totalidade, ou seja, é aquele que produz um diálogo interior de solicitude, de liberdade de expressão com o outro, solidariedade, sensibilidade e amorosidade. O encontro genuíno envolve o estar presente por inteiro com o outro: “*presença ativa*”, em que a preocupação é a base deste momento (SANTANA E THOFEHRN, 2001).

As teóricas citadas acreditam, ainda, que a relação de cuidado se estrutura pela mutualidade da “*presença ativa*” do ser enfermeiro e do *SER* cuidado, envolvidos no encontro genuíno de enfermagem, como sujeitos de suas vidas.

Por sua vez, Leopardi cita que a teoria da enfermagem humanística apresenta os seguintes pressupostos:

- Enfermeiros, conscientes e deliberadamente, aproximam-se da Enfermagem como uma experiência existencial.
- Cada situação de Enfermagem reciprocamente evoca e afeta a expressão e as manifestações das capacidades existenciais dos seres humanos e sua condição.
- A enfermagem humanística inclui mais que uma benevolente relação sujeito-objeto competente tecnicamente, guiada por um enfermeiro em benefício de alguém.
- Enfermagem é uma relação transacional e investigativa, cuja significância demanda conceptualização fundamentada em uma consciência existencial do enfermeiro de si mesmo e do outro.
- Os seres humanos têm uma força inata que os mobiliza para reconhecer suas próprias visões e as visões de outros.
- Seres humanos são livres e se espera que se envolvam em seu próprio cuidado e nas decisões sobre sua vida.
- Enfermeiros e pacientes coexistem, sendo, ao mesmo tempo, dependentes e interdependentes (LEOPARDI, 1999 p.132).

Praeger (2000), Leopardi (1999), Meleis (1991), Laffrey e Brouse (1983) citam os conceitos principais do referencial de Paterson e Zderad:

- ★ **“Bem-estar” e “estar melhor”:** a saúde-doença faz parte da vida de todos os seres humanos e, durante esse percurso, algumas vezes, a saúde não pode ser alcançada. A enfermagem, essência de cuidado, caminha com o ser humano para a compreensão de que, muitas vezes, o bem-estar significa viver e conviver o melhor possível com a situação saúde-doença;

- ★ **Potencial humano:** o ser humano por ser rico em possibilidades de “ser” e por “estar-no-mundo”, tem o potencial humano para vir-a-ser, o que significa viver sua vida com autenticidade, tomando consciência de si, aceitando ou não as facticidades que a vida lhe impõe. Na enfermagem humanística, o processo de cuidar/cuidado acontece através de escolhas responsáveis e tomada de decisões conjuntas do enfermeiro e o ser cuidado.

- ★ **Presença:** é ser e estar aberto, perceptivo, receptivo e disponível para o outro ser humano, é o momento de reciprocidade. Trata-se de ação mútua entre o enfermeiro e o ser cuidado na relação. Cada ser humano pressupõe a existência do outro, pois a ausência de uma deles põe fim à inter-relação, à reciprocidade. É nas relações humanas que a reciprocidade atinge o máximo de intensidade. É esta presença que garante a alteridade, a diferença entre o EU e o TU, o que propicia o surgimento de um Nós, uma totalidade de pessoas independentes, que se escolhem entre si.

★ **Inter-subjetividade:** é uma interação entre o enfermeiro e o ser cuidado, onde ambos ficam envolvidos e experienciam o processo de Cuidar/cuidado. Identificam-se como seres humanos, fazem escolhas co-responsáveis quanto às maneiras de cuidar/cuidado. Entende-se como “*envolver-se*”, “*estar presente*”, “*querer fazer pelo outro*”, é o momento em que o enfermeiro compartilha com o paciente e o paciente com ele as suas experiências de cuidado.

★ **Compromisso Autêntico:** é estar junto ao paciente de modo completo por inteiro, tanto pessoal quanto profissional; ou seja, o processo de “*fazer com*” do enfermeiro é projetado na sua ação de cuidado. A princípio não se pode separar o conhecimento profissional da experiência pessoal, pois ambos fazem parte do mesmo ser enfermeiro. A experiência pessoal é adquirida ao longo de sua vida e o conhecimento, em um dado momento. O conhecimento profissional é indicado pela arte-ciência.

★ **Encontro:** é “*fusão*”, a “*Interação*” onde ocorre uma relação dos seres humanos entre o EU-TU, existe aqui-e-agora, é direta, imediata. Ambos podem compartilhar suas experiências vividas, sentimentos, valores e o significado do diálogo. O encontro genuíno envolve o “*estar presente*” por inteiro com o outro. Co-presença é uma ligação que há de deixar o outro ser permanecer em sua alteridade, na consciência de si e do outro.

★ **Relação Dialógica:** é uma postura interna de voltar-se para o outro usando não só o corpo, no dizer de Paterson e Zderad (1979), mas também a alma, na tentativa de apreender a totalidade do outro. No pensamento das autoras, ao voltar-se para o outro na reciprocidade e franqueza, conseguir-se-á conceber e ser concebido como ser humano, e, a partir daí, dialogar com autenticidade. Através do relacionamento autêntico o ser humano existe mediante a coexistência do outro; e ele está no mundo com o outro. O ser humano conhece o seu eu através da percepção do outro; ou seja, através do relacionamento de “*estar-com*”. O enfermeiro quando cuida, não apenas se apresenta como corpo biológico, mas traz consigo a totalidade do seu ser, ou seja, sua história pessoal e profissional. Com isso, ao cuidar ele traz toda a sua experiência e conhecimento.

Leopardi (1999) fala sobre outros conceitos da teoria humanística que emergem dos acima citados: potencial humano, transação intersubjetiva, ser e fazer e processo de escolha. Percebe-se que para cuidar o *Ser* criança doente hospitalizada é necessário que ocorra um encontro genuíno entre o enfermeiro e a criança, e que permita uma sintonia sensível e criativa ao mundo do outro.

No que se refere aos elementos teóricos da Teoria Humanística de Enfermagem, Praeger descreve

★ **SER HUMANO:** é um ser sendo existencialmente num processo de vir-a-ser que, por sua característica humana de poder ser, faz escolhas relacionadas com outros seres humanos num ambiente em que coexistem, são afetos a opções e existem em função do seu próprio passado, presente e futuro.

★ **SAÚDE:** mais do que a ausência de doença é concebida como potencial para o bem-estar e estar melhor, é um processo em que o ser humano busca o sentido da vida na relação com os outros; assim, ter saúde independe do estado bio-psico-socio-espiritual e cognitivo do ser humano, é estar afeto às experiências da vida.

★ **ENFERMAGEM:** é um chamamento e uma resposta de cuidado para com outra pessoa, visando a aumentar as possibilidades de escolhas responsáveis. Pressupõe uma relação inter-humana e intersubjetiva entre enfermeiro e paciente, voltada para o “bem-estar” e ou “estar melhor” do ser humano. É um **diálogo vivido** que se expressa através do encontrar-se, relacionar-se e do “estar-com”, presença. É o relacionamento criativo e genuíno entre o ser cuidador e o ser cuidado. Nesse encontro, há um chamamento e uma resposta em que se está disponível para o outro como ser total, respeitando-se a alteridade, a autenticidade do outro. A enfermagem humanística é o “**Diálogo Vivido**” (PRAEGER 2000, p.243-244).

As pensadoras apresentam, ainda, o conceito de “**COM-UNIDADE**”, relação entre duas ou mais pessoas que lutam unidas pela sobrevivência, no encontro de cuidado, o que só é possível pela compreensão da singularidade dessas pessoas enquanto seres humanos.

Em relação à metodologia do Processo de Enfermagem, a qual Paterson e Zderad (1979) denominam de “*Nursology*”, ou *Enfermagem Fenomenológica*, é uma forma de cuidar que visa a compreender, apreender e descrever as situações vivenciadas pelo cuidador e o paciente. As autoras a concebem como uma maneira de agir humano e curativa que, seguindo os princípios existencialistas, se desenvolve em cinco fases:

1ª fase - Preparação do enfermeiro, através do conhecimento e da sensibilidade para que ele possa conhecer-se como ser único e singular em um processo de vir-a-ser. O enfermeiro também deve estar sempre aberto para a prática do autoconhecimento, através da reflexão sobre seus preconceitos e valores nas situações de enfermagem, que após experienciados, influenciarão as novas situações do diálogo vivido.

- 2ª fase - O enfermeiro conhece o outro de modo intuitivo. Nessa fase, Paterson e Zderad entendem ser necessário ver o mundo através dos olhos do outro (cliente), a fim de valorizar as experiências do outro, obtendo uma visão amorosa e sensível da condição humana. Para estar na situação de enfermagem deve-se agir sem preconceitos, evitando expectativas, rótulos e ajuizamentos.
- 3ª fase – O enfermeiro conhece o outro cientificamente. Nesse momento, o enfermeiro retira-se do campo da ação de enfermagem, suspende a ação e reflete. Essa fase baseia-se na separação daquilo que é conhecido dos fenômenos repentinos e intuitivamente conhecidos, que devem ser analisados, refletidos e interpretados, buscando-se a relação entre as partes.
- 4ª fase - É o momento em que o enfermeiro compara e sintetiza múltiplas realidades conhecidas, que podem ocorrer ao mesmo tempo para equacionar diferentes situações vividas na sua prática, podem levar ou trazer consciência e outras experiências que poderão estar envolvidas na situação que se apresenta. Para Paterson e Zderad (1988) é o momento em que ocorre uma visão expandida do fenômeno, ou seja, compartilhar com o ser seu potencial para o “*bem-estar*” e o “*estar-melhor*”.

5º fase - Nessa fase ocorre o que Paterson e Zderad (1979) dizem ser necessário para a ampliação do campo da ação de enfermagem, ou seja, depreender da relação EU-TU e do possível EU-ISSO as contradições que integram a abordagem fenomenológica. Essa abordagem ocorre a partir da descrição de um fenômeno vivido, através do qual o ser enfermeiro compreende a situação e procura condutas terapêuticas que visam o melhor para o outro. É a conclusão mais ampla que se refere à experiência do outro e a compreensão do ser enfermeiro.

Nesse referencial, a metodologia do processo de enfermagem tem como foco a relação dialógica intersubjetiva experienciada pelos sujeitos no encontro de cuidado, visando a aplicação de seus potenciais para o “*bem-estar*” e o “*estar melhor*”. Os sujeitos desse encontro de cuidado manifestam-se de acordo com suas experiências de vida e suas potencialidades, embora ocorra uma mutualidade entre o enfermeiro e aquele que necessita das ações de cuidar/cuidado (LEOPARDI, 1999).

A Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1979) traz, em sua estrutura teórica, aquilo que se acredita importante na maneira de ser e “*estar-com*” o Ser criança doente hospitalizada, no encontro genuíno de cuidado, considerando-se sua totalidade, enquanto ser humano singular e único que, assim como outros, estabelece uma transação intersubjetiva com o enfermeiro. Embora fisicamente pequena, a criança tem desejos, sonhos e necessidades específicas. É um ser humano capaz de fazer escolhas em busca do seu bem-estar e estar melhor.

5 METODOLOGIA: O CAMINHO PARA O ENCONTRO DE CUIDADO

Neste momento do estudo narra-se o caminho utilizado para desvelar os elementos teóricos que têm orientado o processo de cuidar dos enfermeiros pediátricos, no encontro de cuidado com o *Ser criança doente hospitalizado*, a partir do referencial de Paterson e Zderad (1979).

5. 1 Tipo de Estudo

O presente estudo se caracteriza por uma pesquisa qualitativa, com uma abordagem fenomenológica, utilizando-se a análise hermenêutica de Ricoeur (1976) para compreensão dos discursos. Nesta pesquisa, as falas das enfermeiras pediátricas compreenderam os discursos.

Na pesquisa qualitativa, segundo Gomes, Flores e Jimenez (1996), os investigadores qualitativos estudam a realidade em seu contexto natural, tal como acontece, tencionando compreender o sentido de interpretar o fenômeno de acordo com os significados que têm para as pessoas que o vivenciam.

A fenomenologia propõe a investigação do vivido enquanto tal, descrevendo os fenômenos como são experienciados, despojados de conceitos e teorização, pois isso permite maior interpretação e compreensão do fenômeno (CROSSETTI, 1997).

A fenomenologia tem por objetivo a compreensão mais profunda do significado da experiência vivida. Procura o significado daquilo que o sujeito tem na consciência quando vive o fenômeno expresso no discurso, podendo ser a escrita, a

fala, o gesto, o silêncio, o movimento do corpo, o tom de voz e o olhar. A fenomenologia procura descrever o significado do fenômeno da experiência vivida pelo sujeito, captando sua essência. Portanto, a abordagem fenomenológica na enfermagem vem ao encontro do cuidado ao *Ser* criança, quando se procura ver esse ser humano na sua singularidade e totalidade. Projetando-se para o mundo do *Ser* criança doente hospitalizada, em que a interação ocorre através de olhares, de gestos, de choros, de expressão corporal, crê-se que o cuidar da criança é essencialmente um saber e fazer fenomenológico.

Assim, tendo como pressuposto básico que a estratégia metodológica deva ser adequada ao problema de pesquisa, optou-se por um tipo de estudo fenomenológico que busca compreender os elementos teóricos que têm orientado o processo de cuidar das enfermeiras pediátricas no encontro de cuidado com o *Ser* criança doente hospitalizado, sob o olhar do referencial teórico de Paterson e Zderad (GEORGE, 2000).

5. 2 Campo de Estudo

O campo de estudo foram as unidades de internação, local em que estavam lotados os enfermeiros do Serviço de Enfermagem Pediátrica – SEPED, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, Hospital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que possui 720 leitos de atenção múltipla, tendo como tripé em sua missão institucional o desenvolvimento da assistência, ensino e pesquisa. Portanto, é um dos locais de estágio curricular da Escola de Enfermagem da UFRGS. O SEPED é composto das seguintes áreas:

★ Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico: localiza-se na área norte do hospital, no décimo andar, no fundo do corredor da Ala Norte da unidade de internação pediátrica. A área física é composta de cinco boxes privativos, dois para medidas preventivas respiratórias e uma enfermaria com oito leitos, posto de enfermagem no centro da unidade. A faixa etária das crianças atendidas é a partir de um mês completo até doze anos e onze meses incompletos e as crianças atendidas são portadoras de patologias clínicas, cirúrgicas e crônicas. A equipe de atendimento é multiprofissional.

★ Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte: localiza-se na Ala Norte do hospital, no décimo andar. A área física é composta por trinta e sete leitos, distribuídos em seis enfermarias e dois quartos semiprivativos. As faixas etárias das crianças são a partir de um mês até cinco anos e onze meses incompletos e as crianças atendidas são portadoras de patologias clínicas, cirúrgicas e crônicas. A equipe de atendimento é multiprofissional.

Entre as duas unidades de internação localiza-se a recreação que funciona de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h, promovendo atividades de recreação coordenadas e dirigidas por profissionais da área de educação física. Também ali se localiza a sala de descanso dos pais, onde existe uma banheiro.

