



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**KARINA JORGINO GIACOMELLO**

***O SENTIDO DO CUIDADO À CRIANÇA  
HOSPITALIZADA: VIVÊNCIAS DE  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM***

**CAMPINAS  
2016**



**KARINA JORGINO GIACOMELLO**

**O *SENTIDO* DO CUIDADO À CRIANÇA  
HOSPITALIZADA: VIVÊNCIAS DE  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de mestra em Ciências da Saúde. Área de concentração: Enfermagem e Trabalho.

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. LUCIANA DE LIONE MELO**

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
DA DISSERTAÇÃO, DEFENDIDA PELA ALUNA  
KARINA JORGINO GIACOMELLO, E ORIENTADA  
PELA PROFA. DRA. LUCIANA DE LIONE MELO.**

**CAMPINAS**

**2016**

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G346s      Giacomello, Karina Jorgino, 1985-  
O *sentido* do cuidado à criança hospitalizada : vivências de profissionais de enfermagem / Karina Jorgino Giacomello. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Luciana de Lione Melo.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Criança hospitalizada. 4. Pesquisa qualitativa. I. Melo, Luciana de Lione, 1973-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The *sense* of care to hospitalized children : nursing professional experiences

**Palavras-chave em inglês:**

Pediatric nursing

Nursing care

Child, Hospitalized

Qualitative research

**Área de concentração:** Enfermagem e Trabalho

**Titulação:** Mestra em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Luciana de Lione Melo [Orientador]

Jane Cristina Anders

Ana Márcia Chiaradia Mendes-Castillo

**Data de defesa:** 08-07-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Enfermagem

# **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**KARINA JORGINO GIACOMELLO**

---

**ORIENTADOR: PROF(a). DR(a). LUCIANA DE LIONE MELO**

---

## **MEMBROS:**

- 1. PROF(a). DR(a). LUCIANA DE LIONE MELO**
- 2. PROF(a). DR(a). JANE CRISTINA ANDERS**
- 3. PROF(a). DR(a). ANA MÁRCIA CHIARADIA MENDES-CASTILLO**

---

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: DATA DA DEFESA 08/07/2016**

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, aos meus pais, ao meu irmão e ao meu marido, sem os quais nada seria possível... ou pelo menos não tão bom.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me permitiu – e me permite – cada dia a vida e que me guia em todos os meus passos.

Aos meus pais, que me deram a vida e que me incentivaram – e me incentivam sempre – a ser aquilo que eu quiser, desde que isso me faça feliz! Obrigada por cada ensinamento e por estarem sempre prontos a me ouvir, a me acolher e a me ajudar no que for preciso. Amo vocês.

Ao meu marido, que sempre está ao meu lado, me compreendendo, me incentivando, me dando forças e, por vezes, acreditando mais em mim do que eu mesma. Obrigada, meu amor.

Ao meu irmão: meu primeiro e eterno amigo. Sei que posso sempre contar com você! Te amo, irmão!

À minha orientadora, Luciana, que vem tentando, mesmo que às vezes à duras penas, me ensinar a caminhar com minhas próprias pernas! Obrigada por todos os ensinamentos. Se hoje sou uma profissional apaixonada pelo mundo da pediatria eu devo isso a você.

Aos meus colegas de trabalho que aceitaram participar dessa pesquisa e dividiram comigo seus saberes e suas angústias. Sem vocês, esse estudo não seria possível.

Às crianças hospitalizadas e às suas famílias, que, a cada dia, me ensinam muito e pelas quais desejo sempre ser uma profissional e uma pessoa melhor.

## RESUMO

O cuidado sempre esteve presente na história do ser humano como forma de garantir sua sobrevivência. Para a enfermagem, ele ocorre mediante uma situação entre uma pessoa que o fornece e outra que o recebe, de forma a promover bem-estar, segurança e conforto, com o intuito de minimizar riscos e vulnerabilidades. O cuidado voltado à criança variou da total negligência até considerá-la como sujeito de direitos. As primeiras internações infantis mantinham as crianças em isolamento para prevenir a transmissão de infecções. A compreensão da família, como fundamental, e do isolamento, como fator de risco para a criança, surgiu na década de 1960. No Brasil, somente em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, as crianças passaram a ter o direito legal de serem acompanhadas por um responsável durante a hospitalização. Atualmente, é preconizado que o cuidado seja centrado na criança e na família, com base na assistência integral e humanizada. Contudo, vários estudos evidenciam uma realidade bastante diferente. Considerando, portanto, essa divergência entre o preconizado e a prática, este estudo teve o objetivo de compreender o *sentido* do cuidado à criança hospitalizada para os profissionais de enfermagem de uma unidade pediátrica. Trata-se de um estudo fenomenológico, fundamentado na fenomenologia existencial de Martin Heidegger, realizado com dez profissionais de enfermagem que atuam na unidade de internação pediátrica de um hospital de ensino, público, localizado no interior do estado de São Paulo. Os profissionais foram entrevistados a partir da questão norteadora: “O que é cuidado à criança hospitalizada para você? Conte-me, em detalhes, sua experiência em cuidar da criança hospitalizada”. O *sentido* do cuidado à criança hospitalizada se dá entre o mundo da ocupação e as diversas formas de preocupação. Na maioria das vezes, os profissionais permanecem envolvidos no a-gente, sendo guiados, principalmente, pelo falatório, decaídos enquanto seres-no-mundo. Portanto, a condição de ser-no-mundo, enquanto profissional de enfermagem que cuida da criança hospitalizada, é existir como ente e como ser, na maioria das vezes, em usabilidade, subsistindo, mas com trincas que possibilitam o emergir da utilizabilidade. Ocupando-se/preocupando-se nos modos de ser da cotidianidade, tendendo a impropriedade, em busca da mediania e do nivelamento de todas as possibilidades de ser, em fechadura, mas também em abertura quando extrapola a tranquilização e o ficar preso em si mesmo para atingir, ainda que por instantes, a empatia, o respeito e a indulgência. É necessário que a filosofia do cuidado à criança hospitalizada seja repensada, tanto na academia, como nas unidades de saúde, para que possamos, de fato, oferecer um cuidado autêntico.

**Linha de pesquisa:** Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

**Descritores:** enfermagem pediátrica, cuidados de enfermagem, criança hospitalizada, pesquisa qualitativa.

## ABSTRACT

Care has always been present in the history of man as a way to ensure their survival. For nursing, care occurs through a situation between a person who provides and another that receives it in order to promote wellness, safety, comfort in order to minimize risks and vulnerabilities. Care devoted to children ranged from total neglect to considering them as a subject of rights. The first children's hospitalizations used to maintain the kids in isolation to prevent the transmission of infections. The awareness of the family as being fundamental and isolation as a risk factor for the child emerged in the 1960s. In Brazil with the enactment of the Statute of the Child and Adolescent (ECA) in 1990, children have been given the legal right to be accompanied by a responsible during hospitalization. Currently it is recommended that care is conducted focusing on the child and the family, based on integral and humanized assistance. However, there are several studies that show a very different reality. Taking into consideration this divergence between what is recommended and what is actually done, the objective of this study was to understand the *sense* of care to hospitalized children for nursing professionals of a Pediatric Unit. It is a phenomenological study, based on existential phenomenology by Martin Heidegger, conducted with ten nursing professionals who work on a pediatric hospitalization unit of a teaching public hospital, located in the countryside of the State of São Paulo in Brazil. The professionals were interviewed from the guide question: "What is care to a hospitalized child for you? Tell me, in detail, your experience in taking care of a hospitalized child." The *sense* of care to hospitalized children occurs between the world of the occupation and the various forms of pre-occupation. Most of the time the professionals remain involved in "They" Self and are driven mainly by the gossip, feeling down as beings-in-the-world. Therefore, being-in-the-world while nursing professional who takes care of hospitalized children is to exist as relative and as being, most of the time, in usability, subsisting, but with cracks that allow the emergence of usability. Taking care/caring in the daily lives tending the impropriety in pursuit of mediocrity and leveling of all possibilities to be on lock, but also in opening when extrapolates reassurance and get stuck in yourself to achieve, for a little while, empathy, respect and leniency. It is necessary that. It is necessary that the philosophy of the hospitalized children care is reconsidered, both at school and at the health units so that we can, in fact, offer a genuine care.

**Key Words:** pediatric nursing, nursing care, child, hospitalized, qualitative research.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Objeto, inquietações e objetivo do estudo.....	<b>13</b>
<b>Figura 2:</b> Eixos estruturantes da literatura revisada.....	<b>24</b>
<b>Figura 3:</b> Conceitos de Martin Heidegger utilizados no presente estudo.....	<b>37</b>
<b>Figura 4:</b> Participantes.....	<b>44</b>
<b>Figura 5:</b> Esquema representativo da trajetória metodológica.....	<b>46</b>
<b>Figura 6:</b> Esquema representativo do cuidado à criança hospitalizada.....	<b>66</b>
 <b>Quadro 1:</b> Exemplo de elaboração da categoria “Cuidado Centrado na Criança” a partir dos passos recomendados por Giorgi e Martins & Bicudo.....	 <b>48</b>

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – Pré-reflexivo – O despertar pela temática.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 2 – Sobre o cuidado à criança hospitalizada.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. O cuidado e a enfermagem.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. O cuidado à criança: do descaso à preocupação com a manutenção da vida e do viver saudável.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3. O cuidado de enfermagem à criança hospitalizada.....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO 3 – Trajetória metodológica .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1. A modalidade de pesquisa fenomenológica.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2. Aproximação ao referencial teórico de Martin Heidegger, em sua obra Ser e Tempo .....</b>	<b>28</b>
<b>3.3. A entrevista fenomenológica.....</b>	<b>38</b>
<b>3.4. Cenário da pesquisa.....</b>	<b>40</b>
<b>3.5 Participantes e acesso aos participantes.....</b>	<b>42</b>
<b>3.6. Aspectos éticos.....</b>	<b>45</b>
<b>CAPÍTULO 4 – Em busca do <i>sentido</i> do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada: desvelando o ser do profissional de enfermagem.....</b>	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO 5 – Síntese.....</b>	<b>68</b>
<b>CAPÍTULO 6 – Considerações Finais.....</b>	<b>71</b>
<b>7. Referências.....</b>	<b>74</b>
<b>8. Apêndices.....</b>	<b>78</b>
<b>8.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE .....</b>	<b>78</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>82</b>
<b>9.1. Parecer do Comitê de Ética.....</b>	<b>82</b>

## Capítulo 1 - Pré-reflexivo - O despertar pela temática

---

Graduada, em 2007, pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), eu pensei ter recebido todo o conhecimento teórico necessário para ser uma ótima enfermeira, fazendo a diferença para aqueles que de mim precisassem. Porém, acreditava que ainda me faltavam habilidades práticas para fazer essa diferença, optando, assim, por ingressar em um programa de residência multiprofissional, com carga horária de mais de cinco mil horas. Ao final deste, enfim, sentia-me mais preparada para o mercado de trabalho.

Fui aprovada para algumas vagas em processos seletivos públicos, mas escolhi ser enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica - UIP do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP). A paixão pela pediatria foi uma surpresa na minha vida, pois, quando ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem, essa era a área de menor interesse para mim.

Acreditava que não conseguiria trabalhar com crianças, porém, nos últimos anos da graduação, quando desenvolvi as atividades das disciplinas de Enfermagem Pediátrica, passei a ter outra visão das crianças, por meio dos olhos de uma professora que fez toda a diferença na minha formação – e, então, tudo mudou. Dessa forma, eu não poderia ter ficado mais feliz com a vaga obtida na enfermagem de pediatria: era certamente onde eu queria trabalhar.

Trabalhei nesta Unidade por dois anos e, durante esse período, percebi que eu não fazia toda a diferença que sempre almejei. Por vezes, saía dos plantões sentindo-me derrotada, por não ter sequer conseguido conhecer todos os pacientes que estavam sob minha responsabilidade naquele dia, o que dirá, então, ter feito a diferença para cada um deles...

Também não estava contente com a assistência que, no geral, a equipe de enfermagem oferecia. Não eram todos os profissionais que conseguiam fazer o seu melhor – ou o melhor que eu gostaria que fizessem. O cuidado que eu sempre idealizei não era oferecido às crianças.

Comecei a questionar-me então sobre o porquê de não conseguir colocar em prática tudo o que eu queria e ser a enfermeira que eu tanto desejava. Será que outras pessoas compartilhavam desses meus sentimentos? Ou seria possível que profissionais simplesmente não

fizessem o melhor por opção ou por falta de conhecimento? O que nos faz prestar a assistência aos pacientes de uma determinada forma e não de outra?

Devido à aprovação em um concurso público, desliguei-me da referida Unidade e trabalhei por dois anos no Serviço Móvel de Urgência (SAMU) de uma cidade vizinha; porém, mesmo durante o tempo que trabalhei lá, nunca consegui desvincular-me da pediatria. O desejo de estudar e de me aprimorar sobre a assistência à criança e de voltar a trabalhar com essa população sempre permaneceram em mim.

Dessa forma, mesmo estando no SAMU, procurei a professora Luciana e comecei a preparar-me para o processo seletivo do mestrado, cursando disciplinas como aluna especial e desenvolvendo o projeto para esse estudo. Ingressei no programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UNICAMP em agosto de 2014, como aluna regular e, como em um sonho, também consegui ser aprovada em um concurso público para o HC - UNICAMP, voltando a integrar a equipe de enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica em novembro do mesmo ano.

Ao me preparar para desenvolver esse estudo, percebi que, para responder as minhas inquietações sobre o cuidado que prestamos à criança, tornou-se necessário compreender os indivíduos que cuidam e o significado/*sentido* que eles atribuem a esse cuidado. Portanto, o caminho que se mostrou, nessa perspectiva, foi a pesquisa fenomenológica, pois é ela que permite desvelar o significado e o *sentido* de um determinado fenômeno para o sujeito que o experiencia<sup>1</sup>.

Assim, o **objetivo** deste estudo foi compreender o *sentido* do cuidado à criança hospitalizada para os profissionais de enfermagem de uma unidade pediátrica.

A seguir, na **Figura 1**, é possível visualizar o objeto, as inquietações e o objetivo do estudo.

Figura 1- Objeto, inquietação e objetivo do estudo



## **Capítulo 2 - Sobre o cuidado à criança hospitalizada**

---

### **2.1. O cuidado e a enfermagem**

O que é cuidado? Essa é uma pergunta complexa e de difícil resposta, já que, embora todos reconheçam o cuidado como uma forma de se relacionar com os outros, há diversos conceitos. Procuraremos, nesse subcapítulo, discorrer, ainda que brevemente, sobre o conceito de cuidado que será utilizado neste estudo e sua relação com a enfermagem.

O cuidado sempre esteve presente na história, a fim de preservar a espécie, sendo realizado e aprimorado de modo a atender às necessidades do momento histórico vigente. Porém, além de ser uma forma de sobrevivência, o cuidado faz parte da constituição do ser humano, sendo compreendido como uma forma de viver, de ser e de se expressar, sem o qual o homem deixaria de ser homem<sup>2,3</sup>.

Cuidar é um compromisso com o estar no mundo e uma contribuição com o bem-estar geral, implicando um movimento em direção a algo ou a alguém, que é motivo de interesse ou preocupação. O exercício de cuidar é sempre uma ação que possui direcionalidade concreta e determinada, que nos move a fazer algo com objetivo de aliviar, satisfazer, ajudar, confortar e apoiar<sup>2,4</sup>.

O cuidado sempre foi considerado como a essência da enfermagem, sendo essa reconhecida enquanto profissão a partir de Florence Nightingale, no final do século XIX <sup>2,4,5</sup>. Florence acreditava que o cuidado estivesse relacionado à higiene, ao ambiente e à preocupação em fazer as ações com conhecimento científico<sup>4,6</sup>.

A enfermagem é considerada, portanto, como a profissionalização da capacidade humana de cuidar, compreendendo o cuidar como “comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que lhes são pertinentes, asseguradas por lei e desenvolvidas com competência, no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer”<sup>2</sup>.

O cuidado, para a enfermagem, portanto, pode ser compreendido como o fenômeno resultante do processo de cuidar, que ocorre mediante o encontro ou a situação de cuidado entre uma pessoa que o fornece e outra que o recebe<sup>2</sup>. Ele deve sempre ser realizado levando-se em

consideração aquele que recebe o cuidado é um ser humano, digno de atenção e para quem se tem um compromisso de promover bem-estar, segurança, conforto e minimizar os riscos e as vulnerabilidades aos quais for exposto<sup>4</sup>.

Não há uma “receita” de como o cuidado deva ser realizado, nem uma única concepção para ele, já que o cuidado deve ser produzido no próprio ato de cuidar, não sendo antecipável, mas sim coemergente às relações que se estabelecem entre os sujeitos presentes no processo do cuidar frente a cada situação<sup>5,7,8</sup>.

Deve-se, também, ao cuidar, levar em consideração quais são os projetos de felicidade de quem recebe o cuidado, ou seja, quais os projetos humanos por ele idealizados, qual sua concepção de vida bem-sucedida e o que orienta os seus projetos existenciais, pois o cuidado só será verdadeiramente um cuidado se for realizado para e com o sujeito que o recebe<sup>9,10</sup>.

Outro fator importante para que um bom cuidado seja realizado é a necessidade de que haja diálogo entre os saberes teóricos de quem cuida e os saberes que as pessoas de quem se cuida possuem de si mesmas, para que, assim, surjam boas escolhas sobre o que e como fazer nas diversas situações de cuidado<sup>11</sup>.

Dessa forma, pode-se concluir que a expressão do cuidado em enfermagem está em conjugar o conhecimento, as habilidades manuais, a intuição, a experiência e a expressão da sensibilidade, levando em consideração tanto os aspectos éticos e estéticos, quanto os aspectos técnicos e científicos, não permitindo que a relação entre enfermeiro e paciente transforme-se numa relação entre pessoa-objeto, focada somente na técnica e na cura<sup>2,12</sup>.