- ★ Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul: localiza-se na Ala Sul do hospital, no décimo andar. A área física é composta de trinta e quatro leitos, distribuídos em onze quartos semiprivativos, com dois leitos cada, dois quartos privativos, três quartos para medidas preventivas e uma enfermaria com sete leitos, todos com banheiro dentro dos quartos, recebendo, de preferência, as crianças a partir de um mês até dois anos de idade. As crianças atendidas são portadoras de patologias clínicas, cirúrgicas e crônicas. A faixa etária das crianças atendidas é de um mês até doze anos e onze meses incompletos. A equipe de atendimento é multiprofissional.

- ★ Unidade de Oncologia Pediátrica 3ºLeste: localiza-se na área leste do hospital, no terceiro andar. A área física é composta por vinte e um leitos, um quarto para medidas preventivas e quatro para convênios e particulares. O posto de enfermagem localiza-se no centro da unidade e todas as enfermarias estão ao redor do posto. As enfermarias têm capacidade para três leitos, sendo que cada leito é separado por cortinas e ainda existe em cada quarto um televisor e aparelho de vídeo. A faixa etária das crianças ali internadas é de zero a dezoito anos. São portadores de câncer e exigem cuidados clínicos e cirúrgicos, em virtude da própria doença. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional.

As crianças internadas nas unidades pediátricas procedem da emergência pediátrica e/ou passam pelo setor de admissão do hospital. Os pais são orientados pelas enfermeiras sobre o sistema de permanência conjunta. Também existe nesse andar uma sala dos pais para descanso e cuidados corporais.

5. 3 Participantes

Os participantes foram os enfermeiros que trabalham nas unidades do serviço de enfermagem pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - SEPED: Unidade Tratamento Intensivo Pediátrico, 10º Andar Norte, 10º Andar Sul e Oncologia Pediátrica.

O critério estabelecido para escolha dos participantes foi o de estarem trabalhando nessas unidades, na assistência direta à criança, e estarem disponíveis para a pesquisa. A amostra constituiu-se de oito enfermeiros convidados, de forma aleatória, a participarem do estudo, dois por unidade, contemplando todos os turnos de trabalho, ou seja, enfermeiros do turnos da manhã, tarde e noite.

Para preservar o anonimato dos participantes, cada um escolheu e autorizou o nome de algum personagem do mundo infantil que melhor o representasse. Assim, os personagens que representam o enfermeiro neste estudo são: Sininho, Soneca, Bob, Dom Quixote, Emília, Alice, Branca de Neve e Cléo.

5. 4 Coleta das Informações

Visando ao alcance do objetivo deste estudo, selecionou-se, para coleta das informações, a entrevista semi-estruturada proposta por Triviños (1995), pois essa modalidade de coleta de informações permite ao entrevistador liberdade de expressão e, ao entrevistado, maior espontaneidade nas respostas em relação ao tema. A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (estruturadas) e abertas (não-estruturadas), permitindo maior flexibilidade, deixando o participante

mais à vontade para expressar-se livremente sobre o tema proposto, pois parte-se de questionamentos básicos, permitindo ao investigador novas indagações sobre as respostas dos informantes.

Triviños (1995) salienta que esse é um dos principais meios de coleta das informações, pois valoriza a presença do pesquisador e permite que os entrevistados tenham liberdade e espontaneidade para responder, enriquecendo a investigação.

As informações foram coletadas pela própria pesquisadora, através de entrevistas, gravadas. O local e horário da entrevista foi combinado previamente com os participantes do estudo. As entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes em áudio e posteriormente transcritas, visando a análise e discussão das informações coletadas.

A entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) foi orientada através da seguinte questão:

Conte como é para você, enfermeiro, cuidar de criança doente hospitalizada?

5. 5 Análise das Informações

Neste estudo, foi utilizada, a abordagem hermenêutica de Paul Ricoeur (1986) para a compreensão dos elementos teóricos do diálogo vivido entre o enfermeiro e a criança no encontro do cuidado.

A palavra hermenêutica remonta a diversos textos da antigüidade. Etimologicamente deriva do grego “hermeneuein”, que significa “interpretar” e do

substantivo “hermeneia”, interpretação, conforme Marques e Dario (1992).

Em sua hermenêutica, Ricoeur (1986) deposita toda a problemática da interpretação no sentido e não na análise das significações. Para esse autor, há, na interpretação, uma busca para além da linguagem. Assim, a tarefa da hermenêutica de Ricoeur (1990) é entender os comportamentos simbólicos expressos na fala e na escrita, mostrando a verdade que se oculta no aparente e, assim, compreender e interpretar o sentido produzido pela linguagem (VIANA, 1980).

No entender de Ricoeur (1989), o discurso é um acontecimento que significa, em primeiro lugar, que ele se realiza temporalmente no presente; em segundo, o discurso permite que o locutor tome consciência de sua fala em alguém que se expressa através da fala; em terceiro, o discurso tem como tema o mundo que se pretende descrever ou representar; em quarto lugar, o discurso tem um interlocutor, por isso é um fenômeno temporal de troca de diálogo que pode se prolongar ou interromper. O autor salienta, ainda, que é fundamental compreender a significação que permanece do discurso, e não apenas o acontecimento no discurso.

Ricoeur diz que, no momento em que o texto ocupa o lugar da fala, a escrita refere-se a alguma coisa, exercendo a função referencial, pois “ao dirigir-se a um outro locutor, o sujeito do discurso diz alguma coisa sobre alguma coisa; isso de que ele fala é o referente do seu discurso” (1989, p.144). Essa função referencial é produzida pela frase, a mais simples unidade do discurso.

O discurso, assim, é significante porque remete à realidade que pode ser vista “em torno” dos locutores, “em torno” da própria instância do discurso. No momento em que o texto assume o lugar da fala, aparece uma situação diferente de quando existe o diálogo, pois os interlocutores estão frente a frente, ambos estão numa situação do “meio circunstancial do discurso”.

Ao se apropriar da análise hermenêutica de Paul Ricoeur (1986), o pesquisador pretende desvelar o sentido da linguagem no discurso manifesto pelos participantes. Neste estudo, a interpretação do sentido foi de acordo com o do referencial teórico de Paterson e Zderad (1979). O pesquisador analisa a semântica do discurso, isto é, qual o sentido que está por trás deste discurso e faz a referência com o mundo, o contexto. Portanto, sua hermenêutica busca, através da interpretação do discurso, dar sentido ao que está escrito no oculto ou no não-dito da frase, da palavra, de um parágrafo.

Neste estudo, os discursos foram analisados e interpretados utilizando-se os seguintes passos propostos por Crossetti (1997) e Motta (1997), com base em Ricoeur (1986), descritos a seguir:

1º) Leitura Inicial do Texto: O primeiro passo relaciona-se à compreensão ingênua do texto; toma-se contato inicial com o significado do texto. Tais impressões iniciais podem ser avaliadas, alteradas e aprofundadas, utilizando-se a estrutura objetiva do texto. Desta forma o pesquisador constrói o significado do texto. Nessa etapa, organiza-se o material, lendo várias vezes os depoimentos para captar os significados que emergem da leitura das falas, e através dos discursos, desvelando os possíveis elementos teóricos que têm orientado o diálogo vivido entre o enfermeiro e a criança doente hospitalizada no encontro de cuidado.

2º) Distanciamento: O distanciamento é a condição necessária para a realização da interpretação. O pesquisador deve ter o cuidado de não projetar sobre o texto

expresso pelos discursos, suas crenças e preconceitos. Acrescenta-se, ainda, a idéia de Ricoeur, de que o pesquisador somente percebendo a si mesmo encontrará o que é importante para essa etapa. Procurando manter o distanciamento necessário, faz-se uma reflexão sobre os elementos teóricos do diálogo vivido entre o enfermeiro e a criança, sob o olhar de Paterson e Zderad.

3º) Análise Estrutural: A análise estrutural objetiva orientar o pesquisador no aprofundamento da semântica. Nesta fase, o texto é relido de forma crítica e o investigador passa à explicação, interpretação e à compreensão do texto. Para Ricoeur, a interpretação só é viável após um aprofundamento da semântica. A hermenêutica considera a frase com uma unidade de análise, passando, a seguir, para o parágrafo, a secção, capítulo e finalmente para o texto como um todo. O significado é representado em unidades de sentença. Desse modo, emergiram os temas e subtemas dos discursos dos participantes, conduzindo à compreensão dos elementos teóricos do diálogo vivido entre o *Ser* enfermeiro e o *Ser* criança doente hospitalizada no encontro de cuidado.

4º) Identificação da metáfora: Nesta etapa, procura-se dar sentido à semântica. Através da interpretação hermenêutica, busca-se desvelar o que está oculto nos discursos. Assim, após terem emergido os temas e subtemas procurou-se compreender os elementos teóricos contidos nos discursos das enfermeiras pediátricas, à luz da Teoria da Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. A compreensão dos temas e subtemas chama-se metáfora.

5º) **Apropriação:** A última etapa do processo de análise hermenêutico acontece com a apropriação. O termo apropriação significa estar apto para a compreensão da metáfora do mundo dos sentidos que se tornam mais visíveis, permitindo ao pesquisador se apropriar ou “tornar seu” o que antes era o desconhecido. Nesse momento, o pesquisador se apropriará dos elementos teóricos desvelados e presentes no diálogo vivido entre o *Ser* enfermeiro e o *Ser* criança no encontro de cuidado, sob o olhar de Paterson e Zderad.

5. 6 Considerações Éticas

A questão da ética em pesquisa tem constituído atualmente um tópico importante de discussão em fóruns, realizados por pesquisadores do campo da saúde. Dentre os temas mais polêmicos, há o que versa sobre a pesquisa que utiliza seres humanos como sujeitos de investigação científica e em que são necessárias preocupações, a fim de assegurar a preservação dos direitos de quem é pesquisado (POLIT E HUNGLER, 1995; CROSSETTI,1997). Tendo presentes as questões éticas, ligadas à pesquisa em saúde, e em atenção às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Para tanto, foi elaborado um termo de compromisso denominado de **“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”** (APÊNDICE B).

Os participantes da pesquisa foram convidados a participar, sendo explicado sobre a justificativa e o objetivo do estudo. As entrevista ocorrem somente após a

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Informado, sendo esse em duas vias permanecendo uma via com a entrevistada e a outra com o entrevistador. O documento foi assinado por todos os que aceitaram participar da pesquisa, assegurando-lhes: o anonimato, o direito à informação sobre a pesquisa, à participação voluntária, ao sigilo em relação à identificação dos participantes, à autorização para gravar as entrevistas e publicação das informações (GOLDIM, 1997). Foi comunicado aos entrevistados que a pesquisa é totalmente isenta de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no vínculo empregatício do entrevistado com o hospital. Também ficou assegurada a destruição das fitas após um período de cinco anos, conforme recomendação da Lei dos Direitos Autorais nº 9610/98 (BRASIL, 1998).

É importante ressaltar que, num primeiro momento, se encaminhou o projeto de pesquisa para avaliação e liberação do campo para pesquisa ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Após a autorização, a pesquisadora entrou em contato com a chefia do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – SEPED e suas respectivas chefias de unidades.

6 DESVELANDO OS ELEMENTOS TEÓRICOS NO ENCONTRO DE CUIDADO

Busca-se, nesta fase do estudo, desvelar os temas e subtemas oriundos da interpretação das palavras, das sentenças, ou dos parágrafos expressos no dito e também captados no não-dito pelos enfermeiros, no encontro de cuidado com a criança doente hospitalizada, à luz do referencial teórico de Paterson e Zderad (1979). Assim, surgem os seguintes temas e subtemas:

★ **SER CRIANÇA NO MUNDO DO CUIDADO**

- ☉ Ser criança como presença de cuidado;
- ☉ Compartilhando experiências no adoecer e no cuidar;
- ☉ Aproximando o mundo do *Ser* criança ao mundo do hospital.

★ **SER ENFERMEIRO NO ENCONTRO DE CUIDADO GENUÍNO**

- ☉ Percebendo o *Ser* criança doente hospitalizada;
- ☉ Vivenciando sua existencialidade;
- ☉ Cuidando em “com-unidade” com a família;
- ☉ Aproximando-se da função materna;
- ☉ “Estar-com” na intersubjetividade do cuidado;
- ☉ Compromisso autêntico ao cuidar.

★ **“NÓS” — SER ENFERMEIRO E SER CRIANÇA**

6. 1 SER CRIANÇA NO MUNDO DO CUIDADO

O ser humano é um ser de cuidado, constituindo-se de existenciais básicos. A criança no mundo do cuidado possui a possibilidade do “*tornar-se mais*”, que o transforma em um ser de possibilidades infinitas. Esse *Ser* criança desabrocha sob a ação do tempo e constrói seu mundo de cuidado a partir de um passado e do presente vivido, direcionando-se para um futuro repleto de possibilidades. Assim, dos discursos dos participantes, o desvelar do *Ser* criança no mundo do cuidado surge nos seguintes subtemas: ***Ser criança como presença de cuidado; compartilhando experiências no adoecer e no cuidar, e aproximando o mundo do Ser criança ao mundo do hospital.***

6.1.1 Ser criança como presença de cuidado

Perceber a presença da criança no mundo do cuidado é percebê-la sob a ótica de sua existencialidade, o que permite visualizá-la como realmente é; ou seja, com sua expressividade e singularidade. A criança é a própria possibilidade de “*vir-a-ser*”. Ao realizar essa compreensão existencial do mundo, ficam evidentes os modos como se apresenta a sua relação com o mundo mais próximo desse ser, clarificando-se as maneiras em que ocorre a temporalidade e a historicidade na infância, com a primazia do imediato, instigado pela curiosidade da criança. Os discursos dos enfermeiros exemplificam esse pressuposto:

É um ser humano, que te olha, que te responde com sorriso ou choro, é esperança, fica braba contigo, dá beijo, é uma pessoa que está ali, pronta para ficar contigo (Sininho).

É um ser muito especial, muito legal, bonito, porque a criança, na verdade ela tem a pureza que o adulto já perdeu, ele fala o que ele tem que te falar, ele é muito honesto, se ele não gosta, ele diz que não gosta; se ele gosta, ele diz que gosta, Então tu pode esperar que ele vai ser sincero. Ele é muito exigente também (Soneca).

Cada criança é muito especial, é um indivíduo completamente diferente do outro. Mesmo que eles estejam fazendo o mesmo tratamento, pode ter a mesma patologia, mas a abordagem com cada uma vai ser diferente” (Bob).

Nas falas de Sininho, Soneca e Bob, a criança não é percebida apenas como um ser em desenvolvimento, crescimento e amadurecimento genético. Para eles o processo de adoecimento não impede que a criança continue tendo sua identidade, singularidade e espontaneidade no mundo. O encontro do enfermeiro com o paciente pediátrico manifesta-se como presença de cuidado, por uma nova concepção desse “ser-no-mundo”. As enfermeiras reconhecem a especificidade da criança, enquanto ser de imaginação, fantasia, criação, e que mantém, em si, a sua singularidade, o que mobiliza para ações de cuidar/cuidado igualmente singulares ou próprias. Pode-se perceber a criança enquanto Ser de presença nas seguintes falas:

É um ser humano, é um indivíduo único, cada um tem sua individualidade, e cuidar é, através da observação, conversar junto à sua mãe, ao seu pai, como ele era, como ele está, conversar com ele. Eu acho que cada indivíduo é um, é um ser único, e ele tem suas vontades, ele tem sua maneira de pensar, de se expressar, às vezes entre irmãos, são da mesma família, mas cada um tem sua característica (Emília).

[...] conseguir ver que ali tem um ser humano que tem necessidades de afeto, de carinho, que gosta de brincar, que gosta de atenção, que está mais fragilizado (Dom Quixote).

Revela-se, nos discursos acima, a importância de considerar a criança como um ser humano, singular e autêntico, permitindo que ele se expresse no encontro de

cuidado mediante a reciprocidade com o enfermeiro. O oculto torna-se aparente pela **presença ativa** que Paterson e Zderad (1979) qualificam como “*ser-aí*” e “*estar-aberto*”, receptivo, pronto e disponível para outra pessoa. Nessas falas, Emília e Dom Quixote pressupõem reciprocidade do *Ser* criança, que ocorre através da presença ativa. Para Paterson e Zderad (1979) é fundamental reconhecer existência de Um e de Outro, da confiança mútua, sendo essencial a responsabilidade e a reciprocidade para que ocorra uma inter-relação entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Essa presença ativa garante a alteridade, a diferença “*entre*” EU (*Ser* enfermeiro) e o TU (*Ser* criança) na união do mundo subjetivo de ambos os seres.

6.1.2 Compartilhando experiências no adoecer e no cuidar

A criança, no mundo do hospital, vivencia a condição de estar doente, mas a hospitalização não interrompe o seu processo desabrochar, pois ela permanece sendo um ser acontecendo para a vida. Nesse processo de adoecimento e hospitalização, ela compartilha suas experiências passadas e presentes com o enfermeiro, o que é expresso pela maneira na qual a criança doente “*estar-com*” o enfermeiro, naquele ambiente. A criança, embora doente, por vezes em estado grave de saúde, com sua autenticidade de ser um *Ser* acontecendo, continua fazendo planos e/ou existindo para a vida. O enfermeiro pediátrico, na sua condição de ser humano, vive o diálogo vivido, de corpo e alma presente, no cuidado humanizado e/ou na preocupação para com o outro. Esse diálogo vivido,

compartilhado, se mostra no encontro genuíno de cuidado, conforme se constata nos discursos a seguir:

[...] trabalhar com criança, independente da patologia, é estar sempre apostando. Na vida, pois aquela criança está cheia de planos. Eles podem estar supermal, mas eles estão sempre fazendo planos, eu acho que isso a gente vai ter que alimentar (Bob).

[...] a gente nota, é que quanto mais a criança participa, quanto mais a criança entende o que tá sendo feito com ela. [...] acham que a criança não entende, mas elas entendem, quanto mais tu diz para ela ‘ó, me ajuda, vamos fazer assim’, não sei quê, faz as combinações com ela, mais ela confia em ti, mais ela deixa tu fazer as coisas, mais ela aceita fazer as coisas com ela (Dom Quixote).

No referencial da teoria humanística, o enfermeiro e o paciente pediátrico podem vivenciar experiências de aprendizagem sobre o cuidado mútuo de modo significativo para ambos, representando um crescimento mútuo na existencialidade de cada um. Somente conhecendo e compartilhando esse mundo do cuidado, com o outro, é que o *Ser* enfermeiro e o *Ser* criança doente vivenciam o significado de cuidar e serem cuidados. Essa experiência compartilhada permanece com os seres de cuidado.

Desvela-se, pois, nesse compartilhar, o sentido de que a criança é o ser que cuida, o que se mostra nas seguintes falas:

[...] tu aprende muito, porque eles te passam lição de vida, lição de coragem e força. E a gente, junto com eles, consegue arrancar esta coragem e atendê-los (Branca de Neve).

[...] a força de vontade. Eles são crianças que vão amadurecendo muito mais rápido, pelo diálogo que eles ouvem dos médicos com os pais. Então tu nota que eles têm uma força de vontade de vencer aquela doença que te transmite quando tu vai puncionar uma veia (Branca de Neve).

[...] aquela criança te passa coragem, que pode puncionar e que ela pode chorar, mas o choro dela, ela sabe que é para ela melhorar. Ela te passa uma mensagem. [...] a dor, nossos pacientes têm que lidar muito com a dor, e a dor não é fácil [...] então, eles te dizem esse tipo

de palavra, assim, eu estou melhorando, eu vou sarar; então isso que te dá força para seguir trabalhando no teu dia-a-dia (Alice).

As falas destes participantes demonstram os diferentes sentidos de possibilidades do *Ser* criança doente no mundo do cuidado, através da “**relação dialógica**”, e revelam a expressividade da criança mesmo com as limitações impostas pela doença. Também ficam evidentes os modos como se apresentam as relações de cuidado dos enfermeiros com o mundo mais próximo desse ser criança doente hospitalizada. Clarificando-se as maneiras em que ocorre a temporalidade e a historicidade na infância.

A “*relação dialógica*” no encontro de cuidado pediátrico é o que fundamenta experiência, interação, reciprocidade e existência, estabelecendo o domínio do cuidado pediátrico humanizado. Enfim, é preciso compartilhar as experiências de cuidado com o ser cuidado e considerá-las na busca de escolhas responsáveis. O cuidado ao paciente pediátrico está pautado na unicidade do ser, em que existe uma resposta confortadora e amorosa de uma pessoa para a outra, em um momento de necessidade que visa ao desenvolvimento do “*bem-estar*” e do “*estar-melhor*”.

Nessa linha de pensamento, Paterson e Zderad (1979) revelam que essa resposta confortadora ocorre através da “**relação dialógica**” que é uma postura interna de voltar-se para o outro, de forma amorosa, empática e respeitosa, em que a reciprocidade e a autenticidade sejam elementos básicos para essa relação.

Dessa forma, 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 a sua subjetividade, considerando a importância do “que” está sendo dito e a “quem” está sendo dito.

6.1.3 Aproximando o mundo do Ser criança ao mundo do hospital

O subtema aproximando o mundo do Ser criança ao mundo do hospital se mostra pela preocupação de cuidado que o enfermeiro tem em assemelhar o mundo do hospital ao mundo da vida desse ser, como se constata nos seguintes discursos:

Cuidar da criança hospitalizada é proporcionar que a criança continue, mesmo doente, tendo as mesmas coisas que ela teria se ela tivesse sadia: carinho, afeto, mesmo que ela tenha que fazer as coisas horríveis, como punção (Dom Quixote).

Cuidar uma criança doente hospitalizada é bem difícil, porque a criança sai do meio dela, tá longe dos brinquedos, das suas coisas. A gente tem que respeitar esse espaço que ela não tem aqui, então a gente tem que procurar oferecer o máximo para ela desse espaço aqui, através da recreação (Branca de Neve).

O adoecimento e hospitalização, mesmo que sejam de pequena permanência, são situações em que a criança possivelmente vivenciará uma experiência desagradável. E por mais que se tente amenizar esse processo, ela deverá vivenciá-lo, podendo-se constituir em uma das várias crises existenciais significativas na sua vida, principalmente se ocorrer na primeira infância. A criança pode desconhecer o mundo do hospital, possui poucas experiências e um número limitado de mecanismos para enfrentar essa realidade tão dolorosa e estressante, como a hospitalização.

Paterson e Zderad (1979) afirmam que a doença traz, para a vida de toda pessoa, sofrimento e angústia, contudo, faz parte do seu existir. Entende-se, pois, que a criança não pode ser privada de experienciar essa vivência existencial do ser, podendo ocorrer em diferentes momentos “da vida”, o que gera desorganização física e mental. Mas isso não interrompe o transcurso natural do seu existir,

enquanto ser humano, pois ela permanece desabrochando para a vida, como ilustram as falas abaixo:

A criança não tem um entendimento de porquê ela tem que estar passando por estas coisas; o adulto perdeu o acesso venoso, ele entende, tem que botar no outro, a criança não entende e muitos dizem assim: por que eu tenho que sofrer tanto? Por que eu tenho que sofrer? (Bob).

[...] é tu conseguir passar um pouquinho, porque tu não consegue passar tudo, até porque nós não somos a família dela e não somos a casa dela aqui no hospital. Mas tentar fazer, aproximar um pouquinho essa família, essa casa, passar carinho, conforto, deixar que ela brinque, que ela desenhe [...] assim, continue fazendo as atividades dela, escolar, as crianças maiores estimular as coisas nela, o crescimento dela, o desenvolvimento dela aqui dentro da área do hospital (Dom Quixote).

O mundo da criança é uma totalidade de referências e relações, expressas por uma constante busca da compreensão do que está em torno de si, mantendo-se assim, num estado de abertura. A compreensão revela ao ser humano sua existência, proporcionando-lhe o alcance de suas próprias possibilidades, e de realizar-se enquanto alguém que está no mundo desvelando-se e se conhecendo.

[...] tem alguns momentos que eu tenho que agir que eu tenho que fazer [...] que a gente cuida para que ele não tenha dor, eu estou ali como profissional e tenho que fazer, uma punção venosa, curativo [...] eu vejo como o paciente precisa daquilo, que eu preciso fazer aquele procedimento. Agora, assim ó se eu vejo uma colega puncionar eu sinto muito [...] Então para mim não é fácil, eu enxergar alguém fazendo alguma coisa, que faça a criança chorar, ficar com medo, sentir dor. (Soneca).

[...] mas sempre tentando priorizar, vamos dizer assim, para que ela se recupere o mais rápido possível e possa retornar também o mais rápido possível para casa [...] Agora a criança tem aquele mundo todo especial dela, tem aquele monte de fantasias, muitas vezes ela não entende porque tem que fazer uma coisa que vá doer para ela ficar bem. Talvez aquilo passe que seja um castigo que ela está recebendo, que ela tem todo esse envolvimento diferenciado desse mundo infantil que, às vezes, a gente tem que conseguir parar, pensar e separar isso (Cleo).

Os discursos de Soneca e Cleo expressam a ambigüidade de sentimentos

vivenciados pelo enfermeiro ao cuidar o paciente pediátrico, pois ao mesmo tempo em que buscam conciliar o ambiente hospitalar ao da casa da criança, também priorizam as ações de cuidado que auxiliem na sua recuperação. Há momentos em que o cuidado instrumental supera o expressivo pelas próprias necessidades que a criança doente apresenta. Esse dilema está explícito no fazer enfermagem, talvez como legado do modelo mecanicista, o qual lentamente é superado quando Cleo expressa a necessidade de parar, pensar e separar essas dimensões.

Ainda sobre o subtema aproximando o mundo do Ser criança ao mundo do hospital percebe-se, nos discursos, a importância do lúdico no processo de cuidar da criança doente como elemento de aproximação e compreensão desse ser. O brinquedo, a brincadeira e o jogo permitem que a criança exercite a fantasia, mantenha o sonho e os desejos vivos, ajuda a elaborar desde as pequenas dificuldades do cotidiano até os grandes traumas do ser humano. É uma válvula de escape, onde a criança vive algo sem realmente concretizá-lo. Essa maneira de cuidar/cuidado fica implícita nas verbalizações dos enfermeiros a seguir:

[...] aí, eu brinco, e ela me diz tia eu sou a enfermeira e tu é a mãe do nenê [...] Agora nós vamos puncionar e fazer o curativo. Eu fico olhando, observando o jeito delas, às vezes parece a gente ou uma colega conversando com elas [...] Antigamente, a gente tinha muito presente só cuidado técnico, depois tu fica mais madura tu presta atenção, mais nas coisas e vê que brincar e tanta outras coisas são tão importantes quanto a técnica (Alice).

[...] Eu estimulo a criança a brincar [...] podendo ficar só com o plug eu deixo, levo para recreação ou eu mesmo brinco [...] de carrinho, de bonequinho, ou de boneca. Sabe eu penso que há momentos que o enfermeiro tem que saber a hora de fazer, ser firme e a hora de ser carinhosa e brincar [...] Brincar com a criança também é cuidar (Emília).

Nas falas de Alice e Emília fica assinalado que o brincar da criança não é apenas um ato espontâneo de um determinado momento. Ele traz a história vivida de cada criança frente ao cuidado recebido, revelando quais foram os efeitos dessas

ações de cuidado de uma forma transferencial específica. Nesse mundo do brincar e da fantasia, é onde o enfermeiro e a criança encontram o tempo, lugar, espaço e a disponibilidade para descobrir e compartilhar suas experiências de cuidar/cuidado.

O brincar permite a “*inter-ação*” do enfermeiro com a criança e com o meio, pois quando a criança brinca expressa emoções, sentimentos, pensamentos, desejos e necessidades. O brincar emerge como um dos elementos fundamentais do cuidado humanizado em pediatria, pois ele ameniza e oportuniza ao paciente pediátrico, refletir e questionar sobre seu processo de adoecimento e hospitalização. O enfermeiro ao brincar com o paciente pediátrico desempenha também um papel de intermediador e orientador das questões que vão sendo vivenciadas pela criança durante sua internação.

Ao vivenciar o mundo do cuidado, a criança doente sai de um ambiente conhecido e acolhedor, como a sua casa, seu continente, seus brinquedos e sua família, seu universo, para um outro mundo totalmente desconhecido, inexplorado e aterrorizante como o hospital, causando-lhe traumatismos físicos e emocionais.

Os dizeres de Branca de Neve e de Bob ilustram o brincar como importante elemento do encontro de cuidado com a criança doente:

Às vezes, eu procuro brincar com eles, convidam a gente: tia, vamos brincar com um joguinho e a gente tem que dar um pouquinho de atenção para eles, para poder também tu te sentir um pouquinho criança. Entender, aí muita coisa tu vai entender (Branca de Neve).

A gente brinca muito com estas crianças, faz coisas coloridas também, se a gente vai estar livre vai para recreação, brinca junto. Se a criança está no quarto com medicação, a gente leva brinquedo no quarto. É muito bom. Eles têm uma proximidade com a gente (Bob).

Depreende-se dos discursos o sentido de que o Ser criança doente compreende e apreende o mundo do hospital não só pela percepção e observação,

mas também no cotidiano do brincar e jogar para resolver seus problemas práticos, e nos seus encontros e inter-relações com os enfermeiros e sua família, com quem ele compartilha o seu dia-a-dia.