Uma das tendências mais observadas na atualidade é o enfoque humanista no processo de cuidar<sup>4,13</sup>, sendo que, por humanização da saúde, compreende-se respeitar a unicidade de cada pessoa, de forma a personalizar a assistência a ela prestada<sup>14</sup>.

“É necessário compreender o ser cuidado não como um objeto que precisa ser consertado, mas como um ser em possibilidades de existência, que traz uma bagagem de experiências e vivências que devemos levar em consideração, visando à promoção à saúde, à prevenção de doenças ou, ainda, ao restabelecimento do ser humano. [...] Volta-se a referendar o cuidado em sua totalidade e plenitude, desvinculando-o exclusivamente

das ações e das técnicas e voltando-o para as questões humanísticas, ou seja, um cuidar-ajuda que percebe o outro em seu modo de ser mais próprio, em suas possibilidades de existir, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.”<sup>13</sup>

No Brasil, o termo humanização surgiu na primeira década do século XXI, como consequência da Política Nacional de Humanização - PNH, recomendada pelo Ministério da Saúde, em decorrência da necessidade de melhoria dos serviços de saúde<sup>15</sup>. Tais melhorias dizem respeito tanto à qualidade da atenção oferecida ao usuário, como das condições de trabalho e da formação dos trabalhadores da saúde, e devem ocorrer de forma que todos os envolvidos no processo (gestores, profissionais e usuários) passem a pensar, a cuidar da saúde e a enfrentar seus agravos de uma nova maneira<sup>16</sup>.

Entre todas as relações enfermeiro-paciente, a relação enfermeiro-criança é particularmente delicada, uma vez que se trata de um indivíduo em fase de crescimento e de desenvolvimento, isto é, com modos próprios de se relacionar no mundo. Além disso, a criança tem uma história própria, no que diz respeito ao cuidado, pois este variou, ao longo da história, da total negligência até o cuidado que considera a criança como um sujeito de direitos. Assim, considerando a temática deste estudo, é necessário discorrer, ainda que sucintamente, a respeito do cuidado à criança e à sua saúde.



## **2.2. O cuidado à criança: do descaso à preocupação com a manutenção da vida e do viver saudável**

As crianças demoraram para ser o foco do cuidado, pois, ao longo da história, desde os tempos bíblicos, foram consideradas objeto de desvalor<sup>7</sup>, chegando a ser utilizadas como elementos de sacrifícios, abandonadas ou mortas, quando tinham determinadas doenças, e até enterradas vivas quando seus pais morriam<sup>17</sup>.

A criança era tão desvalorizada que até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la em suas obras de arte, como se não houvesse lugar para a infância no mundo<sup>18</sup>. O que se sabe é que, nessa época, as crianças possuíam cuidados diferenciados apenas enquanto bem pequenas e frágeis. Havia alta taxa de natalidade e de mortalidade infantil, de forma que não existia muito sofrimento relacionado à morte das crianças, já que logo elas seriam substituídas por outras crianças e, assim, não saíam de uma espécie de anonimato<sup>18</sup>.

A partir do momento que a criança adquiria alguma autonomia, era comum, que elas passassem a fazer parte da vida dos adultos. Eram tratadas como adultos em miniatura e logo eram enviadas para conviver com outras famílias que lhes ensinariam trabalhos domésticos, uma profissão e valores humanos<sup>19</sup>. Nessa época, a família era uma realidade moral e social, cumprindo a função de assegurar a transmissão da vida, dos bens e dos nomes às crianças, pois essa separação que havia das crianças e de suas famílias colaborava para que não houvesse grandes laços sentimentais entre pais e filhos<sup>18,19</sup>.

Essa realidade começou a mudar a partir do fim do século XVII. Com a introdução da escolarização na sociedade, as crianças deixaram de ser enviadas às casas de outras famílias para receberem instruções e passaram a frequentar as escolas<sup>18</sup>. Com a escolarização das crianças, surgiu um movimento, promovido pelos reformadores ligados à igreja, às leis e ao Estado, os quais compreendiam que a criança era um ser inocente que deveria ser educado para se tornar um homem de bem<sup>19</sup>.

Foi, portanto, nessa época, que, preocupados com os estudos dos filhos, os pais começaram a tratá-los com uma solicitude não vista até então. A família começou a se organizar

em torno da criança e a lhe dar uma importância que a tirou do anonimato. Tornou-se impossível, portanto, perder ou substituir uma criança sem que houvesse uma enorme dor, começando-se, assim, a limitar seu número para melhor cuidar dela. Havia respeito cada vez maior pela vida da criança, pois, em uma sociedade cristã, as crianças passaram a ser vistas como frágeis criaturas de Deus que precisavam ser preservadas<sup>18</sup>.

No Brasil, no final do século XIX, as crianças ainda possuíam histórias semelhantes às daquelas que viviam na Europa medieval, sendo vistas como objetos, sendo alimentadas e tendo sua sobrevivência entregue às amas de leite. Havia, também, nessa época, a casa dos enjeitados, a casa dos expostos, a casa da roda ou, simplesmente, a roda, nas quais os recém-nascidos, pobres e indesejados, eram abandonados. Essa prática ilegal, e quase aberta, do abandono e a forma como era aceita a mortalidade infantil mostram a indiferença com que a criança era tratada<sup>20</sup>.

Foi somente no século XX que os direitos da criança começaram a ser formulados. Em 1923, uma organização não governamental, a International Union for Child Welfare, estabeleceu os princípios dos Direitos da Criança, os quais foram incorporados, no ano seguinte, pela recém-criada Liga das Nações, à primeira Declaração dos Direitos da Criança. No período pós-guerra, foi criado, pela Organização das Nações Unidas, com o objetivo de socorrer as crianças dos países devastados pela Segunda Guerra Mundial, um Fundo Internacional de Ajuda Emergencial à Infância Necessitada. Esse fundo passou a ser conhecido como Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e, após recuperação da Europa, teve suas atenções transferidas para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças dos países pobres, tornando-se um órgão permanente em 1953<sup>21</sup>.

Também no Brasil, a partir do século XX, ocorreram mudanças no cuidado oferecido à mulher e ao recém-nascido<sup>20</sup>. Até então, a assistência voltada para a criança era baseada na caridade cristã e na filantropia. Em 1940, foi criado o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia. Esse programa foi instituído durante o Estado Novo, pelo presidente Getúlio Vargas<sup>20,22</sup>.

Em 1989, ocorreu a Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, promovendo a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, fundada nos princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e no instrumento dos Direitos da Criança

proclamados pelas Nações Unidas, em 1959, que reafirmava a importância de se garantir a universalidade, a objetividade e a igualdade na consideração de questões relativas aos direitos da criança. “A criança passa a ser considerada, pela primeira vez na história, prioridade absoluta e sujeito de Direito, o que por si só é uma profunda revolução”<sup>21</sup>.

No Brasil, em 1988, foi incorporada, na Constituição Brasileira, como prioridade, a proteção dos direitos da criança e do adolescente, considerando a saúde como uma de suas necessidades básicas e um direito do cidadão. Em 13 de julho de 1990, pela Lei n. 8.069, estabeleceram-se as disposições da Carta Magna em favor da infância, fundadas na Declaração dos Direitos Humanos e na Declaração dos Direitos da Criança, sendo promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>20,21</sup>.

O ECA é um instrumento legal que “representa uma verdadeira revolução em termos de doutrina, ideias, práxis, atitudes nacionais ante a criança”<sup>20</sup>. Foi formulado com ampla participação do governo e, sobretudo, da sociedade. Em seu texto, foi adotada a doutrina de proteção integral, reconhecendo a criança e o adolescente como cidadãos e sujeitos de direitos<sup>21</sup>. Portanto, com a promulgação do ECA, a criança e o adolescente passaram a ter direito à proteção, à vida e à saúde, por meio da efetivação de políticas públicas que permitam que eles nasçam e se desenvolvam de forma sadia e harmoniosa, em condições dignas de existência<sup>20</sup>.

No que se refere ao direito à saúde da criança, no Brasil, muitas mudanças ocorreram nos órgãos responsáveis e nas prioridades estabelecidas desde a criação do primeiro programa estatal de proteção à essa população. Atualmente, é o Ministério da Saúde (MS), por meio da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM), que propõe e coordena as políticas governamentais de atenção à saúde da criança. A ATSCAM trabalha em linhas de cuidado que se inter-relacionam, de forma a garantir a atenção integral da saúde da criança, sendo as quatro linhas de cuidado prioritárias: a atenção à saúde do recém-nascido; a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; o incentivo e a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; além da prevenção de violências e a promoção da cultura de paz<sup>22</sup>.

### 2.3. O cuidado de enfermagem à criança hospitalizada

Os primeiros registros de cuidados de enfermagem prestados à criança ocorreram em 1860, com o nascimento da enfermagem moderna, quando Florence Nightingale preconizou cuidados de higiene física, alimentar e do ambiente, bem como recreação e ar puro. As primeiras internações infantis que se tem conhecimento são datadas dos séculos XIX e XX. Por terem a finalidade de prevenir a transmissão de infecções, as crianças eram mantidas em isolamento, nos berçários e nas enfermarias de pediatria, separadas de suas famílias<sup>23</sup>.

A compreensão de que a família é fundamental, que exerce influência sobre a saúde da criança e que o isolamento social é um fator de risco para essa população, surgiu somente em meados da década de 1960, quando também teve origem o termo cuidado centrado no paciente e na família<sup>23,24</sup>. Porém, no Brasil, somente em 1990, com a promulgação do ECA, foi que as crianças passaram, a ter o direito legal de serem acompanhadas por um responsável durante o processo de hospitalização<sup>25</sup>.

A doença provoca uma ruptura significativa no mundo da criança e desarticula a organização familiar, sendo que a hospitalização determina ainda que a criança se afaste de seu lar, o que pode provocar a construção, no imaginário infantil, do nascimento de fantasias e emergência de temores anteriormente impensados<sup>26</sup>. Portanto, levando em consideração esses fatores e, também, a concepção de que o desenvolvimento infanto-juvenil não para, pelo fato da hospitalização, hoje é impensável a assistência à criança sem a presença da família<sup>26</sup>, pois “não é possível pensar no bem-estar da criança, sem pensar em família”<sup>27</sup>.

Assim, por serem os benefícios do cuidado centrado no paciente e na família inúmeros e inegáveis<sup>28</sup>, atualmente, defende-se que a construção do cuidado à criança seja feita em parceria, considerando o saber da criança e da família, de forma a aumentar as possibilidades de arranjos que possam permitir a produção de um cuidado com melhor qualidade à criança<sup>29</sup>.

Deve-se lembrar, ainda, que essa família, como unidade de cuidado, necessita, de igual forma, ser cuidada, já que o estado de saúde do cuidador principal da criança, que, na maioria das vezes, é a mãe, influencia de forma muito significativa a maneira como esse cuidador conseguirá prover o cuidado ao seu filho<sup>26,30</sup>.

Tem-se preconizado, dessa forma, em pediatria, que o cuidado seja realizado centrado na criança e em sua família, com base na assistência integral, e de modo que realmente haja um olhar para a criança em sua totalidade, considerando-a como um ser em crescimento e em desenvolvimento, que pertence a uma família e que deve ter seus membros incluídos no cuidado<sup>23,29,31</sup>.

Entretanto, apesar disso, ao realizar uma revisão das pesquisas recentes, que trazem algum aspecto do cuidado sob a visão de um ou mais membros da equipe de enfermagem, foi possível verificar que estes profissionais ainda têm reconhecido o cuidado principalmente como a execução de procedimentos, centrado nas ações técnicas, seguindo o modelo biomédico e com foco somente e/ou principalmente na criança, sem considerar a família como parte desse cuidado<sup>32-35</sup>.

Foi possível verificar também que a equipe tem apontado fatores como a sobrecarga de trabalho e o estresse como pontos dificultadores para a assistência qualificada<sup>32,36</sup>, sendo que, ao vivenciar a sobrecarga de trabalho, o profissional sente dificuldade em oferecer suporte emocional à criança e aos familiares, fragmentando o cuidado, como forma de garantir o suprimento da demanda do serviço e, por vezes, determinando a delegação, no caso dos enfermeiros, de suas atividades privativas a outros membros da equipe de enfermagem<sup>32,36</sup>.

Em contrapartida, a equipe de enfermagem também identifica fatores que auxiliam na realização de um cuidado com maior qualidade, como os aspectos humanizadores, tais como o diálogo e o uso de recursos lúdicos; porém, por vezes, nem percebem que realizam essas ações e desvalorizam sua importância, sendo que, quando as identificam e reconhecem sua importância, nem sempre as utilizam e, quando o fazem, por vezes é de forma equivocada<sup>33,37</sup>.

Um exemplo disso é a brincadeira, que nem sempre tem sido utilizada no fazer cotidiano, apesar de ter sua importância reconhecida pela equipe de enfermagem, como instrumento qualificador do cuidado, por visar o estabelecimento de uma relação de confiança que suaviza o momento da hospitalização e as aproximações da equipe de enfermagem com a criança<sup>32,38</sup>.

O diálogo, por sua vez, que também recebeu destaque como fator promotor de um cuidado humanizado, foi apontado como algo que tem ocorrido de maneira verticalizada, cabendo sempre e apenas ao profissional de enfermagem informar e/ou orientar ao

familiar/acompanhante aquilo que julga necessário, sem ouvir e sem envolvê-lo no cuidado prestado<sup>32,33,37</sup>.

Essa dificuldade de integrar a família no diálogo e nas decisões estende-se, ainda, a todos os outros aspectos do cuidado à criança hospitalizada, pois, embora a equipe de enfermagem tenha conseguido reconhecer que a família/acompanhante é importante no cuidado à criança, por contribuir com suas necessidades afetivas e por atuar como agente de comunicação entre essa e a equipe, ela não os tem incluído no cuidado, nem como um ser a ser cuidado, nem como um ser a compartilhar o cuidado prestado à criança<sup>32,34,35,37</sup>.

Os estudos mostram ainda que, além de não incluir a família/acompanhante no cuidado à criança hospitalizada, a enfermagem tem uma visão utilitarista deles, lhes delegando cuidados como os de higiene, banho, alimentação e, por vezes, os de administração dos medicamentos<sup>27,35,37</sup>, justificando que a realização desses cuidados pela família é uma forma de capacitá-los para realizar os cuidados às crianças no domicílio<sup>35</sup>.

No entanto, os autores desses estudos ressaltam que, se essa delegação de tarefas ocorrer sem coparticipação e corresponsabilidade, não implicará em melhora na qualidade da assistência<sup>33,37</sup>. Com isso, a equipe de enfermagem tem se distanciado, cada vez mais, das necessidades das crianças, enquanto que os familiares/acompanhantes buscam adaptar os cuidados domésticos com a realidade hospitalar, embora esta possua uma complexidade muito maior<sup>35</sup>.

O que se pode concluir é que a equipe de enfermagem parece estar perdendo a dimensão do seu exercício profissional e que o resgate de um cuidado qualificado ocorrerá somente a partir do momento em que houver a realização do adequado planejamento das ações de enfermagem, com base na individualidade e nas necessidades de cada criança, norteando-as no conhecimento que possui dos indivíduos envolvidos no cuidado: a criança e a família<sup>32,35</sup>, pois “não há outra maneira de perceber e dar sentido e significado ao cuidado, a não ser a partir da ação dos sujeitos envolvidos no processo”<sup>29</sup>.

Considerando, portanto, que o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada possui divergências entre o preconizado e o que se tem verificado na prática, acredito na necessidade de investigar como os profissionais têm compreendido o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada e como têm percebido o seu cuidado a essa clientela, afim de que se tenha

embasamento para que possíveis e necessários redirecionamentos da nossa prática possam ser realizados.

Vale ressaltar também, que há uma lacuna nas pesquisas, que, de forma geral, fazem uma abordagem com maior ênfase no cuidado técnico e com foco no físico. Assim, torna-se necessária a realização de estudos que extrapolem essa abordagem, sendo, de igual forma, de grande importância dar voz à equipe de enfermagem, para que se possa compreender um fenômeno tendo como referência aquele que o realiza.

A seguir, na **Figura 2**, é possível visualizar os eixos estruturantes da literatura revisada.

**Figura 2 - Eixos estruturantes da literatura revisada**

### **O cuidado e a enfermagem**

- Cuidado - forma de perpetuar a espécie; movimento em direção a algo ou alguém que é motivo de interesse ou preocupação, tendo o objetivo de aliviar, satisfazer, ajudar, confortar e apoiar.
- Enfermagem - cuidar compreende comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que lhes são pertinentes e asseguradas por lei e desenvolvidas com competência, no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer.
- Não há "receita" - deve ocorrer de acordo com às relações estabelecidas entre quem cuida e quem recebe o cuidado, sendo o enfoque humanista a tendência atual.

### **O cuidado à criança: do descaso à preocupação com a manutenção da vida e do viver saudável - Mundo**

- Crianças e adolescentes demoraram para ser foco do cuidado, pois eram consideradas objetos de desvalor.
- Mudança - a partir da escolarização da criança. Igreja via as crianças como frágeis criaturas de Deus, que precisavam ser preservadas.
- Séc. XX, em 1924 - Declaração dos Direitos da Criança.
- 1989 - Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança.

### **O cuidado à criança: do descaso à preocupação com a manutenção da vida e do viver saudável - Brasil**

- Séc. XIX - as crianças ainda eram vistas como objetos, alimentadas e cuidadas por amas de leite. Eram também abandonadas na casa dos enjeitados ou na "roda".
- 1940 - criado o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
- 1988 - os direitos da criança e do adolescente foram incorporados à Constituição brasileira.
- 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- Atualmente - Ministério da Saúde (MS) - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) - propõe e coordena as políticas governamentais de atenção à saúde da criança, com quatro linhas de cuidado prioritárias: a atenção à saúde do recém-nascido; a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; o incentivo e a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; além da prevenção de violências e a promoção da cultura de paz.



### O cuidado de enfermagem à criança hospitalizada

- 1860 - primeiros registros de cuidados de enfermagem.
- Florence Nightingale - preconizou cuidados de higiene física, alimentar e do ambiente, bem como recreação e ar puro.
- Séculos XIX e XX - primeiras internações infantis - finalidade de prevenir a transmissão de infecções, portanto, as crianças eram mantidas em isolamento.
- Década de 1960 - compreensão de que a família é fundamental, que exerce influência sobre a saúde da criança e que o isolamento social é um fator de risco.
- 1990 - ECA - direito legal de serem acompanhadas por um responsável durante o processo de hospitalização.
- Atualmente é preconizado o cuidado centrado na criança e em sua família, com base na assistência integral e humanizada, considerando-a como um ser em crescimento e em desenvolvimento, que pertence a uma família e que deve ter seus membros incluídos no cuidado.

## Capítulo 3 - Trajetória metodológica

---

### 3.1. A modalidade de pesquisa fenomenológica

A fenomenologia surgiu no início da década de 1880, como uma contestação ao método experimental, especialmente quanto à busca do rigor da ciência para tratar de questões do ser humano e do mundo vivido, uma vez que o pensamento positivista havia sido abalado, sendo considerado, por filósofos, literatos e cientistas, como um pensamento distanciado do ser humano, de seus problemas, da sociedade e da história<sup>39</sup>.

No entanto, a fenomenologia só passou a ser amplamente conhecida e difundida a partir da corrente filosófica fundada por Edmund Husserl, um matemático e pensador alemão, no início do século XX<sup>39,40</sup>, e vem exercendo, desde então, uma influência considerável no que diz respeito à compreensão do ser humano no mundo circundante em que vive<sup>41</sup>.

Fenomenologia deriva do grego “*phainomenon*” (aquilo que se mostra em si mesmo) e “*logos*” (discurso esclarecedor)<sup>42</sup>. Enquanto movimento filosófico, a fenomenologia pretende descrever o fenômeno tal qual ele aparece, reconhecendo a essência do ser, da vida e das relações. Emprega uma forma de reflexão que possibilita olhar as coisas como elas se manifestam, não existindo uma preocupação em explicá-las<sup>40</sup>.

Pode-se dizer, portanto, que a fenomenologia é uma caminhada rumo às coisas nelas mesmas<sup>39</sup>, uma volta ao mundo vivido, encontrando respostas para os problemas do homem, sabendo de que modo este homem tem consciência como ser situado, histórico e culturalmente, em um determinado grupo social, constituindo-se um saber não sobre o sujeito, mas do sujeito<sup>42</sup>.

Para se chegar às coisas nelas mesmas, para Husserl, não interessa os fatos ou suas causas, o que interessa é a compreensão das significações essenciais, ou seja, do ato intencional que atribui sentido às coisas<sup>41</sup>. É a essência que mostra o que o fenômeno é, a realidade manifestada da coisa, do objeto e não o que subjetivamente aparece; é o que surge à consciência, o que é dado, isto é, a própria coisa que se percebe, na qual se pensa e da qual se fala<sup>39</sup>.

Para que seja possível a apreensão da essência do fenômeno – que, para Husserl, é voltar ao mundo do vivido enquanto tal –, são apontados alguns momentos necessários na pesquisa fenomenológica, que permitirão, ao pesquisador, o conhecimento da realidade a que se busca compreender. A pesquisa fenomenológica surge de uma interrogação correspondente a uma insatisfação que o pesquisador possui em relação àquilo que ele pensa saber, algo que o incomoda e que o instigará a buscar a essência do fenômeno<sup>43</sup>.

Assim, como primeiro momento de uma pesquisa fenomenológica, tem-se o pré-reflexivo, que é momento no qual o pesquisador possui indagações sobre algo e o interroga, para que o caminho a ser seguido lhe seja indicado, sendo que esse caminho, nesse tipo de pesquisa, é denominado de trajetória<sup>43</sup>.

Para iniciar essa trajetória, é necessário que o pesquisador deixe de lado tudo o que conhece sobre o fenômeno em estudo, momento denominado como *epoché* – e que se faz necessário para que haja um real encontro do pesquisador com o fenômeno –, para que ele veja os significados que os sujeitos estão tentando lhe mostrar e, assim, não fique esperando uma compreensão do fenômeno de acordo com as teorias que já conhece<sup>1,43</sup>.

Na abordagem fenomenológica, a principal “fonte de dados” é o diálogo em profundidade, entre o pesquisador e o sujeito, sendo a entrevista um recurso metodológico que permite um encontro social no qual o pesquisador auxilia o sujeito a descrever as experiências vividas e, por sua vez, os sujeitos contribuem com descrições de aspectos de seus mundos, tornando-se, desse modo, coparticipantes na pesquisa<sup>1,40</sup>.

Em posse dos discursos dos entrevistados, o pesquisador buscará o *sentido* da experiência do sujeito, ou seja, a essência do fenômeno. Para tal, considerará o referencial teórico apropriado que, neste estudo, foram alguns dos conceitos contidos na obra primal de Martin Heidegger, intitulada “Ser e Tempo”.

### 3.2. Aproximação ao referencial teórico de Martin Heidegger, em sua obra “Ser e Tempo”<sup>1</sup>

Ao ousar propor uma análise baseada em alguns conceitos da obra “Ser e Tempo”, de Martin Heidegger<sup>44</sup>, suponho essencial realizar uma aproximação ao universo heideggeriano, delimitado por alguns momentos da referida obra, que são pertinentes para compreender o fenômeno em estudo.

Heidegger, em “Ser e Tempo”, faz uma busca pelo sentido do ser. Para ele, o conceito de ser, apesar de ser universal, não é o mais claro, pois é, ao mesmo tempo, o mais concreto e o mais vazio, resistindo a toda tentativa de definição. Para que essa busca do ser seja realizada, Heidegger refere ser necessário fazer uma pergunta pelo ser, onde questiona sobre o ser, sobre o que determina o ente enquanto ente e sobre “aquilo em relação a que o ente, como quer que ele seja discutido, já é entendido cada vez”<sup>44</sup>.

O autor define ente como “tudo aquilo de que discorremos, que visamos, em relação a que nos comporta desta e daquela maneira; ente é também o que somos e como somos nós mesmos”<sup>44</sup>. Ao ente que somos cada vez nós mesmos e que tem, entre outras possibilidades-de-ser, a possibilidade-de-ser do perguntar, é denominado *Dasein*. “O *entendimento-do-ser é ele mesmo uma determinidade-do-ser-do Dasein*”<sup>44</sup>. É próprio desse ente, com seu ser e por seu ser, o estar aberto para ele mesmo; para ele o que está em jogo em seu ser é ser ele mesmo.

O ser ele mesmo, em relação ao qual o *Dasein* pode comportar-se e sempre se comporta dessa ou daquela maneira, é denominado de existência. “O *Dasein* sempre se entende a si mesmo, a partir de sua existência, a saber, a partir de sua possibilidade de ser si mesmo ou de não ser si mesmo”.<sup>44</sup> A essência do *Dasein* reside em sua existência.

Uma vez que se compreende o significado de *Dasein* como uma totalidade existencial, deve-se saber que o entendimento que o *Dasein* possui de si mesmo depende de sua existência e de sua possibilidade de ser si mesmo ou não. *Dasein* é, cada vez, essencialmente sua possibilidade; dessa maneira, ele pode sempre se escolher de forma a ganhar a si mesmo ou de

---

<sup>1</sup> Este momento do trabalho encontra-se fundamentado na obra “Ser e Tempo”, de Martin Heidegger, tradução de Fausto Castilho, 2012.

forma a se perder. Por perder entende-se o nunca ganhar ou o só se ganhar em aparência, sendo que o *Dasein* só pode se perder ou ainda não se ganhar na medida em que ele tem a possibilidade de se apropriar de si. Ao se apropriar de si, portanto, ele tem a possibilidade de dois modi-de-ser: o da propriedade e o da impropriedade.

O *Dasein*, portanto, enquanto um ser de possibilidades, poderá ser ou não de uma determinada forma, dependentemente das escolhas que fizer, porém, além de determinado por suas escolhas, essa forma de ser do *Dasein* também dependerá das alternativas que o mundo lhe permitir, por ter nascido ou por ter se deparado com uma determinada situação.

Outra questão inerente ao *Dasein* é ser em um mundo. Somente o *Dasein* é um ser-no-mundo e o ser-no-mundo do *Dasein* também pressupõe modos de ser-em um mundo. Há uma multiplicidade de formas de ser-em, sendo exemplos delas o ter que se haver com algo, produzir algo, abandonar algo, deixar que algo se perca, empreender, averiguar, interrogar, determinar... Esses modos do ser-em têm o modo-de-ser do ocupar-se.

“O termo ‘ocupar-se’ tem de imediato sua significação pré-científica e pode significar: executar, terminar, ‘resolver um assunto’. A expressão pode significar também obter algo. Além disso, é empregada de modo característico: estou ocupado [...]. ‘Ocupar-se’ significa aqui algo como recluir. Em oposição a essas significações ônticas<sup>2</sup>, a expressão ocupar-se de algo é empregada na presente investigação como termo ontológico<sup>3</sup> (existenciário) para designação do ser de um possível ser-no-mundo”.<sup>44</sup>

Na ocupação, cabe ao *Dasein* se haver com instrumentos. Por instrumento, denominamos o ente que-vem-de-encontro no ocupar-se. O instrumento é algo para, um objeto, uma coisa que terá um modo-de-ser ou, em outras palavras, uma usabilidade, que dependerá do manejo que o *Dasein* dele fará. Esse instrumento pode ser uma caneta, um papel, um quarto, as portas, as janelas, etc.

---

<sup>2</sup> Ôntico – preocupa-se apenas com o ente.<sup>45</sup>

<sup>3</sup> Ontológico – busca a compreensão sobre o *sentido* do ser dos entes.<sup>45</sup>

Sendo em um mundo, a princípio o *Dasein* só encontra de “imediato a ‘si mesmo’ no que faz, naquilo de que necessita, no que espera e evita – no utilizável do mundo-ambiente do qual de pronto *se ocupa*”<sup>44</sup>. No entanto, ser-em-um-mundo implica ao *Dasein* ser-no-mundo-com, ou seja, o *Dasein* habita um mundo que é compartilhado com outros. O ser-em é um ser-com os outros, é um ser-no-mundo do ver-ao-redor-ocupado e a forma com que os outros vêm ao encontro desse *Dasein* depende do mundo em que o *Dasein* mantém por sua essência.

Quando o *Dasein* se depara com um outro ente, que se comporta como ser-com, mas não tem o modo-de-ser do instrumento utilizável, é ele mesmo *Dasein*. Desse ente, portanto, o *Dasein* não se ocupa, pois com ele se preocupa, pois Heidegger coloca que quando o *Dasein* se “ocupa” de alimentar e de vestir ou de cuidar de um corpo doente essas são formas de preocupação-com.

Heidegger explicita, por meio de uma fábula antiga, a interpretação que o *Dasein* dá de si mesmo como preocupação:

“Um dia em que a ‘Preocupação’ atravessa um rio, vê um lodo argiloso: pensativa, pega um tanto e começa a modelá-lo. Enquanto reflete sobre o que fizera, Júpiter intervém. ‘Preocupação’ lhe pede que empreste espírito ao modelo, no que Júpiter consente de bom grado. Mas, quando ‘Preocupação’ quis impor-lhe seu próprio nome, Júpiter a proíbe e exige que seu nome lhe seria dado. Enquanto ‘Preocupação’ e Júpiter discutiam sobre o nome, a Terra (*Tellus*) surge também a pedir que seu nome fosse dado a quem ela dera seu corpo. Os querelantes tomam, então, Saturno para juiz, o qual profere a seguinte decisão equitativa: ‘Tu, Júpiter, porque deste o espírito, deves recebê-lo na sua morte; tu, Terra, porque o presenteaste com o corpo, deves receber o corpo. Mas, porque ‘Preocupação’ foi quem primeiro o formou, que ela então o possua enquanto ele viver. Mas, porque persiste a controvérsia sobre o nome, ele pode se chamar *homo*, pois é feito *de humus* (terra)’”<sup>44</sup>

Com essa fábula, Heidegger busca mostrar que *Dasein* tem uma origem e que pertencerá durante toda a sua vida à preocupação, além de lembrar também que *Dasein* é “*compositum* de corpo (terra) e espírito”. Heidegger utiliza da palavra cura para denominar a preocupação, afirmando que essa deve significar não apenas um “‘esforço angustioso’, mas também ‘solicitude’, ‘entrega’”<sup>44</sup>.

Contudo, a preocupação, na forma de preocupação-com, que ocorre no modo de ser-com, pode mover-se em modos positivos ou em modos negativos. Existem dois modos positivos, porém extremos, da preocupação-com-o-outro. Por um lado, pode-se como que retirar a preocupação do outro, ocupando seu lugar, substituindo-o, preocupação essa denominada de substitutiva-dominadora. Essa preocupação-com-o-outro se incumbe pelo outro daquilo de que este deve se ocupar, podendo, esse outro, se tornar dependente e dominado, mesmo que ele não perceba, que isso seja-lhe oculto.

Em oposição a essa preocupação dominadora, há a preocupação que pressupõe o outro em seu poder-ser existencial, não lhe retirando a preocupação, mas a restituindo como tal. “Essa preocupação-com que concerne em essência à preocupação que propriamente o é – a saber, a existência do outro e não um *quê* de que ele se ocupe – ajuda o outro a obter *transparência* em sua preocupação e a se tornar *livre* para ela”<sup>44</sup>, sendo essa preocupação denominada como antecipativa-libertatória. Heidegger reitera, no entanto, que, no cotidiano do ser-um-com-o-outro, os dois modos positivos da preocupação mantêm-se, muitas vezes, de forma mista entre os dois extremos da preocupação-com.

Quanto aos modos negativos da preocupação, esses podem variar da deficiência até a indiferença. O ser-sozinho é um modo deficiente do ser-com e ocorre quando o *Dasein* não percebe um outro e não subsiste com ele – e mesmo quando esse *Dasein* subsiste junto a outros, ele só será encontrado pelos outros se ele assim permitir e se possuir a estrutura existencial do ser-com, caso contrário, ele atuará no modo da indiferença e da estranheza, pois “ [...] passar um ao lado do outro, não se importar em nada com o outro são modos possíveis de preocupação-com”<sup>44</sup> em seus modos negativos.

Heidegger também revela que, para que o *Dasein* não permaneça na indiferença, torna-se necessário haver o imediato e essencial conhecimento mútuo que só se faz possível

quando há uma aproximação dos outros até o que há por trás deles. É um modo de ser-um-com-o-outro entendedor que possibilita e constitui a relação com os outros. Esse fenômeno chama-se empatia e possui “a função de lançar uma como que ponte ontológica entre o sujeito próprio, o único dado de imediato, e um outro sujeito, de imediato totalmente fechado”<sup>44</sup>, de forma que seja possível entender corretamente esse outro.

Outro ponto importante da relação do *Dasein* com os outros é que, nesse ser-um-com-o-outro, o *Dasein* acaba por ser dissolvido no modo-de-ser dos outros, fazendo com que sua diferenciação e sua expressividade desapareçam. O *Dasein* passa a fazer tudo da forma como a-gente faz, a gostar de tudo que a-gente gosta e o a-gente, que não é ninguém determinado e que todos são, prescreve o modo-de-ser da cotidianidade.

A-gente está em toda parte, de tal maneira que retira a responsabilidade de cada *Dasein*, uma vez que antecipa todo julgar e todo decidir. Tudo que é feito é feito por a-gente e, no entanto, pode-se dizer que foi feito por ninguém. Isso traz um alívio-de-ser a-gente, já que ajuda a tomar as coisas de modo leviano e torná-las fáceis. “Cada um é o outro e nenhum é ele mesmo”<sup>44</sup>, ou seja, a-gente é no modo do não-ser-si-mesmo e da impropriedade.

Essa tendência do ser-com, denominada de distanciamento, se funda em que o ser-um-com-o-outro ocupa a mediania. Ele se mantém na mediania do que vai indo, do que é considerado válido ou não; essa preocupação da mediania mostra uma outra tendência do *Dasein*, que é a do nivelamento de todas as possibilidades-de-ser.

De pronto, o *Dasein* é a-gente e no mais das vezes assim permanece. Uma vez que o *Dasein* se mantém na impropriedade e no modo-de-ser de a-gente, torna-se necessário compreender alguns fenômenos que fazem parte desse modo de ser: os modos-de-ser cotidiano de discurso, de visão e de interpretação.

O fenômeno que constitui o modo-de-ser do entender e do interpretar do *Dasein* cotidiano é denominado de falatório. Heidegger considera que todo discurso que-se-expressa é comunicação e que, com ela, sempre se pretende que o ouvinte participe sobre aquilo que o discurso discorre. Porém, ele também coloca que, conforme a entendibilidade mediana que existe no expressar-se da linguagem, determina-se que o ouvinte compreende o sobre-quê está se



falando, porém somente mais ou menos, “por cima”, sendo que, assim, o discurso entendido por todos fica nivelado.

Dessa forma, a comunicação não partilha a primária relação-de-ser com o ente de que discorre, o que conta é que se discorra e, assim, a comunicação não ocorre no modo da apropriação, mas pelo caminho da difusão e da repetição do discorrido. O falatório, portanto, ocorre quando, nessa repetição e nessa difusão, a inicial falta-de-solo aumenta até atingir a total falta-de-solo.

É necessário compreender também a ideia de que o falatório não ocorre somente na repetição oral, mas que se reproduz na comunicação escrita, denominada de escrevinhação. Podemos concluir que os discursos são baseados no ouvir-dizer e no lido por cima e que, devido ao entendimento mediano, não há o querer fazer distinção, pois tudo já foi entendido.

Enquanto o falatório está intimamente ligado à fala/comunicação, a curiosidade, por sua vez, está diretamente relacionada à visão, sendo que Heidegger a considera como o “modo-fundamental de todo abrir do *Dasein* [...], tomado no sentido da genuína apropriação do ente em relação ao qual o *Dasein* pode se comportar, conforme suas essenciais possibilidades-de-ser”<sup>44</sup>.