Aproxima-se esta condição ao referencial de Paterson e Zderad (1979): em sua proposição de metodologia do processo de cuidado, as autoras acreditam que mesmo que haja um objetivo claro ao se cuidar de determinada pessoa, é necessário que ele se sinta amparado e compreendido no que se refere ao seu universo. Embora Paterson e Zderad (1979) reconheçam que o cuidado físico “*fazer-com*” é parte muito importante do cuidado, ressaltam o aspecto “*estar-com*” o ser cuidado como fundamental para o cuidado humanizado.

6. 2 *SER* ENFERMEIRO NO ENCONTRO DE CUIDADO GENUÍNO

Descortina-se o tema o *Ser* enfermeiro no encontro genuíno pelo sentir do enfermeiro ao refletir sobre a sua existencialidade no cuidar da criança doente hospitalizada, fazendo com que tome consciência de si mesmo, através do encontro genuíno que se traduz numa experiência única entre dois sujeitos do cuidado. É esse processo que coloca o enfermeiro num enfrentamento com sua própria subjetividade, oportunizando um exercício de pensamento efetuado sobre o seu próprio pensamento: um movimento de pensar-se, perceber-se, experimentar-se, reconhecer-se, saber-se e assumir-se enquanto ser humano, cuidador de criança doente hospitalizada. Por ter consciência desveladora de sua experiência existencial pode-se dizer que essa abordagem existencialista-humanística de encontro de

cuidar/cuidado com o paciente pediátrico tem como objetivo fazer emergir e desvelar aquilo que o ser humano tem de mais autêntico, sua humanidade.

Nesse tema emergiram os seguintes subtemas: **Percebendo o Ser criança doente hospitalizada; Vivenciando sua existencialidade; Cuidando em “comunidade” com a família; Aproximando-se da função materna; o “Estar-com” na intersubjetividade do cuidado; Compromisso autêntico ao cuidar.**

6.2.1 Percebendo o Ser criança doente hospitalizada

Neste subtema, o enfermeiro visualiza a criança como um ser humano único, singular, autêntico, inacabado e com potencialidades para “*tornar-se-mais*” no encontro com o outro e com o mundo. Ao reconhecer as peculiaridades da criança doente hospitalizada, o enfermeiro assume um modo específico de ser cuidador, e isso é que vai caracterizar o “*encontro genuíno de cuidado humanizado em pediatria*”. Esta relação leva a uma transformação mútua que somente esses sujeitos poderão definir, ao vivenciar uma experiência única de cuidar/cuidado.

Assim, ao perceber a criança hospitalizada, o enfermeiro volta-se para a potencialidade desse ser, mediante um viver fenomenológico da experiência do cuidado. Esta convivência compartilhada permite que a criança desabroche e assuma o seu processo de “*vir-a-ser*” no mundo. Perceber o *Ser* criança doente hospitalizada surge nas falas dos participantes do estudo:

Eu acho que é respeitando suas vontades, ouvindo suas queixas, lógico que a gente ouve o que a mãe diz, mas tu tem que ir lá [...]

individual, é tu ir lá, ouvir aquela determinada pessoa, aquela criança, e não só ir atrás, personificar, porque aqui cada um tem a sua característica, às vezes as características até são iguais em muitas coisas, mas elas têm a sua individualidade, assim, e único (Emília).

[...] eles têm planos, mesmo que lá no fundo tu saiba que eles não vão chegar àquilo ali, mas a gente trabalha mantendo vivo isso de bom que ele tem, felizmente, (Bob).

O sentido dos discursos de Emília e Bob revelam que nenhuma arte do cuidar/cuidado pode fazer-se sem reconhecimento do valor das emoções, da sensibilidade, da afetividade, da intuição e do compromisso autêntico com o outro, pois essa é uma prática estritamente humana, não é possível entender “**diálogo vivido**” — *enfermagem* — como um encontro frio, sem alma, em que os sentimentos e as emoções, os desejos e os sonhos são os referenciais para nortear as ações de cuidar/cuidado.

Paterson e Zderad (1979) acreditam que o “*diálogo vivido*” — *enfermagem* — ocorre através do “**encontro de cuidado genuíno**”, e é nesse que emerge a essência do ser, seus sentimentos, suas angústias e sua historicidade. Pelo olhar da Teoria Humanística de Enfermagem e pela relação dialógica entre quem cuida e quem é cuidado, é que acontece o “*tornar-se-mais*” de ambos, é um processo de reciprocidade que culmina no “*ser-mais*” e no “*estar-melhor*”. A fala abaixo diz:

[...] eu procuro me aproximar, sei o nome, e dependendo de cada criança, assim, eu olho para ela, como é que ela está, com medo, eu já explico que eu só estou ali para conhecer ela, mostro as minhas mãos porque geralmente a gente está com uma bandeja, com uma coisa, eu mostro ‘olha aqui, eu vim em paz, só para te ver, dessa forma, assim, eu converso e brinco’ (Emília).

Visualizando o não-dito nessa fala de Emília arte de cuidar/cuidado, constata-se o “**diálogo vivido**” — *enfermagem* —, pois, quando Emília aproxima-se da criança, mostra as suas mãos vazias de medicamentos e/ou material para

procedimentos. Por outro lado, mostra também que essas mãos estão cheias de carinho, livres para abraçar e beijar, enfim para cuidar. Significa, certamente um “*eu vim em paz, eu vim inteira aberta para compartilhar o cuidado, eu vim te conhecer*”.

Esse mostrar de mãos de Emília deixa clara a fragilidade e a sensibilidade do Ser enfermeiro em relação ao Ser criança e essa sensibilidade é um bem que deve ser preservado e desenvolvido pelo enfermeiro. Este é o encontro de cuidado, em que se estabelece a “**relação dialógica da enfermagem humanística**”. É importante destacar que para a relação ser autêntica, há necessidade da vivência também ser autêntica, e é o que se pode depreender das seguintes falas:

[...] os bebezinhos que não sabem, que não têm como se defender, eles até reclamam chorando, mas a criança maior expressa mais. O bebê, ele chora e tu tem que tentar descobrir onde que está doendo, o que está incomodando é que a gente consiga parar e prestar atenção naquela criança e tentar ver o que está acontecendo com ela, porque ele está chorando, é fome, é dor, o que está incomodando ela, pegar ela no colo, dar um aconchego, então, fazer esse tipo de coisa eu acho que faz parte do cuidar em pediatria que é tão importante quanto a técnica (Dom Quixote).

[...] quando a criança fica muito quieta, tu fica meio angustiada, porque é sinal que ela não tá lutando, ela está passiva. Quando a criança chora é sinal que ela está te passando, dizendo, que ela está sentindo, acho que é por aí, porque se a criança é passiva demais, tu tem que ficar também alerta, puxa ela aceita tudo (Branca de Neve).

Nessas vinhetas, o paciente pediátrico é percebido pela “**intersubjetividade**”, no qual o ser que cuida, o enfermeiro, busca sentir a criança, como um ser que necessita ser cuidado em sua totalidade, condição que orienta o enfermeiro a cuidar de modo que proporcione um viver existencial em sua essência, também único, singular, autêntico preocupado e sensível com o outro e com o mundo.

Crossetti (1997) diz que o cuidado pode significar a vida e ordená-la, ajudando o outro a crescer. Na visão desta autora, ser é cuidar e existem várias formas de estar no mundo e com o outro, e essas são diferentes maneiras de

cuidado. O cuidado para esta autora é o meio no qual o ser humano estabelece sua relação com o mundo. Dom Quixote, participante do estudo, diz:

[...] então cada criança tu vai descobrindo como que ela funciona e por aonde que tu vai chegar nela para criar o vínculo. Têm alguns que têm um brinquedo na cama e tu começa a brincar e daí ela vai deixando tu chegar nela e fazer as coisas [...] mas sempre tentar a interação, porque primeiro tu chega e se aproxima e depois tentar fazer o procedimento, ela te conhecer um pouquinho primeiro, para depois tu tentar fazer o procedimento em seguida (Dom Quixote).

Depreende-se do acima dito, que há uma preocupação de quem cuida em conhecer o paciente pediátrico se manifesta no processo de cuidar, à medida que busca conhecer o ser que existe em sua essência, em contraposição à valorização da doença e do fazer técnico presente no mundo do cuidado.

À luz do olhar de Paterson e Zderad (1979) depreende-se que este é o momento em que o enfermeiro compara e sintetiza as realidades múltiplas e chega a um ponto de vista expandido. Nesta fase, a enfermeira não usa somente a experiência pessoal, mas também a base de conhecimento teórico e prático, visando a intervir também na situação clínica em perspectiva. Nessa interação entre o Ser enfermeiro e o Ser criança doente hospitalizada, alicerçada em experiências pessoais e no conhecimentos técnico-científico, é que se concretiza o cuidado humanizado e individualizado.

6.2.2 Vivenciando sua existencialidade

Ao vivenciar sua existencialidade, o enfermeiro empenha-se na compreensão do outro. Embora tenha características singulares, experimenta os mesmos

existenciais básicos: sentimentos de dor, sofrimento, culpa, solidão, angústia, responsabilidade, autenticidade e finitude, dentre outros, que são vivificados pelo *Ser enfermeiro e/ou Ser paciente*, diferindo apenas na intensidade com que ocorrem, devido ao momento de vida por que estão passando. Nesse contexto, percebe-se que os aspectos existenciais aplicam-se, de maneira especial, à enfermagem humanística, como revelam as falas a seguir:

Eu tenho que pensar sempre mais otimista, para que tu vai pensar na criança que está ali, é injusto, pelo teu julgamento, assim, que não deveria ter uma criança numa UTI, tu vai ficar triste. Porque a gente é ser humano também, tu não tem como separar emoções. Essa história de ficar lá fora a emoção, não existe, ser humano aqui é ser humano lá (Sininho).

Na visão da Teoria Humanística de enfermagem para compreender e apreender o sentido do cuidado humanizado compartilhado é preciso entendê-lo como a abertura, em que se revela o modo do ser, e/ou a expressividade dos sujeitos do cuidado em enfermagem, pressupostos visíveis e constatados no expressar dos discursos do enfermeiro, quando do encontro com a criança doente hospitalizada. Essa visão assim é expressa:

Ah, é uma coisa difícil. Tem dias que é fácil, sabe, tem dias que parece que teu interior está tão dolorido, quando tu vê uma criança sofrer de dor, quando tu vê que a medicação que tu está dando não pára a dor, a analgesia não está funcionando. Então te deixa angustiada, porque tu não sabe mais, chegou a um teto, tem crianças em que a dor é tão intensa que tu vai aumentando, aumentando a analgesia e aquela dor tem grau cada vez maior, cada vez maior e a gente fica naquela angústia (Branca de Neve).

A mucosite, também, quando a criança não consegue se alimentar, não consegue falar, com as lesões na cavidade oral, também é bem sofrível para gente. Sentir a angústia daquela criança, de não conseguir falar, comer, nem brincar, porque ela não vai ter estímulo, com a dor que sente na cavidade oral. Então, tudo isso te dá uma angústia, mas que tem que ser superada com o amor que a gente tem no trabalho útil, só assim que a gente vai conseguir se superar (Branca de Neve).

À interpretação destas manifestações visualiza-se o enfermeiro como um Ser único e singular que vivencia sua autenticidade na relação com a criança. Assim, é visto a partir de uma estrutura existencial de “*tornar-se mais*”, no encontro de cuidado, através de escolhas responsáveis e compartilhadas.

Na teoria da enfermagem humanística existe a busca do sentido da existência humana, visando ao resgate da responsabilidade pela construção de um cuidar/cuidado, em que a condição do ser humano seja o cerne desta ação. Paterson e Zderad (1979) enfatizam que o ser possui um “**potencial humano**” para o “*bem-estar*” e para o “*estar-melhor*”, em seu existir, através de escolhas responsáveis. Fiel à sua origem paradigmática, o existencialismo, as teoristas que adotam esses pressupostos aludem à condição de “*ser*” e “*estar-com*” no mundo do ser humano, ou seja à sua condição de ser de cuidado, em constante estado de preocupação, o que caracteriza o seu existir para e com o outro. Percebe-se, neste estudo, a presença do Ser enfermeiro com o Ser criança doente hospitalizada, como alguém que está a experienciar uma situação de crise, que amanhã poderá se repetir consigo, pois, existencialmente, o ser humano é imagem e semelhança do outro, no outro se vê com suas possibilidades de ser.

Esse aspecto da teoria de enfermagem humanística pode ser, ainda, apreendido a partir dos seguintes discursos:

Eu acho que o trabalho com a criança doente é muito estressante, mas é muito difícil para gente, assim, a gente está sempre relacionando com os filhos que estão em casa. Quando baixa uma criança que tem a mesma idade, quando tá na mesma faixa etária que nossos filhos é muito difícil para gente (Soneca).

Assim que eu entrei aqui, eu me deprimi muito, eu chorava nas nossas reuniões de grupo eu sempre chorava, aquilo me pesava muito. Eu trabalhava, aparentemente bem, a tarde inteira, entrava no carro e abria a goela e chorava para o meu marido. E eu fui trabalhando isso dentro de mim e vi que realmente eu estava vivendo um processo que é da família, que eu não poderia deixar aquilo chegar em mim, aquele pesar todo, aquela desesperança é da

família. E aí eu comecei devagarinho, agora faz dois anos que eu estou aqui e hoje eu já tenho uma visão diferente, muitas vezes a gente chora quando morre uma criança (Bob).

O subtema vivenciando sua existencialidade, manifesta-se no estudo caracterizado pela diferença do Ser enfermeiro em relação a si, quando está no ambiente de cuidado na pediatria. Essa visão assim é expressa:

[...] então uma enfermeira pediátrica, tem que ser uma enfermeira que goste do que está fazendo, porque, a partir dali, a tua criatividade surge, a tua espontaneidade surge. Tu consegues contornar as coisas difíceis também, que tem na própria profissão, como intercorrências, problemas de urgências que é, às vezes, a parte que tem que ser mais racional, tem que ficar um pouquinho teu emocional controlado para fazer as coisas que são rápidas (Sininho).

O discurso de Sininho faz referência às várias formas com que os enfermeiros expressam suas experiências em relação ao cuidado e ao adoecimento da criança que revelam a necessidade de conhecimento pessoal e profissional. É saber quem sou eu, enfermeira pediátrica. Trata-se de uma estrutura que vai além das dicotomias mente e corpo. É o “self” do enfermeiro que inclui um sistema de idéias, atitudes, valores, sentimentos e comprometimento. A interioridade do Ser enfermeiro se desvela, assim para os entrevistados:

[...] eu, como ser humano, também. Não tem como a gente dizer, eu deixo meus sentimentos lá fora, eu estou aqui para tratar, não posso me envolver com a criança, eu acho que a gente se envolve muito e tem que se envolver, eu acho que essa relação tem que ser a mais próxima possível, mais honesta possível. E eu acho que a gente tem que se entregar muito como pessoa, eu acho que o trabalho com a criança doente é muito estressante (Soneca).