A visão, portanto, mostra-se numa peculiar tendência-de-ser da cotidianidade para o ver, porém não se limitando a olhar, mas também como uma peculiaridade do mundo-vir-de-encontro na percepção, ressaltando-se que, apesar do ver pertencer propriamente aos olhos, também se emprega essa palavra para outros sentidos, ou seja, para conhecer.

A curiosidade não se ocupa de ver e entender o visto para apreender e, sabendo, estar na verdade, busca somente vê-lo, busca o novo somente para saltar novamente desse para outro novo, buscando possibilidades de abandonar-se ao mundo. É um ocupar-se de um saber somente para se ter sabido.

A curiosidade, portanto, acha-se em toda parte e em parte alguma, é um novo modo de ser-no-mundo do *Dasein* cotidiano no qual ele constantemente se desenraiza. A curiosidade está entregue ao falatório, sendo que um modo arrasta o outro consigo: “a curiosidade, para a qual nada está fechado, e o falatório, para o qual nada fica sem ser entendido, se dão, isto é, dão

ao *Dasein*, sendo, desse modo, a garantia de uma ‘vida’ pretensamente ‘vivida’”<sup>44</sup>. Essa pretensão mostra um terceiro fenômeno: a ambiguidade, onde tudo se figura autenticamente entendido, apreendido e expresso e, no fundo, não o é, ou então, não parece e no fundo é.

“Quando, no cotidiano ser-um-com-o-outro, algo vem-de-encontro que é acessível a qualquer um e sobre o qual qualquer um pode dizer qualquer coisa, já não se torna possível decidir de imediato entre o que foi e o que não foi aberto em um entendimento autêntico. Essa ambiguidade estende-se não somente ao mundo, mas de igual maneira ao ser-um-com-o-outro como tal e mesmo à relação do *Dasein* consigo mesmo”.<sup>44</sup>

A ambiguidade cuida para que tudo aquilo que a-gente suspeitou e de fato um dia se realizou, torne-se de imediato algo desinteressante. O interesse por algo só se mantém no modo da curiosidade e do falatório, ou seja, enquanto se dá a possibilidade descompromissada de só-suspeitar-em-comum. Falatório e curiosidade, em sua ambiguidade, preocupam-se com que o criado recentemente e de modo autêntico já tenham envelhecido para a publicidade no momento de seu surgimento.

Ambíguo, o *Dasein* é sempre aí, isto é, na abertura pública do ser-um-com-o-outro, onde o falatório mais ruidoso e a curiosidade mais inventiva mantêm funcionando o estabelecimento onde cotidianamente tudo ocorre e, no fundo, nada acontece. Essa ambiguidade sempre propicia a curiosidade o que ela busca e, ao falatório, dá a ilusão de que nele tudo se decidira.

Falatório, curiosidade e ambiguidade não são caracteres subsistentes no *Dasein*, mas sim caracteres que constituem o seu ser. Neles e em sua conexão, desvenda-se um modo-de-ser fundamental, o da cotidianidade, denominada de o *decair* do *Dasein*. O termo decair “tem usualmente o caráter do estar-perdido na publicidade de a-gente”<sup>44</sup>.

“O *Dasein*, como poder-ser si-mesmo próprio, já sempre desertou de si mesmo, decaindo no ‘mundo’. O ser do decair no ‘mundo’ significa ser-absorvido no ser-um-com-o-outro, na medida em que este é conduzido por falatório, curiosidade e ambiguidade. O que denominamos a

impropriedade do *Dasein* [...], pela interpretação do decair, uma determinação mais rigorosa. Mas impróprio e não-próprio de modo algum significa ‘propriamente não’, como se com esse *modus-de-ser* o *Dasein* perdesse em geral seu ser. Impropriedade não significa algo semelhante a já-não-ser-no-mundo, pois constitui precisamente o contrário, a saber, um assinalado ser-no-mundo completamente tomado pelo ‘mundo’ e pelo *Dasein-com* com os outros e a-gente. O não-ser-si-mesmo tem a função de uma possibilidade *positiva* do ente que, essencialmente ocupado, é absorvido em um mundo. Esse *não-ser* deve ser concebido como o imediato modo-de-ser em que no mais das vezes o *Dasein* se mantém”.<sup>44</sup>

O modo-de-ser do cotidiano da abertura, portanto, é caracterizado pelo falatório, pela curiosidade e pela ambiguidade – e esses fenômenos mostram a mobilidade do decair, com seus caracteres essenciais: a tentação, a tranquilização, o estranhamento e o ficar-presos-em-si-mesmo.

O *Dasein* prepara para si mesmo a constante tentação de decair quando ele dá a si mesmo a possibilidade de se perder em a-gente e de decair na falta-de-chão. “O ser-no-mundo é em si mesmo tentador. [...] Falatório e ambiguidade, o tudo-ter-visto e o tudo-ter-entendido formam a pretensão de que a abertura do *Dasein* assim disponível e predominante poderia garantir-lhe a segurança, a autenticidade e a plenitude de todas as possibilidades de seu ser”<sup>44</sup>. Dessa forma, pode-se dizer que, ao mesmo tempo que o-ser-no-mundo que-decai é para si mesmo tentador, ele é também tranquilizante. E essa tranquilidade tentadora intensifica ainda mais o decair.

Porém, apesar dessa tranquilidade, onde se compara com tudo e que tudo entende, o *Dasein* é arrastado para um estranhamento no qual lhe fica encoberto seu poder-ser mais-próprio e, assim, a tentação, que tranquiliza, é também estranhante ao ser-no-mundo que decai. Esse estranhamento conduz o *Dasein* a um modo-de-ser caracterizado pela mais extrema “análise de si mesmo”, ele:

“*Fecha* para o *Dasein* a sua propriedade e a sua possibilidade, mesmo que seja só a possibilidade de um autêntico malogro, não o entrega, contudo, a um ente que não ele mesmo, mas o constrange, na sua impropriedade, a

um possível modo-de-ser *de si mesmo*. O estranhamento do decair, tranquilizante e tentador, faz que, em sua mobilidade própria, o *Dasein* fique *preso* nele mesmo”.<sup>44</sup>

Mas, enfim, o que tudo isso tem a ver com a compreensão do cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada – que é o propósito desse estudo?

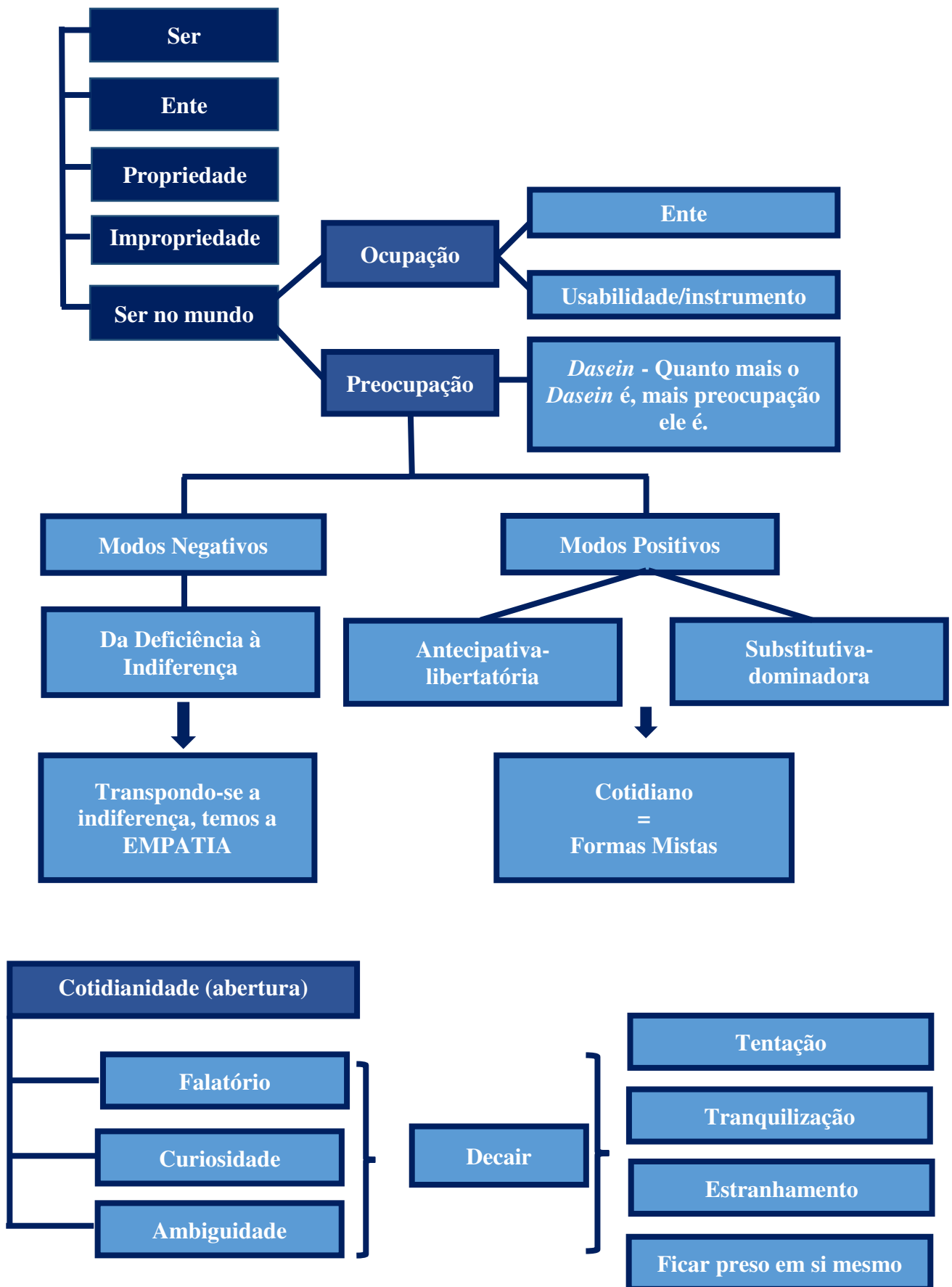
O *Dasein* do qual trataremos nesse estudo é um ente, que, em meio às possibilidades que a vida lhe trouxe, veio a ser, em sua existência, profissional de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica.

Cada profissional, em posse das suas experiências e de suas vivências em ser-profissional-de-enfermagem que trabalha numa unidade de internação pediátrica, trouxe, por meio de seus discursos, diversos entendimentos sobre o que é cuidar da criança hospitalizada. Trouxe conceitos, vivências, peculiaridades, dificuldades e expectativas acerca deste cuidado.

Em posse desses discursos e com base nos conceitos trazidos por Heidegger em “Ser e Tempo”, explicitados acima, busquei compreender o *sentido* de cuidar da criança hospitalizada com vistas a desvelar este importante fenômeno.

A seguir, na **figura 3**, é possível visualizar os conceitos de Martin Heidegger utilizados no presente estudo.

Figura 3 – Conceitos de Martin Heidegger utilizados no presente estudo



### 3.3. A entrevista fenomenológica

*O cliente que diz sua palavra é como o artista que pinta seu quadro e vai criando as formas e colocando o traço e a cor sobre a tela, sem necessidade de provar o que cria, mas reunindo, na forma da expressão pictórica, o mundo de sua existência ou um mundo de existência.*<sup>46</sup>

No presente estudo, optou-se por utilizar a entrevista fenomenológica como recurso metodológico para que fosse possível o diálogo em profundidade entre o pesquisador e o participante – sujeito, que, como já dito anteriormente, é a principal fonte de acesso às vivências na pesquisa fenomenológica. Dessa forma, acredita-se ser necessário que alguns aspectos importantes sejam ressaltados.

O pesquisador fenomenológico busca conhecer a fundo as vivências das pessoas e as representações que elas possuem de suas experiências de vida. Sendo a descrição ou o discurso a prova da existência do sujeito e sua forma de colocar sua experiência rigorosamente como ela está acontecendo, o pesquisador utiliza-se da entrevista como recurso para acessá-la<sup>43,47</sup>.

A entrevista é, portanto, um encontro social onde é possível *des-ocultar* a visão que uma pessoa tem sobre uma determinada situação, de forma a possibilitar a obtenção de dados relevantes do mundo do outro, por meio de descrições que devem ser tão detalhadas quanto possíveis. Ela se dá sob a forma de existência situada no encontro que envolve alguém que está diante do objeto descrito, que conhece tal objeto, para alguém que não o conhece<sup>1,46</sup>. É uma forma de acessar a verdade do existir do entrevistado, por meio de uma linguagem onde se somam seus pensamentos e suas ideias – já que sua fala nada mais é que seu pensamento<sup>46</sup>.

Dessa maneira, a pesquisa fenomenológica possui “a função de interrogar fenômenos, envolvendo um pensar direcionando o olhar, no sentido da práxis denominada ‘experiência consciente’ do sujeito no seu mundo-vida, para, assim, chegar à sua existência ou à invariabilidade da sua estrutura”<sup>43</sup>. Para tanto, o pesquisador precisa reconhecer uma realidade diferente da sua, que possui identidade própria e que necessita, portanto, que haja um descentramento por parte dele para que seja possível uma compreensão empática do outro que

está a sua frente. Dessa forma, é preciso que o entrevistador penetre no mundo e na vida do sujeito, que o ouça olhando em seus olhos, impregnando-se de seus gestos, que pense com o seu pensamento e que se abstraia de todo e qualquer preconceito ou perspectivismo<sup>46</sup>.

A entrevista é, portanto, considerada o maior recurso de acesso às vivências dos sujeitos, na pesquisa fenomenológica, por tornar possível que, pela descrição da experiência de mundo, o pesquisador se coloque frente ao fenômeno que está investigando e possa, dessa forma, compreendê-lo. Para que isso seja possível, geralmente, o pesquisador propõe uma questão orientadora, com base em sua vivência e em seu grau de imersão com o fenômeno, seus valores, suas crenças e suas perspectivas<sup>48</sup>.

Essa questão deve ser aberta, de maneira a permitir respostas amplas e orientar o pensamento do sujeito<sup>1</sup>. Os sujeitos devem falar de maneira livre, sem serem interrompidos<sup>1,39</sup>. Estímulos pré-categorizados para respostas comportamentais não devem ser realizados, não é correto facilitar a obtenção dos dados, voltando ao sujeito e lhe pedindo mais informações ou corrigindo alguns componentes. O que pode ser questionado, ao final das descrições, é somente se o sujeito completou sua descrição, se ela está completa, da forma como ele gostaria, ou se ele incluiu todas as informações que conhecia ou sabia<sup>1</sup>.

“Uma entrevista fundamentada em uma metodologia fenomenológica, conseqüentemente, não submete a situação observada e o cliente a uma análise conceitual, classificadora, orientada por um esquema de ideias e direcionada para determinados fins. Ao contrário, descarta-se de modelos, projetos, alternativas e valores últimos que possibilitam um saber ‘sobre’ o cliente, mas não um saber ‘do’ cliente.”<sup>46</sup>

Durante a entrevista, o pesquisador pode gravar os discursos, desde que haja anuência do sujeito, e utilizar um diário, no qual possa registrar suas ideias sobre a linguagem verbal ou outras formas de discurso (não verbal, gestual, silêncio) que o entrevistado apresente durante a entrevista<sup>48</sup>. Deve-se lembrar, ainda, que, nesse tipo de pesquisa, as entrevistas e sua respectiva análise devem ocorrer simultaneamente, já que o critério para encerramento da entrevista é o fato de o pesquisador dar-se por satisfeito, por considerar que os conhecimentos obtidos já são suficientes para desvelar o fenômeno em uma ou mais perspectivas<sup>43,48</sup>.

### 3.4. Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado em uma unidade de internação pediátrica, de um serviço de enfermagem pediátrica de um hospital público, de ensino, localizado do interior do Estado de São Paulo. O hospital em questão foi inaugurado em 1985 e, atualmente, é considerado um dos maiores hospitais gerais do interior do Estado de São Paulo e um centro de excelência médica nacional, que atende cerca de 500 mil pacientes de alta complexidade, por ano, sendo denominado como um hospital terciário.

A unidade de internação atende crianças com doenças agudas e crônicas, em condições clínicas e/ou cirúrgicas, provenientes dos ambulatorios, da unidade de emergência referenciada e da unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP), havendo, dentre essa população, algumas crianças dependentes de ventilação mecânica que permanecem hospitalizadas por longos períodos. A equipe multiprofissional responsável por atender essa clientela é formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeuta, pedagogo, psicólogo, nutricionista e assistente social contratados pela universidade, contando, também, com residentes e aprimorandos das mais diversas especialidades.

A unidade possuía 58 leitos, sendo 10 leitos de cuidados intensivos na UTIP e 48 leitos de enfermagem, divididos em três postos de enfermagem, sendo dois postos com 18 leitos e um com 12 leitos. No momento da pesquisa, porém, devido a necessidade de ampliação dos leitos de UTI, a antiga UTIP está em reforma, tendo sido alocada em outro espaço do hospital, no mesmo andar, e contando com 12 leitos.

Com a reforma, um dos postos de enfermagem, que contava com 12 leitos, foi desativado, para dar espaço aos novos leitos da UTIP. Dessa forma, a unidade de internação pediátrica conta, com 36 leitos de enfermagem, divididos em dois postos de enfermagem, com 18 leitos cada. Ambos os postos contam com um quarto que comporta quatro leitos – os demais quartos comportam dois leitos. Não há divisão física entre os postos, apenas uma divisão guiada pelos números dos quartos.



O serviço cumpre o artigo 12 do ECA<sup>25</sup>, acolhendo um acompanhante em tempo integral. As visitas são diárias, das 9 às 19h, podendo entrar dois visitantes de cada vez, sem limite total. Aos acompanhantes são oferecidas três refeições, sendo o café da manhã servido no quarto. Já o almoço e o jantar são servidos no refeitório do hospital, onde também são servidas as refeições de funcionários e alunos da área da saúde que estejam realizando alguma atividade no hospital.

Há uma sala de recreação que funciona das 8:30 às 17:30h, de segunda-feira à sexta-feira, sob a responsabilidade de uma pedagoga. Como forma de recreação, o serviço conta também com a atuação de voluntários de organizações não governamentais (ONG), como Hospitalhaços, GRIOTS (contadores de histórias) e os Cães Terapeutas. Não há atendimento de classe hospitalar.

### 3.5. Participantes e acesso aos participantes

Participaram do estudo, 10 profissionais de enfermagem, sendo cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem, pertencentes aos seguintes turnos: três do período da manhã; quatro do período da tarde; e três do período noturno. Na **Figura 4**, é possível visualizar as informações de cada profissional.

Foi adotada uma estratégia de acesso aos participantes em duas fases. A primeira envolveu a amostragem por conveniência e, a segunda, a amostragem por efeito bola de neve. A princípio, portanto, foram abordados os profissionais que a pesquisadora acreditou terem bastante a contribuir com a pesquisa; ou seja, tratou-se de uma escolha intencional.

A intencionalidade na escolha dos participantes vai além dos critérios de inclusão e exclusão, expressão inadequada para a pesquisa fenomenológica, pois a entrevista fenomenológica é um encontro social e existencial, que exige de ambos, pesquisador e participante, um posicionamento, que obriga um a reconhecer que a realidade do outro é diferente da sua. Portanto, incluir um participante na pesquisa extrapola critérios fechados/rígidos, pois é necessário que se dê a compreensão empática deste outro que está diante de mim<sup>46</sup>.

Os demais entrevistados foram abordados devido a indicação do profissional entrevistado anteriormente, ao desejo de participar da pesquisa, informado à pesquisadora, por ocasião da sua presença na unidade, à disponibilidade de horário para participar e ao turno em que trabalhava, de modo a garantir profissionais de todos os turnos.

Aos profissionais que aceitaram participar do estudo, foram agendados data, horário e local que melhor os conviessem. Uma das entrevistas foi realizada na casa da pesquisadora e uma em ambiente externo ao hospital, ambas por solicitação dos profissionais. As demais ocorreram no referido serviço, em espaços distintos, a saber: pátio externo, secretaria, sala de reuniões, sala de procedimentos – dependendo da escolha do participante e da disponibilidade em relação à proximidade à enfermaria.

Três entrevistas ocorreram durante o horário de trabalho, por solicitação dos profissionais e com autorização do diretor da área. As demais entrevistas ocorreram antes do início ou após o término de cada turno, de forma a prejudicar o mínimo possível o andamento do serviço.

A entrevista se deu a partir da seguinte questão norteadora: “O que é cuidado à criança hospitalizada para você? Conte-me, em detalhes, sua experiência em cuidar da criança hospitalizada”. Vale ressaltar que as entrevistas foram iniciadas com a questão “O que é cuidado à criança hospitalizada para você?”, sendo que, em alguns casos, nos quais o profissional não compreendeu totalmente o que estava sendo perguntado, foi necessário refazer a questão, com outras palavras, para: “O que você considera como cuidado à criança hospitalizada?”.

Após o término da resposta dessa questão, sempre era indagado se o participante teria alguma coisa para acrescentar – e somente quando a resposta era negativa, era, então, solicitado que o profissional contasse, com detalhes, sua experiência em cuidar da criança hospitalizada. Alguns participantes, tendo lido as questões anteriormente, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I), ou mesmo ao tentar explicar o que consideravam como cuidado à criança hospitalizada, já relatavam suas experiências durante a resposta à primeira questão.

Todos os participantes forneceram sua anuência, por meio da assinatura do TCLE, e consentiram na gravação das entrevistas, que ocorreu por meio de equipamento de áudio digital (que foram, posteriormente, transcritas na íntegra). As entrevistas foram encerradas quando os discursos obtidos se mostraram suficientemente consistentes para desvelar o fenômeno em estudo<sup>43</sup>.

A afirmação de que os discursos são suficientes, para desvelar o fenômeno em estudo, perpassa apenas à perspectiva do pesquisador que, ao conduzir a pesquisa, não busca simplesmente um método, mas sim uma *clareza* para aquilo que pretende compreender. É na busca dessa *claridade* que o pesquisador se empenha em dar *sentido* às descrições dos participantes<sup>49</sup>.

Foram assegurados aos participantes o sigilo e o anonimato. Para tanto, seus nomes foram substituídos por nomes de flores. A escolha por nome de flores ocorreu a partir do pedido de um participante, que, ao saber que seu nome seria substituído por um nome fictício, sugeriu o nome de uma flor. Dessa forma, todos os demais foram também nomeados por flores.

**Figura 4 – Participantes**



### 3.6. Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pela Diretoria de Enfermagem do Serviço de Enfermagem Pediátrica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, sob o CAAE 38417214.8.0000.5404 (Anexo I). Mediante essas autorizações, compareci ao referido serviço, onde abordei os profissionais da equipe de enfermagem, apresentei os objetivos do estudo e solicitei sua colaboração, oferecendo-lhes as informações necessárias.

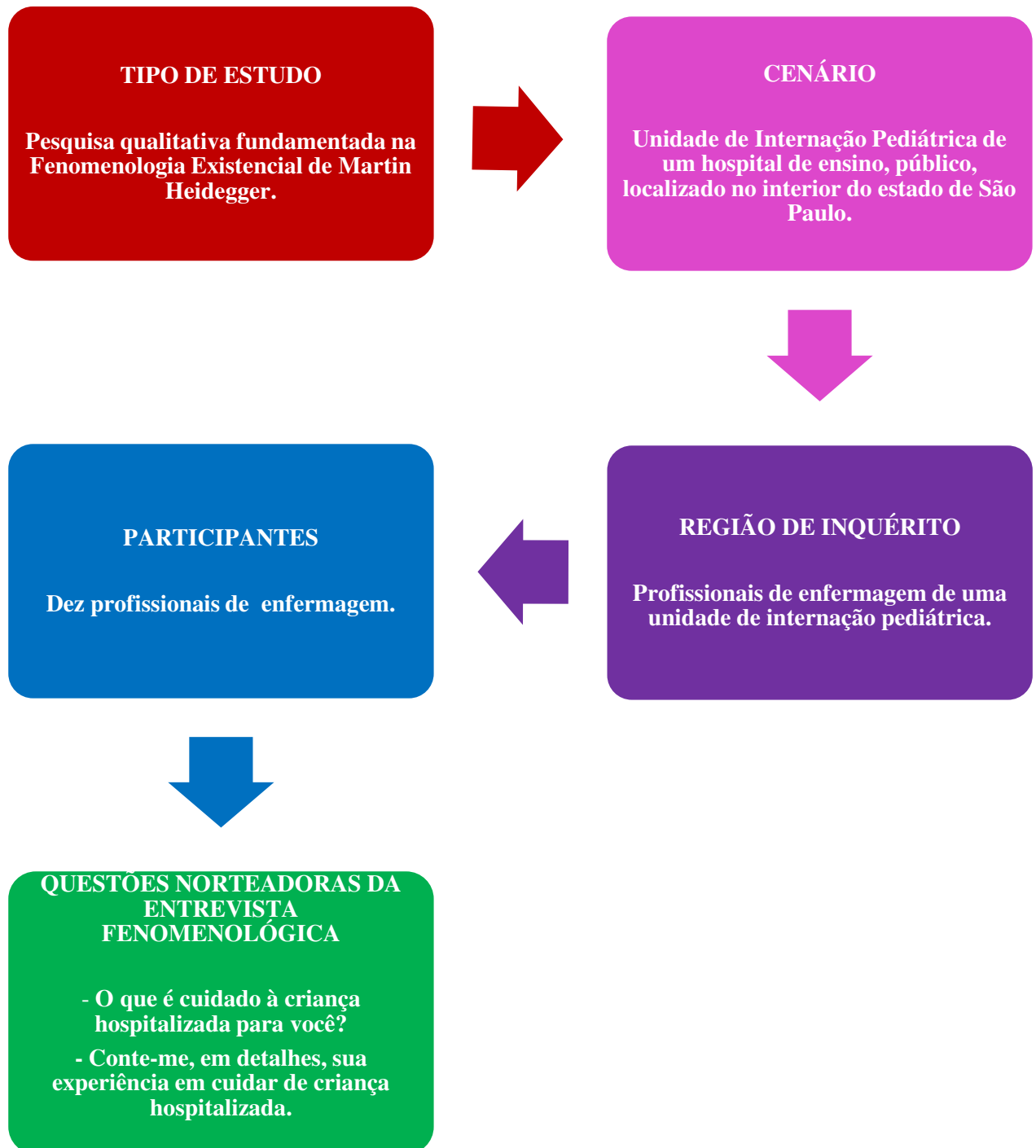
A assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi solicitada àqueles que aceitaram participar do estudo, no dia da entrevista. Durante todo o desenvolvimento da pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados pela resolução [CNS/MS 466/12](#), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)<sup>50</sup>.

Vale ressaltar que todos os profissionais que participaram da pesquisa já tiveram contato prévio com a pesquisadora durante, ao menos em um dos períodos em que trabalhou no local do estudo. Porém, no período em que as entrevistas foram realizadas, a pesquisadora estava desenvolvendo suas atividades profissionais em outra UTIP.

Dessa forma, foi possível observar, nas entrevistas, discursos que faziam alusão ao conhecimento prévio da pesquisadora sobre a realidade do serviço, com pouca ou nenhuma explicação sobre uma determinada rotina, por exemplo. O fato de não estar desenvolvendo atividades profissionais na referida unidade, no momento das entrevistas, foi importante para que os profissionais não se sentissem avaliados, a depender dos discursos apresentados nas entrevistas, embora não seja uma determinação do método.

A seguir, a **Figura 5** mostra um esquema representativo da trajetória metodológica.

**Figura 5 – Esquema representativo da trajetória metodológica**



#### **Capítulo 4 - Em busca do *sentido* do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada: desvelando o Ser do profissional de enfermagem**

---

Após obtenção dos discursos, buscou-se apreender a essência do fenômeno. Primeiramente, considerando que a proposta inicial era analisar a estrutura do fenômeno situado, foram utilizadas as orientações de Giorgi<sup>51</sup> e Martins & Bicudo<sup>1</sup>, por meio dos seguintes passos:

- a) leitura global do conteúdo total de todas as descrições dos sujeitos, de forma a familiarizar-se com a experiência vivida por eles, não buscando, nesse momento, qualquer interpretação do que estava exposto;
- b) releitura atenta do texto, tantas vezes quanto fosse necessário, de modo a identificar as informações significativas; sendo que o retorno a cada depoimento favorecia a compreensão das unidades de significados, focalizando o fenômeno investigado;
- c) diante das unidades de significados, foram buscadas convergências (aspectos comuns entre os vários discursos) e divergências (aspectos peculiares em um ou poucos discursos), organizando-as em categorias temáticas;
- d) elaboração de síntese descritiva, incorporando as afirmações significativas atribuídas pelos sujeitos às suas experiências.

Portanto, a partir dos passos recomendados por Giorgi<sup>51</sup> e Martins & Bicudo<sup>1</sup>, alcancei as unidades de significado presentes nos discursos dos sujeitos entrevistados, elaborando sete categorias temáticas. No quadro 1, é possível visualizar um exemplo de como uma das categorias foi elaborada, a partir dos passos recomendados por Giorgi<sup>51</sup> e Martins & Bicudo<sup>1</sup>.

Porém, na última parte do processo, ou seja, durante a elaboração da síntese descritiva, ao me aproximar do referencial teórico adotado no presente estudo, optei por desconstruir as categorias temáticas anteriormente elaboradas e construir um texto único, no qual algumas ideias de Heidegger<sup>44</sup> ajudaram-me a compreender os discursos dos profissionais de enfermagem. Dessa forma, foi possível apreender o *sentido* do fenômeno em estudo.

**Quadro 1 – Exemplo de elaboração da categoria “Cuidado Centrado na Criança” a partir dos passos recomendados por Giorgi<sup>51</sup> e Martins & Bicudo<sup>1</sup>.**

Discurso	Unidades de Significados	Categoria
[...] mas eu acho que a criança, é, eu não sei se é a palavra certa é o jeito, mas é diferente você cuidar de uma criança e cuidar de um adulto [...] (Amarílis)	Cuidar da criança é diferente de cuidar do adulto.	<b>Cuidado Centrado na Criança</b>
[...] eles choram, eles sentem medo, eles não sabem o que estão acontecendo, então eu acho que, ir devagar, é... não assim, achar que porque está chorando “ah não é nada, só tá chorando”, você ver, entender, por que será que essa criança tá chorando? Então levar tudo em consideração. (Amarílis)	Considerar as características da criança para cuidar.	
[...] é um trauma, porque ele sai do convívio da mamãe e do papai, da família, do irmãozinho, de um ambiente doméstico, algo mais dele, exclusivamente dele... aí ele vem para um, para uma, um local chamado hospital [...] (Gérbera)	O cuidado para a criança hospitalizada é traumatizante.	

### **Dando *sentido* ao cuidado de enfermagem à criança hospitalizada**

Ao buscar dar *sentido* ao cuidado de enfermagem oferecido às crianças hospitalizadas pelos profissionais de enfermagem, pode-se afirmar que o cerne do fenômeno transitou ora relacionado à ocupação, ora à preocupação. Trata-se de características existenciais e, como tal, podem emergir e submergir a qualquer tempo, ou seja, é um ir e vir do humano.

No trato da ocupação, os profissionais de enfermagem se relacionam com vários instrumentos, como o estetoscópio, o termômetro, os medicamentos, a banheira, a fralda, as agulhas, as seringas, as bombas de infusão, dentre outros. Instrumentos podem ser materiais de consumo e/ou permanentes, que fazem parte da rotina desses profissionais; no entanto, cabe a cada um dar a eles a usabilidade de acordo com o conhecimento que possui e o seu modo de trabalho.



Destacam-se situações em que esses instrumentos passam a ser o foco principal do cuidado, deixando o ser-criança, que precisa do cuidado, em segundo plano. São situações nas quais se dá ênfase aos procedimentos e às doenças, mais do que à própria criança. Dessa forma, pode-se afirmar que os profissionais agem na impropriedade do fazer somente por fazer, em utilizar os instrumentos sem pensar na sua real serventia e também sem questionar sua práxis.

Amarílis, em seu discurso, revela que o número de crianças sob seu cuidado não permite o cuidar autêntico, sendo possível “cuidar” das crianças somente nos momentos em que há a necessidade de realizar algum procedimento, de utilizar um instrumento:

Porque, querendo ou não, como tem muita criança, aí às vezes você tem que fazer vários procedimentos, você acaba entrando lá pra cuidar da criança só no... “cuidar” (entrevistada faz sinal de entre aspas com a mão quando diz cuidar) na hora de fazer um exame, na hora de punccionar uma veia. (Amarílis-E<sup>4</sup>)

Por sua vez, ao exemplificar o que fazem para cuidar das crianças, Violeta descreve procedimentos, enquanto Copo de Leite, além dos procedimentos, refere também ter atenção com os equipamentos, como respiradores e tendas.

Ah, normalmente não sei, a gente faz medicação, dá os cuidados com banho, né? Tentar fazer assim, mais... que mais? (Violeta-TE<sup>5</sup>)

É... mas eu acho que é isso. Cuidado com a higiene, né? É punção, é higiene, é atenção de ficar verificando [...] O, a, os respiradores, né? Demanda bastante, hã... a nebulização... hã... tenda, esses detalhes tudo cê tem que ficar atento o tempo todo. (Copo de Leite-TE)

---

<sup>4</sup> E – Enfermeira

<sup>5</sup> TE – Técnica (o) de Enfermagem

Nota-se, portanto, nesses discursos, que o foco desses profissionais está muito mais voltado à ocupação, que dá ênfase muito mais aos procedimentos e aos equipamentos do que propriamente a quem os recebe/utiliza, o que fica bastante evidente quando Copo de Leite diz que a atenção de ficar verificando é voltada aos respiradores e à nebulização, ao invés da atenção estar voltada a quem está utilizando o respirador ou precisando da nebulização.

Diferentemente, porém, da relação instrumental, que se tem na ocupação, a relação com o ser-com se dá na preocupação, na solicitude. Apesar de, às vezes, focar seu trabalho no instrumento, o real foco do trabalho do profissional de enfermagem é (ou deve ser) o outro. O fazer e o cuidar desse profissional deve ser direcionado a um outro, devendo, dessa forma, operar no modo da preocupação, pois, como Heidegger afirma, mesmo o “‘ocupar-se’ de alimentar e de vestir, cuidar de um corpo doente são também preocupação-com”<sup>44</sup>.

Mas, enfim, quem é esse outro, foco da preocupação da equipe de enfermagem?

Em pediatria, é unânime dizer que o foco do cuidado é a criança, porém, ressalta-se que esse cuidado deve ser ainda mais amplo e incluir a família. No entanto, vários discursos discorrem sobre diversas situações em que a equipe de enfermagem possui como foco do seu cuidado/pre-ocupação apenas a criança.

Uma dessas situações ocorre quando a equipe a compreende como ser-criança hospitalizada, isto é, como um ser único que demanda cuidados diferenciados, que vão além do cuidado físico, ou seja, um cuidado integral. Íris e Gérbera referem que, para cuidar da criança, é necessário extrapolar o fazer, considerando também outras facetas que fazem parte do mundo da criança.