[...] tu tem que saber manejar com os sentimentos próprios para trabalhar com a criança, porque senão a gente não vai conseguir. Tem que se conhecer muito. Tem que saber quem sou eu, o que eu quero, eu acho que se eu enfermeira, tenho que ser, eu como pessoa, eu enfermeira tenho que ter características especiais, assim, de solidariedade, de ver a criança como um ser especial. Se preocupar com isso, será que o que eu vou fazer agora, vai refletir na vida dele mais tarde (Emília).

O não-dito do enfermeiro nesse “*estar-com*” a criança remete ao pressuposto de que o ser humano é uma síntese do finito e do infinito. Essa síntese decorre da liberdade de escolha. Quanto mais forte for a vontade no homem, maior será a consciência de si. O desespero ocorre pela não aceitação da fugacidade do equilíbrio entre o desejo de se tornar concreto e o apelo de ser mais, espiritualmente. Tender para o infinito é viver do imaginário, neste caso, a sua vontade é a de um *eu* que nunca realiza seus projetos. Tender para o finito leva ao desespero dos que não ousam ser eles mesmos e que, por isso, perdem-se na banalidade do cotidiano. O desespero também está ligado ao equilíbrio entre o desejo e a necessidade. A perseguição dos desejos possíveis, sem que estejam submetidas ao critério de necessidade, leva a uma perda de rumo. Por outro lado, ao se considerar apenas as necessidades, sem nada esperar a mais, o próprio processo da existência, de ser inacabado e carente, tendendo a uma finalidade espiritual, é falseado. Veja-se o discurso de Alice:

[...] autoconhecer-se, isso sim é uma das coisas que eu acho mais difícil do profissional na área da saúde. É que para tu poder entender todas as nuances que uma paciente ou uma família, porque tu não pode desconsiderar esse núcleo, tem que compreender as reações humanas e para isso tu tem que te conhecer, é difícil tu parar para pensar no que falta para ti, antes de tu atender o outro. Então, como é que a gente pode esperar que uma pessoa que tenha tantas deficiências para si, consiga compreender o que falta ao outro? Isso eu acho difícil, e daí tu tem aquele profissional que não consegue enxergar, que não consegue ouvir, que não consegue interagir, que só faz, como antigamente, repetitivamente uma técnica sem pensar (Alice).

Sob o olhar de Paterson e Zderad (1979), essa condição de *Ser* enfermeiro expressa por Alice, fez referência à idéia de “**encontro genuíno**” de cuidado estruturado no sentido da existencialidade humana, visando o resgate, pela compreensão, da realidade humana do outro através do prisma dialógico, expresso

pelo vínculo entre a experiência vivida e o “*estar-com*” no mundo do cuidado. Neste contexto, essas duas formas de existir do *ser-no-mundo* alteram-se ao longo do tempo e da existência humana. Não se trata de dois tipos de homem e, sim, de duas posturas presentes em todos, na relação com o outro, com as coisas e com o mundo. Nessa visão, o cuidado de enfermagem é compartilhado, vivenciado e apreendido pelo ser humano no seu processo de “*vir-a-ser*” no mundo.

6.2.3 Cuidando em “com-unidade” com a família

Esse subtema tem como construto central a “com-unidade” no cuidado à criança, que se expressa na “comum-união” entre o enfermeiro, criança e a família no encontro de cuidado. O adoecimento e a hospitalização se configuram como um experiência marcada pela dor física, sofrimento, medo, angústia, insegurança para a criança, mas é sobre a família que recai a culpabilidade do adoecimento da criança, a responsabilidade de decidir seguir ou não um tratamento, e também é uma das principais vias de comunicação com a criança. Embora o cuidado seja compartilhado entre dois seres, o olhar humanístico expressa a simbiose desses seres, que chegam a responder como um só. Essa fusão se constata nas seguintes falas:

As mães têm muita confiança na enfermeira. Muitas vezes o médico chega e diz que vai tomar determinada conduta e antes delas concordarem ou não, elas nos consultam, pedem a nossa opinião. (Bob).

Às vezes, a mãe chega e diz: enfermeira hoje eu estou com um problema, deixei o outro filho em casa, estou angustiada porque ele está com a vizinha, será que a vizinha dá a comidinha a tempo, será que vai tomar banho. Então, a gente dá aquela força, assim, mãe tu

tem que pensar agora no momento na criança que está aqui, sempre conversa com eles, para dividir essas responsabilidades com outras pessoas da família. Pedir ajuda da vó, da tia, da madrinha, para eles se dividirem com o restante da família. Então, tu acaba conhecendo um pouquinho deles, é importante a gente saber como eles são, para gente poder atender melhor a criança (Branca de Neve).

O referencial da enfermagem humanística traz consigo o conceito de “com-
unidade”; ou seja, é um compartilhar intersubjetivo de significado entre os sujeitos do cuidado. Depreende-se que é através dessa “com-unidade” que o paciente pediátrico e sua família compartilham suas experiências e descobrem suas existências ao se relacionarem com os outros, no caso, o enfermeiro. É como se fossem duas ou mais pessoas existindo juntas ao mesmo tempo. O cuidado em “com-unidade”, às vezes, gera grande estresse porque exige da enfermeira compreensão do momento difícil, capacidade de perceber além do exposto, para que o relacionamento produza um cuidado conjunto, conforme se percebe nas falas a seguir:

Aí, às vezes, a gente acusa as mães, ai que mãe chata que mãe, que pai chato, porque exige tanto, a gente dá tanto e eles exigem mais ainda. Muitas vezes, a gente vai ver por trás, e tem outros problemas que se eles conseguissem conversar, desabafar (Branca de Neve).

O estar em “com-unidade” é o cuidado da criança doente com a sua família. A família apresenta, também, diferentes maneiras de “*estar-com*” nesse ambiente, o que estreita a relação, promove o diálogo vivido entre o Ser enfermeiro e o Ser criança doente. A presença da família assim se desvela neste estudo:

[...] seu modo de ser, de pensar, de agir, então a gente tem que observar ele, tem que avaliar, tem que conversar com ele, ter uma interação tem que ter uma aproximação com essa criança e, com a família também, porque às vezes eles têm medo da gente, então esse viés, às vezes, da família é que ela vai nos dar uma porta de entrada, porque a gente vê que às vezes a criança tem muito medo, ela vem com aquela mãe, com aquele pai, ou seja, no momento que a gente se apresenta, consegue conversar com a mãe, com a família com ele (Emília).

[...] eu acho que para mim cuidar também é proteger, é dar afeto, carinho, vínculo, tentar manter o vínculo da família e criar um vínculo com a gente, com os profissionais que estão aqui eu acho que o cuidador tem muito o papel de proteção, assim, de tentar proteger, assim, esta criança que tá aqui (Dom Quixote).

Os cuidadores descrevem as dificuldades para cuidar das famílias, voltadas para a dinâmica familiar muito dissociada do funcionamento particular, na maioria das vezes carregados de sentimentos conflituosos e de culpa por terem deixado a criança adoecer.

De outro lado, a permissividade dos pais para com os filhos se reproduz na relação da criança com o outro, o mundo do cuidar, que exige do Ser enfermeiro usar seu autoconhecimento e sensibilidade para cuidar e orientar a família e, conseqüentemente, melhor as varias maneiras de cuidar/cuidado. Esta condição assim é percebida pelos enfermeiros em seus discursos:

Crianças que, muitas vezes, não têm limites em função da doença e acham que podem fazer tudo, dá no pai, bate na mãe. Bate na gente quando vai fazer qualquer técnica, aí a gente vai observar por que isso? Porque a mãe deixa fazer tudo o que quer, não mostra limite para criança, então isso te dificulta o atendimento. Então, a gente tem que conversar com essa mãe para conseguir atingir a criança, é um exemplo (Branca de Neve).

[...] então isso envolve algumas características básicas do profissional, tem que ter um profissional que além da empatia que tem que causar na família, ele tem que ser um profissional afetivo, tem que ser um profissional que interaja com a família e com a criança, uma profissional aberta, não só à inovações, mas a ouvir aquilo que a família tem de crítica positiva ou negativa, tem que saber compreender as razões dessas críticas, dentro ou fora daquele momento de doença (Alice).

A criança doente e sua família formam uma “com-unidade” de cuidado, pelo referencial teórico de Paterson e Zderad (1979), configuram um elemento fundamental para o cuidado de enfermagem, pois nas relações do mundo do cuidar devem estar presentes o Ser que é cuidado em sua unicidade e singularidade. A união da subjetividade com a objetividade encontra-se em um cenário diferenciado

em que a relação dialógica se faz presente. Essa relação dialógica, segundo as teóricas citadas, perpassa pelo encontro vivido e experienciado na “com-idade” do cuidado com o *Ser* criança doente e sua família com o *Ser* enfermeiro.

No mundo do cuidado do *Ser* criança doente hospitalizada estão presentes as relações inter-humanas e intersubjetivas, apresentadas por Paterson e Zderad (1979) as quais dizem que, o ser se integra completamente com o outro e com o mundo, numa totalidade caracterizada pelo envolvimento e pela integração, desaparecendo as peculiaridades e as contradições individuais.

6.2.4 Aproximando-se da função materna

O *Ser* enfermeiro, ao vivenciar o cuidado ao paciente pediátrico, tende a apropriar-se da função materna, através do apego e do vínculo com essa criança. Ao compartilhar o cuidar/cuidado com a criança, o enfermeiro mostra-se sensível e afetivo, respondendo adequadamente aos chamamentos do *Ser* criança doente. No mundo do hospital, esse profissional lança toda sua existencialidade e experiência junto com sua amorosidade e percepção para apropriar-se da função materna, conforme se capta nas seguintes falas:

Então eu faço com amor, com carinho, como se fosse um filho meu que estivesse ali na cama, sempre me ponho no lugar daquela mãe e todo o trabalho que é feito com amor, eu acho que só pode dar bons frutos (Branca de Neve).

E a proteção, eu acho que é tu conseguir olhar para aquela criança como se ela fosse teu filho, embora eu não tenha filho, como se ela fosse teu irmão, como se ela fosse um familiar teu, como se ela fosse tu mesma, assim o quanto estaria em risco se alguém não cuidasse dela, assim, se alguém não protegesse ela. Então, é tu conseguir

olhar para aquela criança com esses olhos, a proteção no sentido do todo, proteger dos procedimentos, proteger para ele não se machucar ou proteger da própria família, que muitas vezes não tá sendo muito cuidadosa, deixar uma grade erguida, a criança vai cair, vai se machucar. Então, assim ó, de tu conseguir estar atenta com todas essas coisas. Eu acho que quem trabalha em pediatria acaba fazendo isso sempre e quem tem filho acaba cuidando disso sempre em todas as crianças (Dom Quixote).

Esses discursos desvelam o ser de cuidado que é o enfermeiro, ao mostrar-se dedicado e preocupado com a proteção da criança, como se fosse a própria mãe. Em especial, na fala de Dom Quixote, nota-se uma clara relação entre sua preocupação em ser protetora e a condição de não ter filhos. Parece que, para esse enfermeiro, o fato de a criança estar hospitalizada doente e o enfermeiro não ter filhos para proteger, lhe desperta essa necessidade extrema de proteção.

O apropriar-se do Ser criança como mãe, desvela-se nos discursos:

Então ele está aqui para ser tratado, mas tem um lado da gente sentimental de mãe que se penaliza com isso, mas aí eu penso que eu sou aqui, a enfermeira, lógico que eu explico, e não deixo também no lado maternal e, às vezes, eu até chamo 'meu filho', sem querer, assim, 'meu filho', daí eu vejo 'opa, é que eu também tenho filho', mas é difícil, às vezes, tu fazer um procedimento numa criança que te deixa sensibilizada, do que outra que te xinga, que te diz nome, assim, é diferente a forma como a gente vê, assim, e faz, o sentimento que a gente tem é outro (Emília).

Interagir com ela, eu acho que é importante, para ela sentir que a enfermeira não é só aquela que vem e espeta agulha, que a enfermeira é aquele ser que também é mãe [...] então, tem várias situações, assim, que tu tem que te colocar como enfermeira, como ser humano e te colocar no lugar da mãe (Branca De Neve).

Esses discursos demonstram como o enfermeiro interage afetivamente e com sensibilidade no cuidado do paciente pediátrico numa tentativa de proteger e, inconscientemente, talvez, consciente, apropria-se da função materna. Esses comportamentos são freqüentes entre os cuidadores do Ser criança, que, na maioria das vezes, estão presentes no cotidiano do mundo do hospital.

O Ser enfermeiro, ao expressar o seu saber e fazer enfermagem, compartilha o cuidado com a criança doente, que Paterson e Zderad (1979) chamam de preparação do enfermeiro para vir a conhecer, o que ocorre através da expressividade desse cuidador como: abraçando, moldando-a ao seu corpo, ajustar a postura da criança no berço, mudando-a de posição de forma carinhosa e ao mostrarem-se afetivos e comprometidos com as respostas de cuidado, através do toque, do brincar, ao estimular e repetir palavras devagar e carinhosamente, criando um ambiente de interesse e proteção para com a criança e, por vezes, repetindo comportamentos maternos.

6.2.5 “Estar-com” na intersubjetividade do cuidado

Descortina-se, no mundo do cuidar do Ser criança doente hospitalizada, o “*estar-com*” na intersubjetividade do cuidado, subtema que envolve o enfermeiro e a criança, no encontro genuíno de cuidado. No mundo do cuidado, ambos procuram encontrar significados no processo de cuidar, buscam a consciência do saber e fazer enfermagem pediátrica, através do conviver, interiorizar e ou modificar as maneiras de estar naquele mundo. Esse subtema é ilustrado nas seguintes falas:

[...] agora eu já nem lembro mais da técnica, pra mim, agora, não que ela não seja valorizada e ela não tenha os cuidados que tenham que ter, mas eu não consigo mais ver só ela, para mim eu tenho que ver esse outro lado, o lado da criança, daquela pessoa que está recebendo aquele procedimento, de como ela está se sentindo de como vai ser para ela, quais são os medos dela, as dúvidas que ela têm com relação a isso, de tentar responder e tentar ajudar ela a esclarecer suas dúvidas, então para mim isso é cuidar em pediatria (Dom Quixote).

É no momento em que eu estou com ele. Mas no momento em que tu tá com aquela criança, fazendo aquele cuidado, tu tá tendo uma relação com ela, não é o momento de tu tá com os outros, é com ela, a atenção é dela, a explicação, a tranquilização que tu vai tentar fazer é com ela, assim, que às vezes precisa de todo preparo para fazer o próprio procedimento em si, nela (Sininho).

De acordo com Paterson e Zderad (1979), a intersubjetividade envolve um diálogo humano, aberto e único, que se expressa em alto grau de intimidade, no qual o envolver-se é querer fazer pelo outro. É na intersubjetividade que o Ser enfermeiro compartilha com o Ser criança doente as suas experiências de cuidado. Assim, evidencia-se que o “*estar-com*” é um elemento do processo de cuidar. No entanto, cada ser humano apreende, de maneira singular, valores, crenças, hábitos, costumes e idéias, a partir das formas de relacionamento, através de expressões de sentimentos e ações, acumulados no desenrolar de sua vida. Por isso, o Ser enfermeiro orienta suas ações de cuidar/cuidado, não em função de uma realidade objetiva, mas tomando por base a percepção dos significados subjetivos e intersubjetivos atribuídos às experiências vividas no desenrolar de sua existencialidade.