Porque a gente sai um pouco só daquele técnico, a gente tem que aprender a brincar, a falar, a escutar, lidar com o choro, lidar com a dor dessa criança... (Íris-E)

Então, pra mim, o cuidado, o cuidado a criança hospitalizada requer uma compreensão maior do que simplesmente ter aquele corpinho pra cuidar. Nós, nós temos que ver além disso, sabe? Sermos um pouquinho mamãe, um pouquinho papai, um pouquinho irmãozinhos, um pouquinho palhaço, um pouquinho... sabe? Para que as, não fique tão traumatizante pra eles... (Gérbera-E)

Astromélia e Amarílis, em seus discursos, comparam o cuidado à criança ao do adulto para explicar o quanto é diferente o cuidar no universo pediátrico:

[...] é tudo mais delicado, tudo mais minucioso, né? As doses de medicações... é tudo muito diferente. Não é só o tamanho, é tudo! [risos] Tudo muito diferente. Do que do adulto. (Astromélia-TE)

[...] por exemplo, você vai auscultar? Uma ausculta? Num paciente adulto ele já até entende mais o que é. Numa criança, por exemplo: ai, mostra na mãozinha, ele vê que não faz dodói, então você fala "olha, não faz dodói, tá vendo?" Daí a criancinha pega... (Amarílis-E)

[...] cê tem que ter muito mais percepção, porque a criança, ela não, dependendo do tamanho da criança ela não fala onde que dói, ela não vai saber aonde que tá doendo... Ela vai só chorar, ou às vezes nem chora. (Astromélia-TE)

Compreender a criança como única, considerando suas peculiaridades, remete à compreensão de outras formas de comunicação, como o choro e o medo, sendo essa compreensão essencial para a realização de um cuidado adequado:

Na verdade, eu acho que todo mundo tinha que ter esse cuidado, mas, com a criança em especial, porque eles choram, eles sentem medo, eles não sabem o que estão acontecendo, então eu acho que, ir devagar, é, não assim, achar que porque está chorando “ah não é nada, só tá chorando”, você ver, entender, por que será que essa criança tá chorando? Então levar tudo em consideração. (Amarílis-E)

Como única, a criança tem necessidades singulares. Assim, o brincar emerge como algo próprio da criança e, conseqüentemente, importante para o seu cuidado. Estrelícia e Lírio, em seus discursos, revelam que consideram o brincar importante e que o utilizam no cuidado à criança:

[...] eu gosto muito de mexer com a parte lúdica, né? Então assim, nem que seja pra fazer um desenhinho depois no curativo que punccionou... Coisinha assim, pra ver se a criança te... fica menos traumático possível essa estadia dele aqui... pro tratamento. (Estrelícia-E)

[...] eu brinco com a criança, eu trago no pátio, e se a criança não quer comer eu tento fazer com que ela coma, contando história, cantando música... o pessoal até acha meio assim, mas eu acho que com a criança você tem que lidar assim, entendeu? Você tem que ser meio criança também, pra poder lidar com eles. E eu acho que é isso que é, que é importante. Então eu procuro sempre assim entrar na deles. Se não quer comer lá dentro, ah, vamos lá fora. Não quer comer isso? Não. Ah então vamos vê se tem outra coisa. Sempre tentando inovar, e contando história e con... brincando pra ver se eles aceitam melhor o tratamento, né? Porque é difícil pra eles também. (Lírio-TE)

O discurso de Lírio exemplifica um cuidado, uma pre-ocupação autêntica em compreender a criança, respeitando suas peculiaridades, individualidades e vontades, compreendendo que o processo de hospitalização é difícil para ela. A exemplo dela, outros profissionais também mostraram se pre-ocupar com a criança por considerarem que o processo de hospitalização é algo doloroso e traumatizante e, que por isso, o cuidado oferecido deve ser realizado de forma a minimizar os estressores.

Gérbera explicita, em seu discurso, os motivos pelos quais a hospitalização é traumatizante para a criança e conclui, que a equipe sempre deve ter em mente que esse processo é algo novo para a criança.

[...] é um trauma. Porque, é... ele sai do convívio da mamãe e do papai, da família, do irmãozinho, de um ambiente é, doméstico, algo, algo mais dele, exclusivamente dele... aí ele vem pra um, pra uma, um local chamado hospital, não é? Ele não entende que é pro bem dele, não entende que é pra cuidar da saúde, ele não entende, muito menos entende que é temporário e aí aqui ele encontra pessoas diversas, comportamentos diversos e... e pessoas que na, na mente dele o agride, principalmente o esfigmo da enfermeira, o avental branco, né? E aí vem e começa a puncioná-lo, a manipulá-lo, e ele pensa assim: gente, quem são esses, né? Os menorzinhos tudo bem, talvez não tenham essa percepção, mas já os maiores, já tem assim, já entendem um pouco, é, pra eles é algo traumatizante, né? [...] nunca desfocar: que pra criança é algo novo e não é bom. É algo ruim, né? (Gérbera-E)

Amarílis complementa o discurso de Gérbera, ao concordar que a criança não entende o porquê está no hospital e, portanto, sente muito medo, cabendo à equipe minimizar esses medos, de forma a não causar mais danos e traumas.

Porque a criança não entende porque tá ali, né? Eles sentem, como eu falei, eles sentem muito medo. Então acho que tentar minimizar da melhor forma possível esses, esses medos, esses... Porque mais pra frente pode causar danos né? Eles ficam supertraumatizados [...] na verdade, cada situação é uma situação, mas é ter esse cuidado sabe? De chegar de uma forma carinhosa, chegar com cuidado, é, tentar fazer alguma coisa pra promover algum conforto. (Amarílis-E)

Os discursos também evidenciam que o cuidado à criança deve ser mais amplo, ir além do ser-criança, incluindo também o ser-família. Dessa forma, foi possível observar que um expressivo número de profissionais entrevistados trouxe a família como parte do cuidado à criança.

Bom, cuidado ao paciente pediátrico é assistência, é a prestação de um cuidado para a criança e para a família. (Margarida-E)

[...] principalmente em pediatria você tem não só a criança pra cuidar. Cuidar. Tudo bem... Cuidado... É... você tá focado na criança.... Mas, você tem todo um contexto. Você tem pai, cê tem mãe... (Gérbera-E)

Bom, o que eu compreendo de cuidado à criança hospitalizada... é... é bem complexo, e amplo, porque envolve o contexto social, que é a família. (Rosa-TE)

[...] que a criança seja atendida de forma assim, é, mais rápida naquilo que ele precisa. Que a criança precisa e que a mãe precisa né? Que tem a mãe e a criança. (Copo de Leite-TE)

Embora os profissionais, em seus discursos, considerem a família como parte do cuidado à criança, há uma variedade de funções que a família pode ter no contexto da hospitalização da criança. Íris os considera como importante fonte de informação a respeito da criança.

Porque na criança, a gente não tem só um indivíduo pra gente cuidar, a gente tem que cuidar dele e de quem cuida dele. As mães querendo ou não, como elas acompanham, são elas que cuidam dos filhos, a gente também tem que dar uma atenção especial aí, porque elas conhecem as crianças, elas sabem quando a criança tá diferente ou não, e nem sempre a gente conhece o padrão da criança, né? (Íris-E)

Um aspecto peculiar, à realidade do cenário desta pesquisa, diz respeito ao grande número de crianças dependentes de tecnologia e que, em função desta, residem no hospital, juntamente com suas famílias, em especial as mães. Gérbera, em seu discurso, ressalta que essas mães necessitam de mais atenção:

Nós temos muitas crianças hospitalizadas assim, que residem aqui, né? [...] Você tem que dar uma atenção especial pros pais, você tem que ser mais compreensivo [...] (Gérbera-E)

Concordando com Gérbera, que ressalta a importância de ser mais compreensivo com os pais de crianças residentes no hospital, Violeta complementa ser essencial se colocar no lugar do acompanhante e também das crianças que estão em processo de hospitalização:

Ah, assim, é você prestar uma assistência adequada, né? À criança. Não só à criança como à mãe também... Se colocando sempre no lugar do paciente, do acompanhante, né? (Violeta-TE)

Os discursos acima evidenciam a presença do outro no cuidado à criança, sendo o outro representado pela família, que é foco da pre-ocupação da equipe de enfermagem. Contudo, há dois modos de pre-ocupação: os negativos e os positivos. Heidegger afirma que, para se estabelecer relações com o outro, mantendo-as nos modos positivos, é necessário haver uma aproximação do outro, incluindo até o que há por trás dele, para que haja conhecimento mútuo que possibilite a constituição de uma relação com o outro – o que Heidegger denomina por empatia.

Os modos positivos de pre-ocupação podem variar entre dois extremos: da pre-ocupação substitutiva-dominadora – que ocorre quando, por exemplo, a equipe de enfermagem se preocupa, a ponto de substituir a família e/ou dominá-la, por meio de normas e rotinas institucionais; até o outro extremo, onde se encontra a pre-ocupação antecipativa-libertatória – que ocorre, por exemplo, quando a equipe de enfermagem se aproxima da família com vistas ao cuidado compartilhado.

A equipe de enfermagem traz, em seus discursos, algumas situações nas quais pode ser evidenciada a pre-ocupação nesses dois extremos, muitas vezes, no mesmo momento.

É... então, eu acho que o cuidado , ele tem a ver com a observação, com o ouvir, com o estar à disposição. (Margarida-E)

Você tem que conquistar ela, você tem que passar confiança pra mãe...  
(Astromélia-E)



É... colher o histórico, o que aconteceu, desde quando... pra já começar a entender... é, muitas vezes o que a gente tá vendo ali na clínica da criança, ela tem a ver com o que aconteceu lá em casa, né? Muitas vezes uma ingestão de bateria, uma ingestão de, de um produto tóxico, você acaba vendo algumas vezes uma desestrutura familiar, né? Um descuido... É... Ah, eu procuro colher então um histórico, é... dar uma liça no prontuário médico, ver o que os colegas anteriormente é, haviam colhido, aliás, antes de chegar ao paciente, ler um pouco o prontuário... é... o exame físico... (Margarida-E)

Transitando entre os dois modos positivos da preocupação-com, embora haja uma trinca para a abertura – como estando disposto a ouvir e a conhecer o outro –, esse movimento pode vir permeado de comportamentos prescritivos, tal qual uma fechadura, como, por exemplo, no discurso de Margarida, no qual um acidente com a criança é relacionado à falta de estrutura familiar. Porém, ainda que, por vezes, o cuidar possa vir acompanhado desse fechamento, ele não é total; de fato, é um ir e vir, um abrir-se e um fechar-se a todo instante.

Heidegger lembra que essa flutuação entre o se abrir e o se fechar para o outro, também pode ocorrer entre as diversas formas de pre-ocupação, podendo, algumas vezes, ser compreendida de maneira equivocada. É o que acontece no modo da pre-ocupação substitutiva, que poderia ser considerada autêntica, já que a criança, ainda nos primeiros estágios de crescimento e desenvolvimento, depende do outro para realização de seus cuidados.

Não podemos esquecer, porém, que o cuidado deve considerar as singularidades da criança e os limites de sua compreensão, o que significa que, apenas pelo fato de ser criança, ela não pode receber cuidado oriundo da pre-ocupação substitutiva, com risco de se tornar dominadora. O oposto, ou seja, na pre-ocupação antecipativa-libertatória, busca-se oferecer condições para que as crianças participem do seu cuidado. No discurso de Íris, é possível verificar essa tendência:

Então assim, a gente tem que conversar... o que ela pode decidir, ela pode ajudar na decisão. O que ela não tem capacidade, a gente tem que conversar com o responsável legal, né? Mas assim, a gente pode em alguns momentos trazer ela pro cuidado dela também. Pra ser mais fácil pra gente e pra ser mais fácil pra ela aceitar, né? (Íris-E)

Embora Íris explicita uma pre-ocupação antecipativa-libertatória em seu discurso, também percebe que, por vezes, esse cuidado dependerá do profissional que o realiza. Neste contexto, há sempre a possibilidade de que a pre-ocupação se manifeste de maneira a dominar/substituir o outro, para, logo em seguida, libertar o outro. É sempre um ir e vir, condição existenciária do *Dasein*.

Também é uma opção do profissional, né? Ele pode simplesmente chegar, cuidar do paciente pediátrico como se fosse uma mini, um mini adulto. Ele vai e simplesmente explica e faz, então a criança só chora, a criança não participa do cuidado dela, e você também não tenta deixar uma coisa mais amena. Ou, você pode perder uns cinco minutos a mais, conversar com a criança, pôr ela pra se responsabilizar um pouquinho mais pelo cuidado, né? E ser uma coisa menos dolorosa pra ela e pra gente, né? (Íris-E)

Os discursos acima evidenciam uma pre-ocupação existencial com a criança, respeitando-a no seu processo de existir, embora nem todo movimento de respeito seja pautado na convicção do ser-criança. Por vezes, o respeito pode estar distorcido pelo interesse em persuadir a criança a colaborar.

Por que a criança, além de você fazer o cuidado, você tem que conquistar a criança, senão você não consegue cuidar dela. (Astromélia-E)

Inclusive hoje eu tive uma situação bem engraçada. Eu precisava coletar sangue de uma criança... já é maiorzinho, e ele falava assim “ai, faz parar tudo isso, faz parar tudo isso!” Aí cê fala... nossa... dá uma dor no coração. Por que cê tenta explicar, cê tenta trazer a criança pra junto e ela não quer, né? E ao mesmo tempo cê tem que ir e fazer. Então tem horas que o profissional também tem que ter um pulso um pouquinho mais firme e mostrar o que precisa. (Íris-E)

Os estágios de crescimento e desenvolvimento próprios às crianças podem ser utilizados como justificativa para que o cuidado ocorra na forma da pre-ocupação substitutiva-dominadora, porém, como o cuidado à criança deve, necessariamente, incluir a família, os profissionais de enfermagem necessitam repensar o modo de pre-ocupação utilizado no cuidado prestado, a partir da compreensão do significado que a família tem para a criança. Portanto, vale o questionamento: a família tem sido incluída no cuidado, de forma que ela tenha poder de decisão e de participação, ou tem sido “dominada” e/ou substituída? Estamos incluindo a família no cuidado ou estamos delegando o cuidado a elas? Os discursos mostram uma aproximação ao cuidado integral, mas, ao mesmo tempo, um afastamento que preza o técnico, o rotineiro, a fim da execução de tarefas.

No discurso de Lírio e Estrelícia, é possível perceber uma pre-ocupação autêntica com o processo que a família e a criança vivenciam durante a hospitalização, ou seja, pre-ocupação com algumas características do modo antecipativo-libertatório.

Mas assim, o que eu procuro sempre, é... eu me coloco assim, no lugar dos pais, principalmente, visualizando o que que aqueles pais tão passando com aquela criança aqui. Então, às vezes eu acho que eu deixo até me envolver demais por causa disso. [...] E procurar entender também, né? A parte da mãe e dos pais principalmente... Que às vezes os pais... é, estão meio revoltados, não aceitam, então eles querem descontar tudo, e a primeira pessoa que eles encontram é a

enfermagem. Por que é a gente que passa mais tempo com a criança. Então assim, eu acho que a gente tem que saber ver por esse lado também e entender os pais, entender a criança e ter muita paciência, lidar com essa parte, ter muita paciência. (Lírio-TE)

[...] mas a orientação mesmo aos cuidados não só com ela mas com a mãe também, explicando o que está acontecendo... não chegar de surpresa e fazendo os procedimentos, é, sempre tá, na medida do possível e da idade da criança, tá sempre adaptando a realidade também da criança. (Estrelícia-E)

Essas características do modo de pre-ocupação antecipativo-libertatório parecem estar sempre emergindo, para, logo em seguida, submergirem. Esse movimento fica explícito no discurso de Íris, quando ela se percebe envolvida ‘demais’ com a criança e a família. E o que seria esse ‘demais’? Há um limite claro que defina o envolver-se demais? O cuidado autêntico não pressupõe um envolvimento significativo?

A preocupação com a mãe é, por vezes, justificada pela equipe de enfermagem pelo fato de ela ser a cuidadora da criança, pois, o cuidado ao filho durante a hospitalização, ajuda a equipe de enfermagem.

E principalmente tá orientando a mãe pra que a, o tratamento... tenha uma adesão ao tratamento. Por que não adianta nada a gente tá lutando pra poder fazer uma coisa assim, por exemplo, é uma dermatite, né de fralda, e a mãe vai lá e não... resolve não trocar a fralda, né? Então assim, coisas que, que precisa de uma orientação. (Estrelícia-E)

Podemos perceber que a orientação – considerada pela ciência de enfermagem uma ferramenta tão importante no cuidado de enfermagem, extremamente útil na construção de

uma pre-ocupação antecipativa-libertatória, na qual a família poderia se beneficiar de informações que a auxiliassem na compreensão e na participação efetivas do tratamento à criança –, é aqui reduzida a um “instrumento” para orientar à mãe a como fazer algo que, no hospital, é, de fato, responsabilidade da equipe de enfermagem.

Assim, por diversas vezes, é possível perceber que atuamos nos modos negativos da pre-ocupação – os modos da deficiência e da indiferença, não sendo-com-o-outro, apesar de com ele subsistir. O profissional de enfermagem vê-se atuando de forma inautêntica, focando o cuidado exclusivamente na doença e nas rotinas pré-estabelecidas.

Esse modo de ser inautêntico, e que se dá na cotidianidade, emerge por meio do falatório, no qual, a partir dos nomes das doenças instaladas no *Dasein* – cardiopatas, nefropatas, dentre outros, já pré-determinamos o cuidado que deve ser oferecido, sem nos pre-ocuparmos com a individualidade de cada um:

E então são pequenos são, mui, são muitos detalhes. Pequenos, muitos detalhes. Hã... punção venosa. É a coisa que estressa muito na pediatria, que a gente tem que dar atenção... é... constante. É constante a atenção no, a... a... punção venosa. Os sinais, né? A gente tem é... as especialidade... é... os cardiopata, os nefropata, e aí cê tem que dar atenção a especialidade...hã... tem uns que necessitam ...hum... seja mais, mais rápido no atendimento, né? Mais, mais, demanda mais atenção do que outros. As doenças respiratórias, né? Também demanda bastante atenção... (Copo de Leite-TE)

Além da percepção que, em muitas situações, o primordial seja a técnica realizada em função da doença, uma outra questão alarmante, que emergiu, foram as necessidades pessoais dos profissionais e as necessidades da instituição, em detrimento às necessidades da criança e da família:

[...] pra ver assim o macro como é que tá, pra depois eu ir definindo o que eu vou fazer primeiro, qual que eu vou atender primeiro, o que

que eu tenho que fazer pra que eu possa é, agilizar pra, pra facilitar meu trabalho, né? (Copo de Leite-TE)

Porque até quando a gente passa plantão: “nossa, por que que a criança tá assim? Ah, não sei”. Então nem tá olhando a criança direito, sabe? Mas eu sinto dificuldade no trabalho de agora de ter mais esse cuidado. Porque é muito, é muito burocracia... você tem muita coisa burocrática, papelada [...] (Amarílis-E)

Dessa forma, ao realizar a rotina conforme o pré-estabelecido pela instituição ou pelos colegas, tendo a “burocracia” e a “papelada” em destaque, a equipe de enfermagem deixa-se “se perder” no a-gente, sendo levada por aquilo que todo mundo fala, por aquilo que todo mundo faz e por aquilo que todo mundo diz que está bom e que é o suficiente, caindo assim no falatório e na impropriedade, deixando, por vezes, de questionar se aquilo que está fazendo é o melhor ou o suficiente para o ser-criança que recebe o cuidado.

Absorvido pelo modo de ser e pela publicidade do a-gente, o *Dasein*, aqui representado pelos profissionais de enfermagem, sente alívio por não ser o responsável por fazer dessa ou daquela forma, já que a-gente é responsável por tudo. Assim, muitas vezes, não paramos para refletir sobre o nosso fazer, não percebemos que existem outras formas de fazer e, por isso, ficamos acomodados na rotina – ou, na linguagem, heideggeriana: na mediania. Vamos, dessa maneira, repetindo os discursos e perpetuando as rotinas e as formas de fazer já enraizadas.

Então assim, em relação a esse cuidado, a gente coloca algumas regras e limites pra tá realizando esse cuidado, ou seja, de uma forma sistematizada, mas eu per, percebo que a gente não consegue, dentro do todo conhecimento que a gente tem, a gente não consegue dar até hoje o atendimento individualizado, que eu acho que seria o ideal. (Rosa-TE)

Mas eu acho que é ainda é uma coisa bem falha na enfermagem, o cuidado assim... Acho que todo mundo acaba sendo um pouco meio técnico. Fazendo o que tem que fazer e pronto! Eu acho que isso no geral. Não só os enfermeiros, mas os próprios técnicos de enfermagem. Faz o que tem que fazer, cumpre o que tem que cumprir e acabou! A nossa rotina tem sido muito assim... Eu acho que faz falta um cuidado mais... Um cuidado de verdade. Não só um cumprimento de regras e, e procedimentos. (Amarílis-E)

Como descrito por Heidgger, o falatório pode ser também reproduzido na forma da escrevinhação. Assim, ao fazer as “papeladas” – porque elas devem ser feitas –, ao realizar o processo de enfermagem de pacientes pré-determinados, independentemente de seus estados clínicos – porque faz parte da rotina –, a pre-ocupação da equipe de enfermagem está, mais uma vez, focada em uma norma que deve ser cumprida e não na necessidade daqueles que estão sob seu cuidado.

E a criança que você mais tem o cuidado é que você tem que evoluir porque isso é uma rotina que você tem que cumprir, é a papelada. (Amarílis-E)

No decair, a partir do tudo-ter-entendido, agindo na impropriedade, o profissional de enfermagem, por vezes, envolvido no a-gente e levado pelo falatório, realiza seu trabalho de forma inadequada, desconsiderando os indivíduos que lhe vem ao encontro. Porém, quando consegue, no estranhamento, sair da tentação tranquilizante, percebe suas falhas, aponta caminhos e tem o desejo por realizar algo melhor. Amarílis reconhece que, dependendo das condições de trabalho encontradas em determinados plantões, a relação entre o número de enfermeiros e o de crianças, não é possível ver e conversar com elas e com suas famílias:

Eu acho que podia ser melhor. Sinceramente. Porque... a gente às vezes fica em uma, quando a gente fica em duas (se referindo ao número de enfermeiros que ficam responsáveis por cada posto de enfermagem) até

dá pra você ter uma, ver melhor a criança, mas às vezes, a gente tá em só uma enfermeira, tem muita criança, acontece alguma intercorrência, acaba nem vendo o rostinho dela. Você entra “ah, tá tudo bem!”, mas você não vai lá, conversa com a mãe, vê como é que tá, olha bem a criança... só bate olho, então eu acho, podia ser melhor. [...] Ah, eu espero que cada vez mais melhore né? Mas... A gente vai um dia de cada vez. Tentando ser melhor [...] eles merecem atenção. Às vezes a atenção que a gente não consegue dar. (Amarílis-E)

No entanto, alguns profissionais de enfermagem relacionam o cuidado ideal apenas ao conhecimento técnico-científico que possuem, isto é, voltam-se para um dos modos negativos de pre-ocupação, a deficiência, que se caracteriza como ser-sozinho e, conseqüentemente, não perceber o outro.

O conhecimento do profissional está diretamente ligado a um bom cuidado [...] É... da minha parte eu vejo que eu preciso melhorar isso, porque eu já sou formada há alguns anos, e há algum tempo eu tô meio parada, principalmente no foco em pediatria. Então é... É uma coisa que eu pretendo a partir de já, tá mudando isso estudando, estudando. [...] Ah, eu acredito que, pra um bom cuidado a gente é... o profissional, ele tem que estar atento às modificações né? Que o COFEN estabelece, tanto as doenças que aparecem... E apesar de, no momento, eu não estar fazendo isso, eu tenho certeza que o estudo, é, contínuo de doenças, de situações, de diagnósticos, é... estar a par de novos protocolos, eu acho que tudo isso influencia. (Margarida-E)

Heidegger, ao discutir a usabilidade dos instrumentos na ocupação, afirma que olhar as coisas somente de forma teórica dispensa o entendimento da utilizabilidade, afirmando também que “o comportamento ‘prático’ não é ‘ateórico’, no sentido de ser desprovido-de-visão, e sua diferença em relação ao comportamento teórico não reside somente em que aqui se



considera e lá se *age* e, para não permanecer cega, a ação emprega conhecimento teórico, pois o considerar é tão originariamente um ocupar-se quanto o agir tem sua visão”<sup>44</sup>. Dessa forma, apesar de ser uma visão bastante tecnicista, a pre-ocupação de Margarida em manter-se atualizada corrobora com Heidegger, que refere que a teoria deve ser sempre empregada à ação – para que essa não permaneça cega.

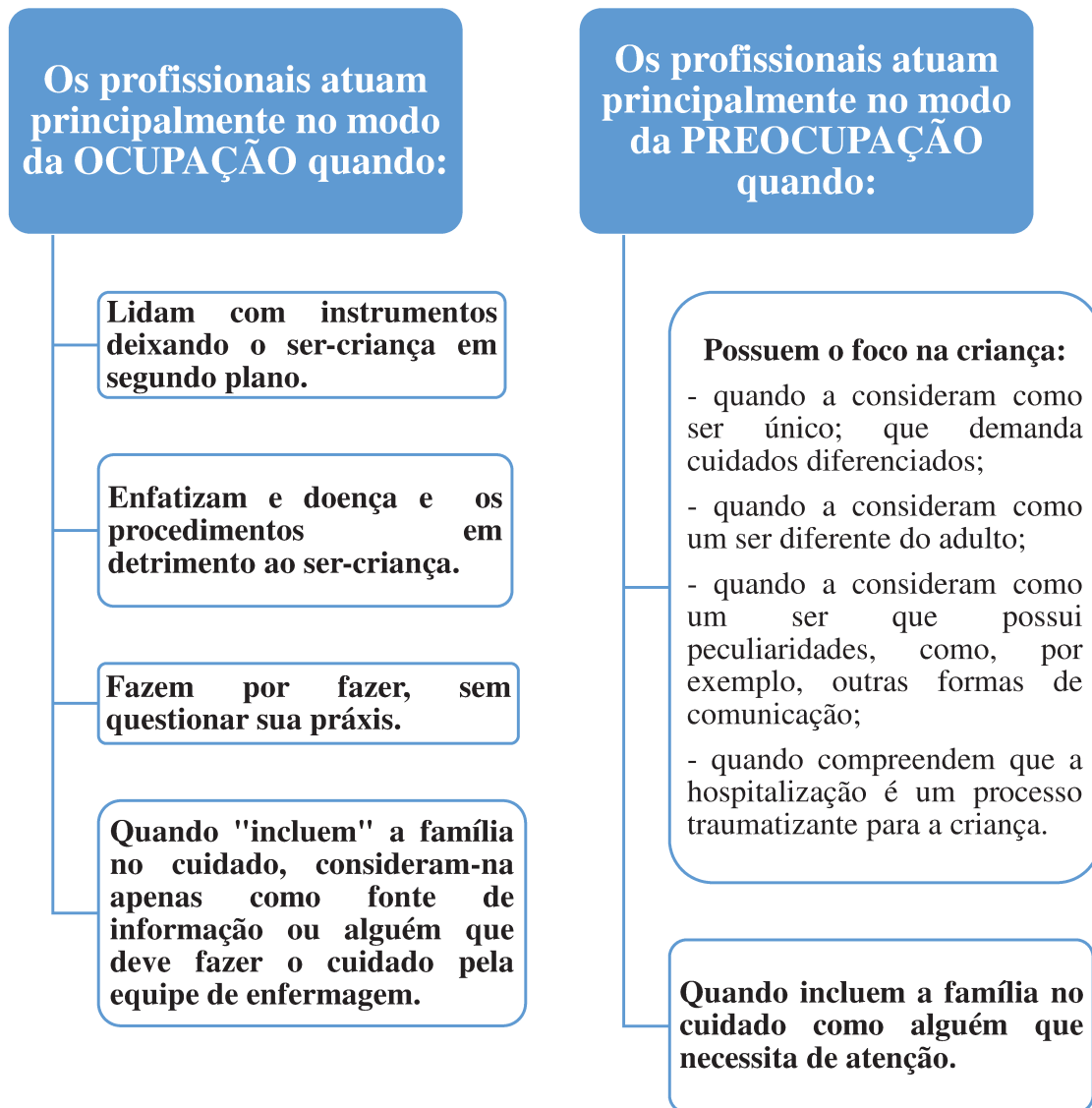
Assim, o conhecimento teórico em ação pode construir o melhor cuidado à criança hospitalizada. Nesse aspecto, o papel do enfermeiro, de orientar sua equipe a fazer o melhor possível, emerge como primordial.

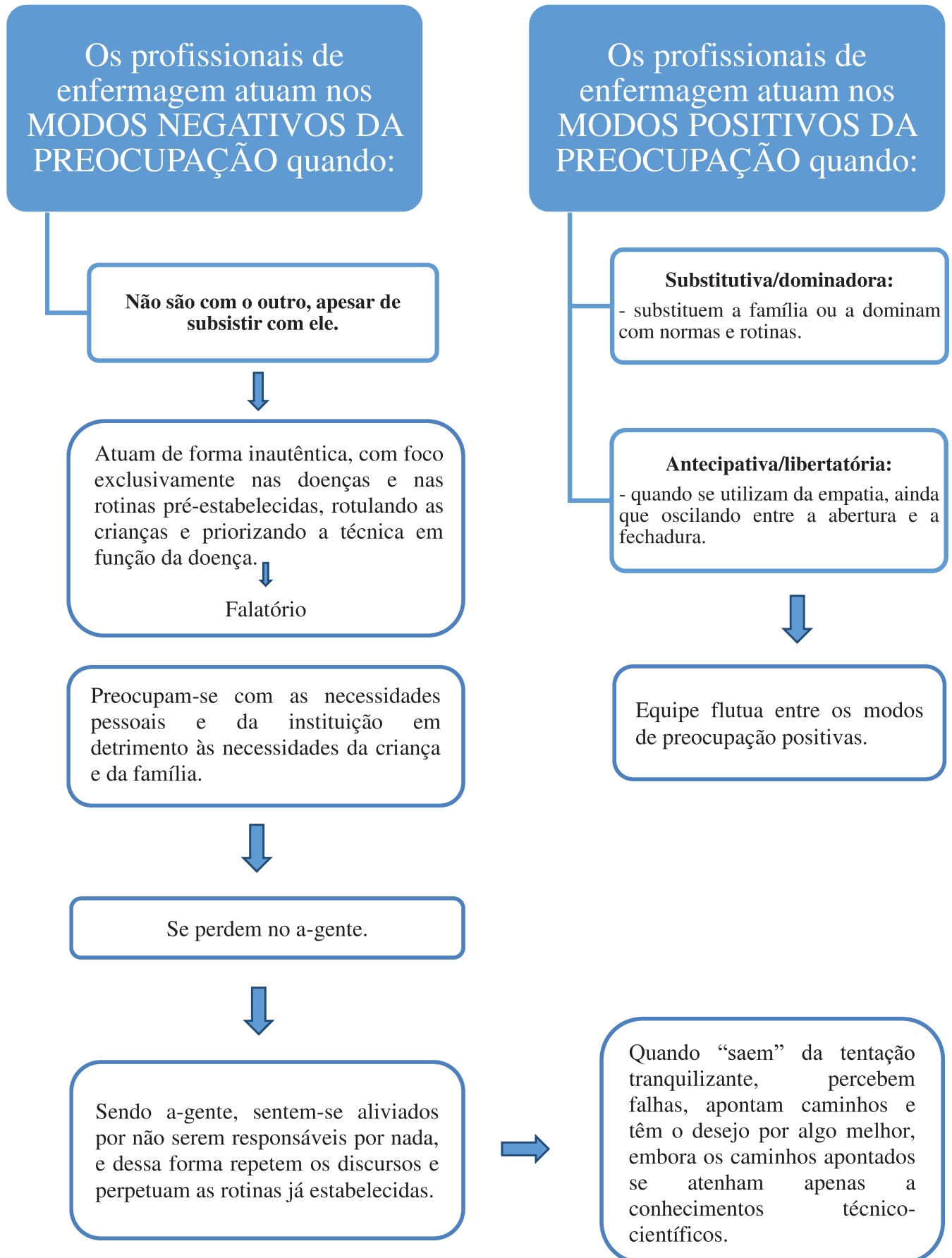
[...] E orientar o resto da equipe pra também tã fazendo o melhor possível na condução do tratamento [...] (Estrelícia-E).

Enfim, a equipe de enfermagem revelou o cuidado ao paciente pediátrico sempre num ir e vir, nos modos da ocupação e da pre-ocupação, do falatório e da escrevinhação, da tentação e da tranquilização próprios à decadência. Contudo, todos esses constituintes são existenciários do *Dasein*, que emerge e submerge de acordo com a facticidade de ser-no-mundo, que pressupõe vivências permeadas pela propriedade e pela impropriedade.

A seguir, na **Figura 6**, é possível visualizar um esquema representativo do cuidado à criança hospitalizada apresentado no presente capítulo.

**Figura 6 – Esquema representativo do cuidado à criança hospitalizada.**





## Capítulo 5 - Síntese

---

Os discursos dos profissionais de enfermagem, acerca do cuidado à criança hospitalizada e da percepção que possuem de suas práticas, permitiram uma discussão subsidiada por alguns conceitos contidos na obra “Ser e Tempo”, de Martin Heidegger.

Fica explícito que o cuidar se dá entre o mundo da ocupação e as diversas formas de pre-ocupação, envolvidos no a-gente e guiados, principalmente, pelo falatório, decaídos enquanto ser-no-mundo.

Os profissionais de enfermagem, enquanto seres-no-mundo que cuidam da criança hospitalizada, interagem com diversos instrumentos para realizar o seu trabalho/ocupação, que são valorizados durante o processo de trabalho, ocupando-se de seu uso, na maior parte do tempo, em detrimento da preocupação-com a criança.

Para além da ocupação-com a criança, por meio da usabilidade dos materiais, a equipe de enfermagem preocupa-se com ela, uma vez que a compreende como um ser único que demanda cuidados diferenciados, que devem ir além do físico, reconhecendo suas particularidades, como o choro, o medo e a necessidade de brincar.

A preocupação-com a criança também se dá quando consideram o processo de hospitalização como algo doloroso e traumatizante, referindo ser necessário encontrar maneiras de minimizar os estressores.

Além de a criança emergir como o outro, digno da sua preocupação-com, os profissionais também verbalizam perceber a família como parte do cuidado que deve ser realizado por eles. Esses profissionais aceitam que alguém que conhece a criança é importante no processo de hospitalização, mas, por vezes, esse conhecimento sobre a criança é visto apenas como fonte de informação para facilitar o trabalho da equipe de enfermagem.

Para os profissionais, a família necessita de atenção, principalmente quando o filho não tem condições de alta hospitalar, sendo preciso residir no hospital. Nessa situação, emerge a importância de se colocar no lugar do outro.

Para além da indiferença, que é um modo negativo de pre-ocupação, temos a empatia. Heidegger afirma que a empatia é a única forma de se manter nos modos positivos de pre-ocupação. Foi possível perceber algumas tentativas de abertura para conhecer as crianças e as famílias, às vezes no sentido de conhecer até o que há por trás delas; porém, por vezes, esse

conhecimento se mostra mais como uma fechadura, cuja finalidade é encontrar justificativas para o adoecimento da criança. Entre os modos positivos da preocupação-com, há sempre uma flutuação entre o modo antecipativo-libertatório e o modo substitutivo-dominador – flutuação essa que foi percebida nos discursos em relação à criança e à família.

Em relação às crianças, apesar de, na maioria das vezes, o cuidado se dar na forma de substituição, por se acreditar que o processo de crescimento e desenvolvimento em andamento assim o justifica, houve tentativas de compartilhar o cuidado com a criança; porém, foi possível perceber que, por vezes, essas tentativas ocorreram somente no intuito de persuadir a criança a aceitar o procedimento que seria realizado, ou seja, em uma tentativa de dominá-la.

Com a família não é diferente: a equipe de enfermagem mostra pre-ocupação, em seus modos positivos, quando tenta explicar o que está sendo realizado para o cuidado da criança. Porém, não só no modo antecipativo-libertatório, mas também no substitutivo-dominador, quando afirma que o cuidado à família está vinculado à importância de garantir que a família execute cuidados, a fim de ajudar a equipe de enfermagem.