No encontro intersubjetivo e inter-humano, o ser que cuida busca perceber a criança, como um ser que necessita de suporte emocional e afetivo para se reencontrar no mundo do hospital. Este encontro leva o enfermeiro a buscar um crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional que proporcione a ele e à criança doente, um viver existencial em sua totalidade e essência, conforme se verifica nas falas a seguir:

O cuidado de enfermagem, envolve principalmente uma relação entre a enfermeira e o paciente, sem descuidar que em pediatria sempre tu considera o paciente e a família. O resultado do teu cuidado, muito vai depender justamente desta relação estabelecida. E dentro dessa relação é preciso, assim, estabelecer uma série de vínculos com a família e com o paciente, envolve desde a empatia, simpatia, educação, respeito, uma série de cuidados, como é que eu

posso dizer, uma série de coisas que antecedem o cuidado técnico (Alice).

Tem algumas crianças que ainda não falam, tu tem que ter um vínculo muito bom para conseguir que a criança te diga o que ela está sentindo, ou assim, aquela criança que não verbaliza, tu tem que saber detectar qual, quais os sinais do que ela tá te dizendo, “ó, eu não estou bem”, nem sempre é através da fala, nem sempre é através de algum gesto, muitas vezes é através de sinais vitais, porque, por exemplo, a gente vê que está sentindo dor, que tá desconfortável, então eu acho que esta inter-relação com a criança, eu acho que exige mais do outro, nesta relação do enfermeiro com o paciente pediátrico (Soneca).

Os discursos acima, desvelam a importância da interação do enfermeiro com o ser cuidado, na qual existe um envolvimento amoroso pela *relação dialógica*. O compartilhar desta experiência no mundo do cuidado pressupõe escolhas “co-responsáveis”, na concepção de Paterson e Zderad (1979). Neste contexto, essa criança, num estado de solicitude, leva o *Ser* enfermeiro a uma resposta expressa pela maneira de “estar-com” no mundo do cuidado em pediatria.

6.2.6 Compromisso autêntico ao cuidar

Ao conceber a idéia de compromisso autêntico, pensa-se na presença autêntica, de Paterson e Zderad (1979), na qual o *Ser* enfermeiro deve estar presente de corpo e alma no processo de cuidar/cuidado. Nesse momento, ele tem que “*ser*” e “*estar-com*” o *Ser* criança doente hospitalizada, expressando-se com todo o seu saber e fazer enfermagem, através dos conhecimentos pessoal, ético e estético. O *Ser* enfermeiro, quando cuida, deve expressar-se e estar comprometido com o dever ético, moral e altruísta para cuidar, pois é sua responsabilidade o “*estar-bem*” e o “*bem-estar*” daquele que cuida. Essa interpretação se desvela na

seguinte fala:

Assim como tu não queres para os teus familiares, fica muito difícil, às vezes, tu fazer e tu aceitar isso para uma outra criança mesmo que tu saibas que aquilo ali para ela vai ser a cura ou que vai fazer ela melhorar naquele momento, ou diminuir a sua dor. Então, o lado humano e o profissional, muitas vezes, eles entram em atrito e, muitas vezes, eles seguem juntinhos, assim (Cleo).

Nesse relato, Cleo compreende e se sensibiliza com o sofrimento da criança e com o seu próprio, falando, no final de seu discurso, sobre a importância do conhecimento técnico-científico e conhecimento expressivo em relação ao outro. O compromisso autêntico está relacionado a uma das etapas da metodologia do processo de cuidar de Paterson e Zderad, ou seja, o saber e fazer enfermagem de maneira humanizada, em que o cuidado profissional e o expressivo caminham juntos. Além disso, enaltece a responsabilidade que o Ser enfermeiro tem no cuidado ao Ser criança doente hospitalizada.

Para essas teóricas, o compromisso autêntico do enfermeiro significa cuidar com “plena consciência”, ou seja, através do encontro genuíno de cuidado, em que o cuidador se apresenta de forma inteira, trazendo toda a sua experiência pessoal e profissional, o que se exemplifica no discurso abaixo:

Eu entendo o que elas estão passando, eu fui punccionar uma criança e ela disse assim: “mãe, eu te amo, mãe, não me deixa sozinha, mãe”, e vi que essa criança, seguidamente, ela faz isso, se tu vai coletar sangue, se tu vai fazer qualquer procedimento, a mãe dele nunca está com ele ali, e sempre ele diz “mãe, não se afasta, fica sempre comigo, o mãe eu te amo”, sabe, eu já percebi (Emília).

Na fala de Emília revela-se uma das etapas da Enfermagem Fenomenológica de Paterson e Zderad, em que o Ser enfermeiro conhece o outro de forma intuitiva. Emília, ao refletir e discutir a situação existencial, amplia seus conhecimentos em relação à experiência vivida, comprometendo-se com o cuidar/cuidado dessa

criança, através do diálogo vivido. Esse sentir pode ser constatado nos seguintes discursos:

Cuidar de uma criança hospitalizada, num primeiro momento, é tirar a criança daquele momento de aflição que ela tá passando, tentar fazer da minha assistência que ela consiga recuperar, aquela saúde que ela tinha antes, ou seja, mesmo que a gente saiba que vai ter um procedimento doloroso, mesmo que tu saibas que a criança não vai aceitar. Então, a preocupação, assim, mesmo que seja alguma coisa que vá doer, eu preciso fazer, é difícil mas eu tenho que fazer, deixar alguém próximo dela, ou a mãe ou o pai ou alguém conhecido, para ela não se sentir tão invadida, tão maltratada naquela situação (Cleo).

O que conta é a tua agilidade, a tua rapidez e o teu raciocínio e que vai fazer, mais nas questões de intercorrências, paradas respiratórias, entubação, extubação. Então, nesse momento tu tem que pegar e dar valor à complexidade do procedimento que tu tá fazendo, então eu acho que nesse momento realmente tu te tornas mais racional e esta vendo que tudo está acontecendo, meio que afinal de contas são momentos de risco de vida, de que a tua ação com ele vai depender, muitas vezes, de ele sobreviver ou não (Sininho).

Depreende-se, do expressar dos enfermeiros, outra etapa da metodologia do processo de cuidar: **“ciência da enfermagem – Nursology”**, de Paterson e Zderad (1979). O enfermeiro observa e “coloca em suspensão” o fenômeno vivenciado sob vários aspectos. Nesse método, ocorre um chamamento, seguido pela intuição, pela investigação e depois pela análise, o que caracteriza a fundamentação teórico-prática do processo de cuidar/cuidado na teoria de enfermagem humanística, que tem por base a enfermagem fenomenológica, na relação dialógica entre quem cuida e quem é cuidado. Assim, existe uma tomada de consciência das potencialidades do ser, em que nenhum dos sujeitos do cuidado se transforma no outro, mas se constitui no **“NÓS”**. Essa relação dialógica é caracterizada como o encontro genuíno, ativo e produtivo, entre os aspectos do ser e do **“tornar-se melhor”**.

Eu acho que é importante para a criança e ela merece que tenha um profissional especializado, que saiba estar com a criança, que goste de estar com ela, que trabalhe com ela e a veja como um ser

especial, essa é a importância da especialização, tu tem que trabalhar com a criança, estudando muito para trabalhar, se preparando para isso (Soneca).

Quando tu vai atender uma criança tu está sempre pensando. Eu acho que ela está aqui porque tá entregue aos nossos cuidados. É uma consciência, confiança da mãe esta deixando para nós, da família, e dela mesma, a gente esta responsável por ela, pelo andamento do tratamento dela (Sininho).

Nas falas acima, percebe-se que o encontro genuíno que ocorre mediante a relação dialógica entre o enfermeiro com o paciente pediátrico se caracteriza também pela reciprocidade e intersubjetividade. Assim, as ações de saber e fazer enfermagem junto ao *Ser* criança doente hospitalizada estão constantemente num processo de compartilhar e “tornar-se melhor”, pois o ser humano nunca está acabado e perfeito.

No momento em que Soneca e Sininho salientam a importância de saber ver, tocar, ouvir e apreciar as diferenças, desvelam-se as várias maneiras de ser e “estar-com” no mundo do cuidado com o *Ser* criança doente hospitalizada, o que só é possível acontecer no encontro genuíno com o outro, de forma genuína e amorosa.

6.3 “NÓS” – *SER* ENFERMEIRO E O *SER* CRIANÇA

O ser humano existe não apenas pela presença de seu corpo ou pelo espaço que ocupa no universo, também pela sua forma de ser e estar com outro. Este ser humano tem uma relação dialógica de presença, ou seja, ele existe na presença do outro. Mas a pessoa, por mais que seja única e singular, não o é sozinha, isolada ou independente dos outros, pois a convivência e a intersubjetividade e/ou inter-

relacionamento estão sempre presentes no encontro com o outro. Assim, a presença ativa se faz na relação dialógica entre o Ser enfermeiro com o paciente pediátrico, através da reciprocidade, em que há uma disposição interna tanto da criança quanto do enfermeiro para cuidar/cuidado. Essa presença garante a diferença entre o EU – Ser enfermeiro, e o TU – Ser criança doente hospitalizada, o que propicia o surgimento do **“NÓS”**.

As manifestações a seguir possibilitam perceber a preocupação do Ser enfermeiro:

Ah, desde brincando, olhando, pegando na mão, fazendo um carinho. Vendo o choro, o choro pode ser de dor ou pode ser de precisando de um carinho, de um aconchego, tem tantas maneiras de se relacionar com ele [...], mas muitas vezes tu consegue se relacionar com olhares, com gestos, com aconchegos (Sininho).

Então, isso é um jeito, cada criança tu vai descobrindo como é que ela funciona e por onde que tu vai chegar nela para criar o vínculo [...] primeiro tu chega e se aproxima e depois tenta fazer o procedimento, ela te conhecer um pouquinho primeiro, para depois tu tentar fazer o procedimento (Dom Quixote).

Paterson e Zderad (1979) dizem que a **“presença ativa”** é o elemento fundamental do cuidado, pois o cuidador não deve ser apenas amigável, disponível e atencioso, mas estar aberto para, efetivamente, contribuir com o seu próprio ser para o outro através do encontro de cuidado. A *presença ativa* é o caminho pelo qual o enfermeiro deverá percorrer o mundo do cuidado ao Ser criança doente hospitalizada. Para tanto, deve estar preparado para este encontro, em que, muitas vezes, não existe a reciprocidade da criança, como refere a fala de *Sininho*:

A gente parece boba, mas a gente fica esperando alguma coisa dela, assim, se ela fizer algum sinal, alguma coisa que nem tem outra criança ali que não tem vida de relação, mas às vezes parece que ela dá um sorriso, assim, parece que não, mas não foi para mim esse sorriso, então tu fica tentando buscar alguma coisa de relação, porque é meio estranho, assim, tu lidar com um corpo só. Como que

se ela não estivesse, que não percebesse as coisas que tu tá tentando fazer para ela, aí a gente se sente meio estranha, porque é muito melhor quando tu tens um retorno (Sininho).

Acho que em primeiro lugar, gostar da profissão, ter carinho pelas crianças, ter amor, o amor que eu digo é aquele amor, se colocar como amiga, trazer uma palavra de apoio, um sorriso, conversar com aquela criança que, muitas vezes, está angustiada, dar tempo durante a tua jornada de trabalho para conversar com aquela mãe que, muitas vezes, num desabafo dela, vai ajudar ela a tratar melhor de seu filho (Branca De Neve).

Paterson e Zderad (1979) aludem à presença ativa, na qual o Ser enfermeiro coloca-se por inteiro para cuidar; nesta condição vai “estar-com” o Ser criança doente de modo aberto e autêntico, experienciando as várias maneiras de cuidar/cuidado o paciente pediátrico. Isso faz com que o enfermeiro tenha uma profunda percepção, compreensão e apreensão desse ser tão fragilizado, que é o Ser criança doente hospitalizada.

Os temas e subtemas emergidos, neste estudo, podem ser assim representados:

7 APROPRIANDO-SE DOS ELEMENTOS TEÓRICOS DO ENCONTRO DE CUIDADO

Ao colher os elementos teóricos da enfermagem, observei que estes adquiriram diferentes formatos, pois eles nascem das experiências pessoais e profissionais de cada *Ser* enfermeiro, caracterizando-se pela presença ativa e genuína junto ao ser cuidado. Tal constatação pode ser encontrada nas formas pelas quais os enfermeiros desejam alcançar a compreensão e apreensão dos significados que emergem do “*encontro de cuidado*” através das palavras, dos olhares, dos gestos, do toque e das expressões corporais no diálogo vivido com a criança doente.

Neste contexto, as teorias ou referenciais de enfermagem destacam-se como instrumento para orientar na prática e compreender as ações de enfermagem na consolidação dos elementos teóricos da enfermagem; ou seja os conceitos de ***ser humano, saúde—doença, sociedade—meio ambiente e enfermagem***, pois esses unem-se num único propósito de desvelar maneiras de cuidar/cuidado, sempre na tentativa de integrar as diferentes vivências e situações do ser no mundo da enfermagem. Sabe-se que os pressupostos básicos das teorias de enfermagem têm origem em princípios, crenças e valores do profissional que, uma vez definidos, vêm construir um marco de referência de cuidado para esse enfermeiro.

Vale ressaltar ainda, que as teorias de enfermagem acabam surgindo pela formulação de pressupostos básicos, das quais derivam os conceitos e proposições que constituem os *componentes estruturais*. E dessa inter-relação derivam o foco,

sujeito da ação, área de atuação e metodologia, formando, assim, os *componentes funcionais*. Esta visão torna-se relevante, pois a construção do corpo de conhecimento de uma profissão se estrutura com base na teoria e na prática, num movimento dinâmico de ir e vir, orientando o “*saber*” e o “*fazer-com*” do enfermeiro, e assim fundamentando as várias maneiras de cuidar/cuidado ao ser humano.

Entende-se que, as Teorias de Enfermagem com seus construtos conduzem aos conceitos de ***ser humano, saúde–doença, sociedade–meio ambiente e enfermagem***, elementos teóricos, que estão presentes em todas as tentativas de “re-pensar” as dimensões da enfermagem.

Frente ao exposto, busca-se aqui a apropriação da metáfora dos discursos do enfermeiro, mediante o diálogo vivido com o *Ser criança doente hospitalizada*, no qual se *desvelam os elementos teóricos presentes no encontro de cuidado, à luz do referencial teórico de Paterson e Zderad (1979)*, os quais são expressos pelos seguintes conceitos:

SER HUMANO

Do ser humano, elemento conceitual, emergem ***Ser enfermeiro, Ser criança doente hospitalizada e sua família*** com um desequilíbrio no processo saúde e doença, tendo o seu “bem-estar” afetado.

Ao longo do estudo ***Ser enfermeiro*** mostrou-se como um ser único, singular e com intuição, cujo principal movimento consiste em “*voltar-se-para-outro*” usando não só o corpo, mas também a sua alma, na tentativa de compreender e apreender

o *Ser* criança, através de escolhas responsáveis. Ao cuidar a criança doente, o enfermeiro expressa toda a sua amorosidade, reciprocidade e seu compromisso autêntico, tendo sempre presente uma abordagem profissional centrada na intersubjetividade humana, vivida e compartilhada.

No encontro de cuidado com paciente pediátrico, o enfermeiro vivencia uma experiência que é única, não somente do ponto de vista da condição desafiante para ele, mas também para a criança em si, pois deve haver uma intersubjetividade entre quem cuida e quem é cuidado, compartilhando este encontro num momento existencial, buscando o que essa experiência é para cada um e seu significado.

Vejo no dito dos enfermeiros que cuidar de crianças doentes é sobretudo estar permanentemente em contato com as emoções da criança e sua família. Também existe por parte do enfermeiro uma intencionalidade na busca do autoconhecimento.

Em virtude disso, ser enfermeiro cuidador de criança doente hospitalizada exige emoção e profissionalismo, pois “*estar-com*” essa “disponibilidade” afetiva e intelectual permanentemente, não é tarefa fácil.

Nas falas dos enfermeiros a **criança doente hospitalizada** revela-se como um ser humano autêntico, aberto para o mundo, com infinitas possibilidades de “vir-a-ser”, inserida num contexto familiar, social e cultural. Ela necessita ser ouvida, tocada, acariciada e respeitada na sua intimidade, pois tem uma atividade corporal, intelectual, sensitiva e afetiva que exige uma *relação dialogica* direta com adultos e com o mundo.

A criança tem particularidades próprias, únicas; por isso, para permanecer evoluindo precisa conhecer o significado de sua experiência de vida com a finalidade de atingir o maior grau possível de “*bem-estar*” e “*ser-mais*”. Embora esteja em

processo de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento, a criança continua tendo sua identidade, singularidade e espontaneidade no mundo, pois ela demonstra claramente sua percepção sensível sobre o mundo que a cerca.

As crianças tendem a compartilhar experiências no adoecer e no cuidar, pois elas valorizam e reconhecem no “*estar-com*” do enfermeiro a intenção de compartilhar as ações de cuidar/cuidado. Vários enfermeiros referem que os pacientes pediátricos demonstram sua participação no próprio cuidado, expressando suas opiniões, fazendo sugestões e principalmente quando não gostam do cuidado.

A **família da criança doente hospitalizada** é compreendida pelos enfermeiros como um prolongamento da criança, pois ela contribui para minimizar os efeitos da hospitalização e auxilia no vínculo da criança com a enfermeira. Para os enfermeiros, o adoecimento e a hospitalização de uma criança desencadeia uma seqüência de fatos estressantes dentro da organização familiar.

Nessa perspectiva, a família da criança doente mostra-se, por vezes, dissociada e culpada pelo adoecimento da criança, mas mantém toda a relação familiar e muito preocupada com os cuidados da criança. Isso faz com que os enfermeiros tenham uma relação de amorosidade e intersubjetividade com a família para em “com-unidade” compartilharem a experiência do adoecimento e hospitalização.

Considerando todos os elementos acima citados, deduz-se que a relação do enfermeiro e da família é muito próxima. No entanto, os cuidadores que nela atuam, não irão substituir o papel que a família tem e que só ela pode cumprir. Acredito que a família da criança doente é vista como “co-participante” dos cuidados, sempre tendo presente que é ela que compartilha com o enfermeiro o processo de cuidar/cuidado da criança.

Os enfermeiros procuram reforçar a presença da família e esta procura ficar presente em tempo integral, pois faz questão de executar os cuidados de enfermagem e fica muito alerta em relação às queixas de dor e sinais e sintomas de alteração na criança. Existe a preocupação por parte dos enfermeiros em relação ao desenvolvimento das potencialidades humanas de cada elemento da família, pois ela é o universo fornecedor de condições para que o processo de construção do ser ocorra de forma harmoniosa e equilibrada.

SAÚDE - DOENÇA

Na visão do enfermeiro, a **doença** não deveria fazer parte da vida da criança, mas ela está presente no viver de todo o ser humano trazendo medo, sofrimento e o enfrentamento com a possibilidade da morte; muitas vezes, a hospitalização é inevitável.

Os enfermeiros crêem que o sucesso do enfrentamento da criança com a doença depende de alguns fatores como: gravidade e cronicidade da doença, experiências anteriores de internações, nível anterior de maturidade pessoal, recursos da criança e da família para lidar com os conflitos, pessoas com vínculos dando apoio, e crenças da criança e da família relativas a doença e às oportunidades afetivas de recuperação. Mas acima de todos esses aspectos, esta a “*relação dialógica*” de cuidado, entre quem cuida e quem é cuidado.

O adoecimento da criança é percebido pelos enfermeiros como um processo em que ocorre um desequilíbrio e/ou desorganização física e/ou mental, em um

período/momento na vida da criança, pois a doença é facticidade no viver do ser humano. O paciente pediátrico vivencia a condição de estar doente, mas permanece desabrochando para a vida; embora vivencie a hospitalização como uma experiência que coloca em risco a sua própria vida, a criança tem expectativas e projetos para o seu futuro, ou seja, ela permanece desabrochando em sua existencialidade.

A criança, que até então vivenciou o mundo familiar da creche e da escola, com poucas experiências dolorosas, defronta-se com uma realidade difícil de enfrentar, que é o seu próprio sofrimento e de outras crianças que passam a compartilhar o mesmo espaço de cuidado. Os enfermeiros acreditam que a criança tem um potencial humano para “**estar bem**”, mas também para “**estar melhor**”.

Para eles, o paciente pediátrico atribuí ao adoecimento e à hospitalização inúmeros significados, de acordo com sua idade, personalidade, posição no meio familiar, suas experiências passadas e presentes. Neste sentido, os enfermeiros acreditam que o adoecimento e a hospitalização impõem à criança um confronto com sua imagem corporal alterada, tratamentos dolorosos e invasivos, eventual separação dos pais, irmãos e familiares, quebra de sua rotina de vida e afastamento de seus amigos e da creche e/ou escola.

O processo de adoecimento e hospitalização é compartilhado entre o paciente pediátrico e o enfermeiro, em que ambos ficam impregnados em um diálogo vivido autêntico. Este processo mostra-se tão expressivo em riqueza de significados que, para serem compreendidos, ambos criança e enfermeiros envolvem-se num clima de reciprocidade e amorosidade.

MEIO AMBIENTE

Para os enfermeiros, o elemento meio ambiente significa – **mundo hospital e mundo do cuidado**, fazendo ambos parte de um todo. Também acreditam que este cause na criança estranheza, terror e medo.

Existe uma grande preocupação por parte do enfermeiro que o **mundo do hospital** tenha nuances do mundo familiar, e pede que a família traga objetos pessoais da criança para que o vínculo com a família não se rompa totalmente. Mas também deixa explícito que a internação pediátrica não é a casa das crianças, nem tampouco a creche e/ou escola, o mesmo uma reprodução em miniatura do ambiente familiar.

Para os enfermeiros é importante que a internação pediátrica não seja vista como a casa das crianças, pois é um lugar onde se operacionalizam relações de cuidado técnicos - muitas vezes, impondo ações e maneiras de cuidar/cuidado aos pacientes descaracterizando as suas experiências prévias sobre o próprio cuidado familiar.

Os enfermeiros entendem que o **mundo do cuidado** é composto pela percepção que a criança tem sobre sua participação no seu próprio cuidado e a valorização dos cuidadores em relação ao seu “bem estar” e ou “estar melhor” .

Os brinquedos, as brincadeiras e os jogos são elos principais no mundo do cuidado à criança doente, pois é através desses elementos lúdicos que a criança e o enfermeiro compartilham experiências. O brincar apresenta-se como um dos principais elementos de cuidado ao *Ser* criança doente hospitalizada, pois para os

enfermeiro, ele é o instrumento de cuidado.

Frente a isso, pensam que o mundo do hospital e do cuidado traz para a criança e para o enfermeiro a possibilidade de experienciar e vivenciar situações singulares na infância.

ENFERMAGEM

Do elemento teórico, enfermagem — “diálogo vivido” — emerge **cuidado em pediatria**, no qual os enfermeiros salientam a importância de a criança ser cuidada por profissionais treinados, qualificados, e que respeitem as peculiaridades da criança. Destaca-se ainda, o modo de cuidar a criança e esse se faz a partir da maneira de ser do cuidador, de um querer viver, sentir, tocar e ouvir.

Considerando todos esses elementos, **o cuidado ao paciente pediátrico** deve ser compreendido e apreendido como um espaço, lugar e tempo, no qual a criança deve ser respeitada como um ser humano. O cuidado ao paciente pediátrico vai além da competência técnica, é mais que um relacionamento unidirecional enfermeiro-criança, pois o cuidado à criança mostra-se como a busca de uma relação dialógica através do “*encontro genuíno de cuidado*”. Nesse encontro, existe, por parte do Ser enfermeiro, um envolvimento existencial, no qual ele está aberto e presente de corpo e alma para aquela criança.

O vínculo em pediatria também é um elemento de cuidado, pois nessa prática do cuidar/cuidado o enfermeiro experiencia o conhecimento de enfermagem, passa pelo conhecimento intencional de si mesmo, mas também e principalmente, atinge o

conhecimento do outro. No encontro de cuidado, o movimento básico da relação dialógica consiste em “*voltar-se-para-outro*”, usando não só o corpo, mas também a alma, apreendendo assim a totalidade do outro.

O encontro genuíno de cuidado, expresso pelo ***compromisso autêntico*** de enfermagem, se configura em um momento em que o enfermeiro e a criança reúnem-se, na expectativa implícita de que o enfermeiro prestará ajuda profissional e pessoal. Ou seja, nas palavras de Paterson e Zderad (1978), o encontro genuíno de cuidado é reciprocidade e compromisso.

Esses elementos teóricos presentes no encontro de cuidado humanizado expressam-se no conjugar o tempo, o espaço da criança e ouvir de forma genuína e autêntica a linguagem verbal e não verbal da criança doente hospitalizada.

Ao vivenciar a enfermagem pediátrica, o *Ser* enfermeiro deixa emergir suas crenças e valores, pressupostos básicos, os quais estão presentes no encontro de cuidado. Esses são a base para que desenvolva seu pensamento e suas ações de cuidar/cuidado. Nesse momento de existir com o outro mostram-se e são aplicados os pressupostos, conceitos e princípios apreendidos pelo enfermeiro em sua existência como um ser humano que “co-habita” com outros no mundo do cuidado de enfermagem, enquanto ser-no-mundo.

Essas proposições emergiram do referencial teóricos de Paterson e Zderad (1979), constituindo-se num processo teórico-prático e reflexivo que se estrutura a partir dos conceitos que se inter-relacionam de tal forma que, aplicando-se um deles, os demais estarão implícitos, e assim assumirão concretude no encontro de cuidado.

Essas proposições são inter-relacionadas por conceitos que orientam uma construção mental e direcionam as ações de enfermagem no cuidar/cuidado, dando subsídios para a resolução de determinado problema de saúde, e sustentando a

tomada de decisão do enfermeiro.

Neste estudo, desvelaram-se as seguintes proposições:

- O *Ser* criança é único, tem vontades, tem maneiras de pensar e de se expressar;
- O *Ser* criança doente hospitalizada participa do cuidado e compartilha-o;
- A relação dialógica, no encontro de cuidado, desvela a expressividade do *Ser* criança doente hospitalizada;
- No diálogo vivido emerge a essência do *Ser* criança doente e do *Ser* enfermeiro;
- No encontro genuíno, o enfermeiro busca sentir a criança na sua totalidade;
- Na relação dialógica o acesso respeitoso e verdadeiro do enfermeiro gera confiança na criança doente hospitalizada;
- O brincar se apresenta como elemento fundamental de cuidado ao *Ser* criança;
- O toque carinhoso e amoroso do *Ser* enfermeiro abre caminhos para a relação dialógica no encontro de cuidado com o *Ser* criança doente hospitalizada;
- O autoconhecimento do *Ser* enfermeiro o faz criar mecanismos internos para relacionar-se com os outros e perceber suas necessidades, mesmo as mais sutis;
- Criatividade e afeto do *Ser* enfermeiro produzem efeitos positivos durante os procedimentos de cuidar/cuidado ao paciente pediátrico;
- O respeito aos vínculos familiares conduz à interação entre o *Ser*

enfermeiro, *Ser* criança doente e família;

- Descobrir caminhos para desvendar os sentimentos do “*Outro*” são de suma importância para que o *Ser* enfermeiro construa um diálogo vivido com o paciente pediátrico;
- O *Ser* criança merece um cuidado especializado e integral;
- O cuidado ao *Ser* criança visa a integrar corpo, mente e emoção.

8 REFLETINDO E AMPLIANDO O OLHAR SOBRE O PROCESSO VIVIDO

Neste momento, retomo o processo vivido, apreendendo algumas considerações finais, incompletas como a minha própria estória; não tenho a pretensão de concluir a discussão acerca dos elementos teóricos que orientam os enfermeiros no encontro de cuidado. Até porque, durante a construção deste estudo, por várias vezes tive que reorganizar o meu caminhar. Um caminhar voltado para o compromisso autêntico com o paciente pediátrico, crendo que, ao desvelar os elementos teóricos que orientam os enfermeiros pediátricos no encontro de cuidado, a partir do referencial teórico de Paterson e Zderad (1979), estou contribuindo para o cuidado humanizado ao *Ser criança doente hospitalizada*.

Todo o ser humano merece ser muito bem cuidado e respeitado em seu momento de adoecimento e necessita de amorosidade, compaixão e empatia com sua dor e sofrimento.

Também julgo importante reconhecer a necessidade que o cuidador de criança doente hospitalizada – enfermeiro – tem em compartilhar seus sentimentos com a criança, onde um acompanha e facilita a ação do outro, seja olhando, ouvindo, sorrindo, tocando. Pois aqui fica subentendida a necessidade de ser cuidado para que assim se possa cuidar do outro. A reciprocidade aparece, porque eu posso dar, mas também preciso receber. É como se uma dinâmica de dar-receber-dar conduzisse o mundo do cuidado. Destaca-se ainda, a noção de interdependência entre ser cuidado e ser cuidador, pois a ação e a relação estabelecida fomentam a necessidade de perceber a co-existência, e de dar-se conta que cada e ocupa um desempenha um papel essencial.