Embora o cuidado oferecido seja intitulado como integral, pois não há divisão por tarefas, o que se vê é um cuidado que preza pela técnica, pela rotina e pela execução de tarefas, chegando, por vezes, a responsabilizar a família por atividades que são de responsabilidade do profissional durante o processo de hospitalização da criança.

Além dos modos positivos, emergem os modos negativos, quando o profissional de enfermagem foca o cuidado nas doenças, não percebendo o outro – criança e família. Rotular as crianças por meio do nome de suas doenças e tratá-las de acordo com o que se tem pré-estabelecido para cada doença, ao invés de considerar a individualidade de cada uma, é um forte exemplo de como cuidado pode se dar na impropriedade.

Assim, em muitas ocasiões, os profissionais de enfermagem se perdem na impropriedade, deixando-se levar pelo falatório, perdendo-se na publicidade e no modo-de-ser do a-gente. Apesar de estar perdido no falatório e na ambiguidade do tudo-ter-visto e do tudo-ter-entendido, o profissional não se sente culpado nem responsável pela situação, já que o culpado não é cada um, mas sim o a-gente. Dessa forma, o cuidado prestado se dá na forma de decadência.

O decair empurra o profissional de enfermagem para a tranquilização, mantendo-o na mediania de ser a-gente e perpetuando o falatório criado pela instituição, pelos outros e por eles mesmos, sem refletir sobre o que se faz e o como se faz.

Porém, como o *Dasein* existe em um ir e vir, o profissional pode se deparar com o estranhamento, que o impele a sair da tentação tranquilizante, percebendo as falhas e apontando possibilidades, ainda que tecnicistas, como a busca por conhecimento teórico, para melhorar a prática cotidiana.

Enfim, ser-no-mundo enquanto profissional de enfermagem que cuida da criança hospitalizada é existir como ente, como ser, na maioria das vezes, em usabilidade, subsistindo, mas com trincas que possibilitam o emergir da utilizabilidade. Ocupando-se/preocupando-se nos modos de ser da cotidianidade, tendendo à impropriedade, em busca da mediania e do nivelamento de todas as possibilidades de ser, em fechadura, mas também em abertura, quando extrapola a tranquilização e o ficar preso em si mesmo para atingir, ainda que por instantes, a empatia, o respeito e a indulgência.

## Capítulo 6 - Considerações Finais

---

A pesquisa fenomenológica e o referencial teórico adotados mostraram-se totalmente adequados para que eu pudesse acessar o mundo-vida dos profissionais de enfermagem e compreender o que eles entendem por cuidado e o como percebem o cuidado que realizam.

Ao realizar as entrevistas fenomenológicas e buscar o *sentido* desse fenômeno – sendo eu também um ser-aí que trabalha no serviço de enfermagem pediátrica –, por vezes, me vi nos discursos dos meus colegas de trabalho, ora encontrando consolo em seus dizeres, ora angustiando-me com a nossa prática. Muitas respostas às minhas perguntas surgiram durante essa caminhada e espero que, da mesma forma, os achados dessa pesquisa possam ajudar outros a compreenderem o nosso mundo e, principalmente, a encontrar caminhos para que esse mundo seja melhor.

Muito me alegra perceber que, por vezes, a criança e a família têm sido percebidas como foco da nossa preocupação e que o cuidado que prestamos a essa clientela permeia a autenticidade e a solicitude, por meio de um cuidado integral e humano, buscando oferecer, à criança e à família, possibilidades de se antecipar e de se libertar enquanto ser-aí no mundo.

Porém, muito me entristece ver como, tantas vezes, o foco principal está nos instrumentos, nas rotinas, na burocracia, no rótulo às crianças e às famílias, configurando um cuidado inautêntico/impróprio, que não tem relação com o cuidado preconizado para a criança hospitalizada – e apresentado no início desse estudo: o cuidado centrado na criança e na família, com base na assistência integral.

Com relação à limitação existente nesse estudo, o mesmo não se caracteriza como um trabalho inédito, sendo, porém, coerente com minha trajetória profissional e, sendo eu uma profissional de enfermagem que cuida de crianças, sinto-me no dever de contribuir para a melhoria da assistência à essa clientela e do serviço em que trabalho.

A aproximação ao tema e ao referencial teórico me fez repensar e rever as minhas atitudes enquanto profissional de enfermagem que cuida da criança hospitalizada. Dessa forma, ao desvelar, por meio dos discursos da equipe de enfermagem, que esses apresentam uma

diversidade de formas de cuidar da criança hospitalizada, penso que, refletir sobre o tema e o nosso fazer, poderiam mudar bastante as crenças e a postura dos profissionais envolvidos, direcionando-os para a realização de um cuidado mais autêntico.

Mas será que apenas a sensibilização da equipe atuante nos serviços que atendem a criança, seria o suficiente? O que seria necessário fazer para que houvesse uma mudança no cuidado à criança prestado nas instituições que atendem essa clientela?

Acredito que, para que haja uma real mudança no cuidado oferecido à criança, seja necessário que haja um olhar voltado para essa problemática já na formação dos profissionais de enfermagem, tanto em nível técnico, quanto em nível superior. É preciso que os profissionais de enfermagem sejam ensinados a olharem a criança considerando-a como um ser único que faz parte de um contexto, que inclui a família, de modo que sua atuação não seja apenas voltada para a técnica – seguindo o modelo biomédico.

Acredito, portanto, ser importante verificar os conteúdos programáticos das disciplinas oferecidas, e que são direcionadas à criança, com a finalidade de verificar quais tem sido as abordagens oferecidas aos alunos da graduação e aos do nível técnico. Qual cuidado tem sido ensinado aos futuros profissionais de enfermagem?

Contudo, além de rever o que se tem ensinado aos futuros profissionais de enfermagem, é necessário que uma filosofia de cuidado seja adotada também nos locais de atendimento à essa clientela e seja referência a todos os profissionais que trabalham ou venham a trabalhar nesses locais. No entanto, como adotar uma filosofia de cuidado em um serviço de enfermagem pediátrica considerando que o enfoque dos profissionais ainda está centrado em um modelo biomédico?

Muitos são os questionamentos, porém, considerando que o contexto social e familiar em que a criança está inserida influencia amplamente seu estado de saúde e sua recuperação, uma é a certeza: é imprescindível incluir, valorizar e tornar-se parceiro da família no contexto do cuidado à criança hospitalizada, para que haja a garantia de um cuidado autêntico, baseado na empatia e na solicitude.



Dessa maneira, ao explorar o significado e o *sentido* que o cuidado à criança possui para os profissionais de enfermagem, espero que esse estudo seja referência para que a tão necessária mudança no cuidado prestado à criança e à sua família de fato aconteça.

## 7. Referências

1. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 4ª ed. São Paulo: Moraes; 2004.
2. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2006.
3. Silva LWS, Francioni FF, Sena ELS, Carraro TE, Randünz V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(4):471-5.
4. Waldow VR. Atualização do cuidar. *Aquichan.* 2008;8(1):85-96.
5. Graças EM, Santos GF. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(1):200-7.
6. Medeiros ABA, Enders BC, Lira ALBDC. The Florence Nightingale's enviromental theory: a critical analysis. *Esc. Anna Nery.* 2015;19(3):518-24.
7. Barros MEB, Gomes RS. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismo a uma ética do cuidado. *Fractal Rev. Psicol.* 2011;23(3):641-58.
8. Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(2):328-33.
9. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investig. Enferm. Imagem Desarr.* 2015;17(1):13-25.
10. Ayres JRCM. Abordagens teóricas: cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In Minayo MCS, Coimbra CEA Jr. (orgs.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ [online]; 2005:90-108. [citado 2014 jul 2]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920-07.pdf>.
11. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009;18(2):11-23.
12. Waldow VR. O cuidado na saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.
13. Vaghetti HH, Padilha MICS, Carraro TE, Pires DEP, Santos VEP. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. *R Enferm UERJ.* 2007;15(2):267-75.
14. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(3):414-8.

15. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e Intervenção/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: MS [online]. 2010. [citado 2014 set 15]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf).
16. Chernicharo IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. Rev. Bras. Enf. 2013;66(4):564-70.
17. Cutolo LRA. A localização da pediatria e a saúde da criança em seu contexto histórico e epistemológico. Arq Catarin Med. 2006;35(3):87-93.
18. Ariès P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1981.
19. Motta XF, Silva R. Um olhar possível sobre a infância. Rev eletrônica do instituto de humanidades [online]. 2011;35(10):36-50 [citado 2015 abr 6]. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/reihm/article/viewFile/1579/888>.
20. Silva LR, Christoffel MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. Texto Contexto Enferm. 2005;14(4):585-93.
21. Marcílio ML. A lenta construção dos direitos da criança brasileira - Século XX. Tese: Instrumentos Internacionais e Nacionais de Defesa e Proteção dos Direitos da Criança. Rev USP (Dossiê Direitos Humanos no Limiar do Século XXI) [online]. 1998;37: 46-57 [citado 2015 mar 15]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Obras-recentemente-publicadas/a-lenta-construcao-dos-direitos-da-crianca-brasileira-seculo-xx-1998.html>.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: MS; 2011.
23. Rocha SMM, Lima RAG, Scochi CGS. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. Saúde Soc. 1997;6(1):25-52.
24. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, Balieiro MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. Rev Bras Enferm. 2010;63(1):132-35.
25. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1991.
26. Miranda AR, Oliveira AR, Toia LM, Stuchi HKO. A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos 30 anos: do modelo centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. Rev.Fac.Cienc. Méd. Sorocaba. 2015;17(1):5-9.

27. Silva JL, Santos EGO, Rocha CCT, Valença CN, Bay OG Jr. Organização do trabalho de enfermagem diante da inserção dos cuidados familiares com a criança hospitalizada. *Rev. Rene*. 2015;16(2):226-32.
28. Pacheco STA, Rodrigues BMRD, Dionísio MCR, Machado ACC, Coutinho KAA, Gomes APR. Cuidado centrado na família: aplicações pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. *Rev enferm UERJ*. 2013;21(1):106-12.
29. Collet N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a enfermagem pediátrica. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(1):7-8.
30. Tallon MM, Kendall GE, Snider PD. Rethinking family-centred care for the child and family in hospital. *J Clin Nurs*. 2015;24:1426-35.
31. Rodrigues BMRD, Pacheco STA, Dias MO, Cabral JL, Luz GR, Silva TF. Perspectivas éticas no cuidar em enfermagem pediátrica: visão dos enfermeiros. *Rev. Enf. UERJ*. 2013;21(2):743-7.
32. Rossi CS, Rodrigues BMRD. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(5):640-5.
33. Sousa LD, Gomes GC, Silva MRS, Santos CP, Silva BT. A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. *Cienc Enferm*. 2011;17(2):87-95.
34. Quirino DD, Collet N, Neves AFGB. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(2):300-6.
35. Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):551-9.
36. Silva TP, Silva IR, Lins SMSB, Leite JL. Percepções do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada em condição crônica. *Rev. Enfer. UFSM*. 2015;5(2):339-48.
37. Lima AS, Silva UKBA, Collet N, Reichert APS, Oliveira BRG. Relações estabelecidas com a família durante a hospitalização. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):700-8.
38. Lemos LMD, Pereira WJ, Andrade JS, Andrade ASA. Vamos cuidar com brinquedos? *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):950-55.
39. Gemino AM. Considerações sobre a distinção entre a atitude natural e a atitude fenomenológica na fenomenologia de Husserl. *ECOS*. 2015;5(1):108-18.

40. Terra MG, Silva LC, Camponogara S, Santos EKA, Souza AIJ, Erdmann AL. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):672-8.
41. Capalbo C. A fenomenologia a partir de Edmund Husserl e sua repercussão na área da saúde. *R. Enferm UERJ*. 1998;6(2):415-9.
42. Lopes RLM, Rodrigues BMRD, Damasceno MMC. Fenomenologia e pesquisa em enfermagem. *R Enferm UERJ*. 1995;3(1):49-52.
43. Bicudo MAV, Esposito VHC. Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico. Piracicaba: UNIMEP; 1994.
44. Heidegger M. Ser e Tempo/ Martin Heidegger; tradução, organização, nota prévia, anexos e notas: Fausto Castilho. Campinas: Editora da Unicamp; Petrópolis: Editora Vozes; 2012.
45. Inwood M. Dicionário Heidegger/Michael Inwood; tradução: Luísa Buarque de Holanda; revisão técnica, Márcia Sá Cavalcante Schuback. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2002.
46. Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir; 1991.
47. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Públ* 2005;39(3):507-14.
48. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. *Rev Latino-am Enfermagem* 1994;2(1):83-94.
49. Detoni AR, Paulo RM. A organização dos dados da pesquisa em cena. In Bicudo MAV. Fenomenologia: confrontos e avanços. São Paulo: Cortez Editora; 2000.
50. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº [CNS/MS 466/12](#). Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília:MS; 2012.
51. Giorgi A. Phenomenology and psychological research. Pittsburgh: Duchesne University Press; 1985.

## **8. Apêndices**

### **8.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Projeto de pesquisa: O cuidado na percepção de uma equipe de enfermagem pediátrica

Responsável pela pesquisa: Karina Jorgino Giacomello

Orientadora da pesquisa: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana de Lione Melo

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

#### **Justificativa e objetivos:**

Esta pesquisa tem o objetivo de compreender o significado de cuidado para vocês, profissionais de enfermagem deste serviço de enfermagem pediátrica, e as percepções que possuem sobre o cuidado que realizam. A realização dessa pesquisa se justifica pela importância de entender como o cuidado tem sido realizado atualmente à criança hospitalizada para que se possa saber o que precisa ser feito para podermos garantir uma assistência de enfermagem de boa qualidade aos pacientes pediátricos.

#### **Procedimentos:**

Participando do estudo você será convidado a participar de uma entrevista, na qual lhe farei as seguintes questões: “O que é cuidado à criança hospitalizada para você? Conte-me, em detalhes, sua experiência em cuidar da criança hospitalizada”. Se você permitir, a entrevista será gravada em áudio digital, sem que você seja identificado, porém, se optar pela não gravação, anotarei o conteúdo da entrevista após o seu término. Essa entrevista poderá ser realizada em local reservado no próprio serviço de enfermagem pediátrica ou em outro local que você considere mais adequado. O tempo necessário para a realização da entrevista dependerá do quanto você quiser compartilhar da sua experiência, porém estima-se que dure em torno de 40 minutos.

☐ Permito a gravação em áudio digital

☐ Não permito a gravação em áudio digital

**Desconfortos e riscos:**

Os riscos, danos e desconfortos que poderão ocorrer durante a entrevista são a expressão de sentimentos como angústia, insatisfação, raiva, alegria, gratidão ou outros que são esperados quando se reflete acerca daquilo que se tem feito enquanto profissional de enfermagem. Você pode ficar à vontade para contar sua experiência, porém, se em algum momento se sentir desconfortável por qualquer motivo podemos interromper imediatamente a entrevista.

**Benefícios:**

Esta pesquisa não lhe trará benefícios diretos, porém, a partir da sua contribuição para a compreensão do cuidado realizado atualmente ao paciente pediátrico, poderemos melhorar futuramente a assistência prestada a este paciente.

**Acompanhamento e assistência:**

Caso seja relatado por você que os sentimentos expressos têm, de alguma forma, lhe causado sofrimento, você será encaminhado ao Centro de Saúde da Comunidade – CECOM, serviço oferecido aos trabalhadores da UNICAMP.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. As gravações das entrevistas ficarão em meu poder e só serão utilizadas para fins desta pesquisa. Seu nome será mantido em total sigilo e quando os resultados forem divulgados em eventos e publicações científicas, utilizarei nomes fictícios, de modo que você não seja identificado. Você tem o direito de saber sobre todos os resultados dessa pesquisa.

**Ressarcimento:**

Não haverá compensações financeiras relacionada a sua participação em nenhum momento da pesquisa. Também não estão previstos indenizações.

**Contato:** Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Karina Jorgino Giacomello na Faculdade de enfermagem: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP sala 46; pelos telefones (19) 30271456; (19) 992396378; ou pelo email: [giacomelinha@yahoo.com.br](mailto:giacomelinha@yahoo.com.br)

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante:

---



\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
(Assinatura do participante)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
(Assinatura do pesquisador)

## 9. Anexos

### 9.1. Parecer do comitê de ética em pesquisa

<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS</b>	
-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O cuidado na percepção de uma equipe de enfermagem pediátrica

**Pesquisador:** Karina Jorgino Giacomello

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38417214.8.0000.5404

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 896.457

**Data da Relatoria:** 24/11/2014

##### Apresentação do Projeto:

O projeto, dissertação de mestrado, tem como objetivo compreender o cuidado na percepção de uma equipe de enfermagem pediátrica a partir de seus discursos. Os profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEP) do Hospital de Clínicas-HC da UNICAMP serão convidados pela pesquisadora a participar da pesquisa que tem por objetivo compreender como o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada é feito e as divergências entre o que é preconizado e o que se tem verificado na prática. desta forma, o projeto pretende investigar como os profissionais têm compreendido o conceito do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada e como tem percebido o seu cuidado a essa clientela, afim de que se tenha embasamento para que possíveis e necessários redirecionamentos da prática possam ser realizados.

##### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é compreender o significado de cuidado para os profissionais de enfermagem de um serviço de enfermagem pediátrica e suas percepções sobre o cuidado que realizam.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, os riscos, danos e desconfortos previsíveis para os profissionais de enfermagem incluídos na pesquisa são a expressão de sentimentos, durante a entrevista, como angústia, insatisfação, raiva, alegria, gratidão ou outros que são esperados quando se reflete

<b>Endereço:</b> Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
<b>Bairro:</b> Barão Geraldo		<b>CEP:</b> 13.083-887	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> CAMPINAS		
<b>Telefone:</b> (19)3521-8936	<b>