Paterson e Zderad (1979) salientam que assumir-se enquanto cuidador é exercitar o quanto eu poderia ajudar ao outro e o quanto estou ajudando a mim mesmo. Creio que para o enfermeiro alcançar a humanização do cuidado à criança doente, ele deverá buscar no seu potencial humano e na compreensão do significado de suas experiências de vidas, as respostas para tal .

Penso que se quisermos entender a reação da criança frente ao adoecimento e a hospitalização é necessário que o seu cuidador tenha clara a importância de um cuidado centrado na auto-estima da criança, qual o significado de sua presença, o lugar que ela ocupa e desempenha no meio familiar.

Reconheço a importância do **Potencial Humano** de cada enfermeiro, e sua **autenticidade**, pois são poucos os que conseguem compreender e apreender a dimensão do cuidado humanizado em pediatria. Acredito que ao cuidar o outro, devemos cuidar também de nós mesmos, na medida em que outro é uma extensão do nosso próprio ser. Reconheço a importância da tomada de consciência sobre o meu próprio ser e ao mesmo tempo as minhas próprias limitações, dos meus sentimentos de confiança, vulnerabilidade e intimidade.

Um outro ponto a ser descortinado é a idéia de **“bem-estar” e “estar melhor”** suscitada por Paterson e Zderad (1976), onde se propõe a busca permanente do **“cuidado humanizado”** a partir da consciência de que a cura muitas vez não existe, e o que existe é um compromisso de honestidade, empatia e de compaixão entre quem cuida e quem é cuidado, em especial nesse estudo, a criança. A partir dessa percepção, podemos pensar que **“bem-estar” e “estar melhor”** têm diferentes formas e maneiras — o que é essencial é que o enfermeiro pediátrico seja capaz de perceber e sentir a necessidade de cuidado que a criança

intui no olhar, no tocar, no falar e oportunizar que o paciente pediátrico e sua família possam viver e conviver o melhor possível com a situação de saúde-doença.

Durante algum tempo, pensei que sabia o que era melhor para as crianças, mas elas se encarregaram de mostrar-me que o que eu sabia era o melhor para a tratamento de suas doenças, não o que era melhor para sua integridade como ser humano.

Paterson e Zderad (1978) dizem que a **“intersubjetividade”** é envolver-se de corpo e alma na relação de cuidado. Sempre achei que o enfermeiro pediátrico deve ter uma sintonia sensível e amorosa com o mundo interno da criança, sendo empático com todo o seu sofrimento, medo e dor. E também ser capaz de **“fazer-com”** todo o seu **“saber”** e **“fazer-com”** de enfermagem um cuidado humanizado e profissional que atenda a suas necessidades físicas, cognitivas, espirituais e emocionais.

Vejo no **“Compromisso Autêntico”** o estar presente e querer fazer pelo outro o re-descobrimiento do lugar do enfermeiro enquanto cuidador de criança doente, através da reciprocidade, do toque, dos sentimentos em suas múltiplas formas de ser e fazer, no modo de cuidar, no beijar, na trocar fraldas, no colo, no carinho, no fazer o curativo e tantas outras coisas. Acredito que o enfermeiro deva fazer mais do que ações de proteção e de assistir, pois a criança merece ser bem cuidada no seu processo de adoecimento. E assim o pequeno **Ser** em tamanho sentirá e viverá a alegria de **“estar-no-mundo”**, sendo cuidado por um **Ser** especialista no cuidado pediátrico.

Compreendo que a **Presença Autêntica** está no simples desejo de querer **“estar-com”** o outro, manifesto através responsabilidade ética. Viver a autenticidade do cuidado humano pediátrico, experimentar o genuíno, o certo, o autêntico da

prática do cuidado, participar de uma experiência total, completa, inteira. Esta é uma proposta que transcende uma subjetividade específica do enfermeiro, é um exercício do próprio ser sobre sua existencialidade.

Creio que o ser humano que vive esta experiência do cuidado humanizado com a criança deve ter uma forma, um jeito, uma maneira de “*ser-no-mundo*”. Pois, não basta apenas querer viver a prática do cuidado genuíno e autêntico; é necessário ter **reciprocidade, estar aberto, perceptivo, intuitivo e interligado** com a criança, e deixar emergir através da sua alma, do seu corpo e do seu espírito todo o seu “saber” e “fazer-com” enfermagem, tornando-se “**Presença no mundo**” no cuidado humanizado à criança doente hospitalizada.

Percebo no meu cotidiano que essa presença no mundo ocorre na **relação dialógica**, primordialmente através do “**diálogo vivido**”, no qual existe uma experiência intersubjetiva de compartilhar. Da mesma forma que há um encontro de cuidado afetivo que remete o enfermeiro a um “*estar-junto-aí*” numa valorização da reciprocidade, da presença e da responsabilidade com o outro. Assim, a relação dialógica é capaz de originar um sentimento de amor, de amizade, de altruísmo, de companheirismo e de reconhecimento do outro como a expressão de si, pois ela tem como fundamental a empatia e a compreensão do outro.

Entendo que o “**Encontro de Cuidado**”, nesta dissertação, descreve um movimento que visa à completude, à “inter-ação”, ao compartilhar e perceber a experiência vivida entre o *Ser* enfermeiro e o *Ser* criança doente hospitalizada. Envolve o “*estar-presente*” pensando e agindo, refletindo e respondendo; ou seja, demonstrando como a vida se manifesta e se sente e que sentir é a maneira mais sábia de compreender e apreender a viver e “*estar-com*” o outro.

A enfermagem é o “**diálogo vivido**”, onde o cuidado ao *Ser* criança doente hospitalizada desenvolve-se em torno desse “*diálogo*”, ou seja, compartilhando as dores, sofrimentos, receios, pavores, pânicos de aceitação de suas situações existenciais, levam enfermeiro e criança a uma aceitação mais plena da sua existencialidade. Superando esses momentos, o *Ser* enfermeiro e o *Ser* criança doente hospitalizada vivem momentos de estreita empatia e troca, o que se constitui, no espaço e no tempo fenomenológico-existencial, a “**relação dialógica**” de cuidado. Isso dá concretude à existência em seus devires, alegrias, sofrimentos, finitude e retornos da vontade de viver.

As crianças do mundo do cuidado disseram-me que o que há de melhor na vida é brincar. Lembro, com clareza, a fala de uma dessas crianças ao dizer que “*Ah tia! A brincadeira não acabou, tia, ela nunca termina, a gente sempre inventa mais*”, e é com esse espírito que me permito trilhar um outro caminho: um caminho comprometido e compartilhado junto aos que sabem e fazem acontecer o cuidado humanizado com o *Ser* criança doente hospitalizada.

Portanto, deste estudo surgiram algumas implicações e sugestões na área do ensino, na área da pesquisa e na área da assistência:

- ★ Implementar e divulgar o referencial humanístico de Paterson e Zderad junto à comunidade acadêmica e de enfermagem, futuros cuidadores.
- ★ Incentivar hábitos críticos e métodos de investigação, pautados na metodologia humanística da Teoria de Paterson e Zderad.
- ★ Divulgar esta pesquisa na comunidade de enfermagem e em outras correlatos, através de publicações e palestras;

- ★ Desenvolver junto ao NECE – Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem, pesquisas e projetos que tenham como base o referencial de Paterson e Zderad.
- ★ Discutir o tema “humanização no cuidado de enfermagem”, entre os profissionais envolvidos no cuidado;
- ★ Incluir esses elementos teóricos do encontro de cuidado na construção de um referencial para implantação de programa de educação continuada na área da criança;
- ★ Realizar, nos locais onde expresso o meu saber e fazer enfermagem, encontros que propiciem um olhar mais reflexivo sobre o cuidado ao *Ser* criança doente hospitalizado;
- ★ Desenvolver um proposta de agentes multiplicadores da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1979) que atinja todos os cuidadores em enfermagem, pois considero essa teoria um marco de referência de cuidado humanizado em pediatria.
- ★ Incentivar um modelo de cuidado à criança mais humanizado, no qual o encontro genuíno de cuidado com esse ser tão fragilizado, seja a razão das ações de cuidar/cuidado.

Fala-se que nós, enfermeiros, não nos tornamos cuidadores por mero acaso, que existe uma cumplicidade, uma identidade entre nossa origem e nossa escolha profissional. Pois bem, prefiro pensar que me tornei cuidadora de criança doente hospitalizada, por pura opção. E mais ainda, tornei-me também professora de futuros cuidadores de crianças doentes, pois hoje vejo que devo ensinar a cuidar e se possível, quem sabe até curar.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História social da criança e a sua família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

BERENBRAUM, J. e HATCHER, J. Emotional distress of mother of hospitalized children. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 17, n.3, p. 359-372, 1992.

BERRY, S. L.; HAYFORD, J. R. e ROSS, C. K. Conceptions of illness by children with juvenile rheumatoid arthritis: a cognitive developmental approach. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 18, n.1, p. 83-97, 1993.

BOEKAERTS, M. e RODER, I. Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. **Disability and Rehabilitation**, v. 21, n.7, p. 311-337, 1999.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BUBER, M. **Eu e tu**, São Paulo: Cortez & Moraes, 1997.

_____, **Do diálogo e do dialógico**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União** 16/10/96:21082-21085.

BRADFORD, R. **Children, families and chronic disease**. London: Routledge, 1997.

BRAZELTON, T. B. e GRENSPAN, B. C. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

CECCIM, R. B., CARVALHO, P.R. (org.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida.** Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997.

CROSSETTI, M. G. **Processo de cuidar: uma aproximação existencial na enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1997. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

FREUD, S. Una teoria sexual – la sexualidad infantil. **Obras Completas**, Volume 1. Madrid: Biblioteca Nueva., 1968.

GEORGE, J. B. e colaboradores. **Teorias de enfermagem.** Os fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde.** Porto Alegre: Decasa, 1997.

GOLDMAN, S. L.; GRANGER, J. WHITNEY-SALTIEL, D. e RODIN, J. Children's Representations of "Everyday" Aspects of Health and Illness. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 16, n. 6, p. 747-766, 1991.

GOMES, G.R.; FLORES, G.F.; JIMÉNEZ, E.G. **Metodologia de la investigacion qualitativa.** Málaga: Ediciones Aljibe, 1996.

GONZALES, R.M.B., BECK, C.L.C., DENARDIM, M.L. **Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem.** Santa Maria: Pallotti, 1999.

KEEN, E. **Introdução à psicologia fenomenológica.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

KLEIN, M. Algumas reflexões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: Klein, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1991.

LAFFREY, S. C.; BROUSE, S. H. Paterson e Zderad – a humanistic nursing model. In: FITZPATRICK, J., WHALL, A. **Conceptual models of nursing: analysis and application.** Maryland: Prentice – HALL, p. 181-202, 1983.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: ed. Papa-livros, 1999.

MAHLER, M. **O processo de separação-individuação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MARQUES, C.D.; DARIO, M.L. Linguagem e hermenêutica. **Revista Reflexão**, PUCCAMP, Campinas, n.53/54,p.121 –125,maio/dez.1992.

MEIJER, A. M. e OPPENHEIMER, L. The Excitation-Adaptations Model of Pediatric Chronic Illness. **Family Process**, v. 34, p. 441-454, 1995.

MELEIS, A. I. Josephine Paterson and Loretta Zderad.: theory description. In: MELEIS, A. I. **Theoretical Nursing: development and progress**. 2 ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1991, p. 247 – 254.

MESCON, J. A.. W. e HONIG, A. S. Parents, teachers and medical personnel: helping children with chronic illness. **Early Child Development and Care**, v. 111, p. 107-129, 1995.

MOTTA, M. G. C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família, hospital: uma visão fenomenológica das mudanças existenciais**. Florianópolis: UFSC, 1997. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

NARODOWSKI, Mariano. A infância como construção pedagógica. In: COSTA, Marisa Vorraber. (Org.) **Escola básica na virada do século: cultura, política e currículo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000

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

PATERSON, J. E.; ZDERAD, L T. **Humanistic Nursing**. New York: National League for Nursing New York, 1988.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRAEGER, S. G. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, Julio et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, cap. 17, p.241-251.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**: ensaios de hermenêutica II. Portugal: Res, 1989.

_____. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

_____. **Teorias da interpretação**: o discurso e o excesso de significação. Rio de Janeiro: Edições 70, 1986.

SANTANA, M.; THOFERN, M.B.(org.). **(Re) significando a teoria e a prática da enfermagem**. Pelotas: Ed. Universidade/UFPEL, 2001.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**: um estado psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetivas. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

STERN, D. N. **O mundo interpessoal do bebê**: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VIANA, A. C. Paul Ricoeur e a hermenêutica. Porto Alegre: **Letras de Hoje**, v.13,n.39, p.19-28, março, 1980.

VIETTA, E. P. Configuração triádica, humanista - existencialista - personalista: uma abordagem teórico-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Revista latino americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3,n.1,p.31-43, 1995.

WASSERMAN, M. D. A Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas. In: GARFINKEL, B.; CARLSON, G.; WELLER, E. (orgs.) **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

WINNICOT, D. W. O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: Winnicot, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

ZILLES, U. **Gabriel Marcel e o existencialismo**. 2. ed. Porto Alegre: Acadêmica/PUC, 1995.

APÊNDICE A — ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Dissertação de Mestrado: **Relação Dialógica de cuidado entre o Ser enfermeiro e o Ser criança** : sob a visão da Teoria de Paterson e Zderad.

- Conta-me como é para você, enfermeira, cuidar de criança doente hospitalizada?

APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Enfermeira Ivana de Souza Karl está desenvolvendo o estudo intitulado **Relação Dialógica de cuidado entre o Ser enfermeiro e o Ser criança**: sob a visão da Teoria de Paterson e Zderad. Solicito sua colaboração, no sentido de participar desta pesquisa que tem por objetivo compreender os elementos teóricos que têm orientado o processo de cuidar das enfermeiras pediátricas no encontro de cuidado com o Ser criança doente hospitalizado, sob o olhar de Paterson e Zderad. Este estudo auxiliará no aprofundamento do assunto e, desta forma, poderá contribuir para reorientar o cuidar/cuidado ao Ser criança doente hospitalizado.

Eu _____, declaro que pelo presente termo, fui informado(a) sobre os propósitos desta pesquisa, minha participação voluntária, meu direito de interrompê-la a qualquer momento. Concordo que a entrevista seja gravada, e com a utilização dos dados fornecidos para posterior divulgação científica e publicação. Todas as informações serão anônimas e restritas o seu uso para fim de pesquisa. Estou ciente de que as informações coletadas não tem nenhuma relação com avaliação de desempenho profissional, bem como na minha permanência na Instituição. Fui igualmente informado(a) de que a entrevista será gravada em áudio, e a fita cassete destruída após transcrita. As transcrições, serão conservadas durante 5 (cinco) anos após a defesa da dissertação.

Agradeço sua participação que será de extrema importância para o desenvolvimento deste estudo e, conseqüentemente, da enfermagem pediátrica.

.....
Informante

.....
Ivana de Souza Karl – Fone:
Pesquisadora

.....
Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Prof^a. Orientadora

Data: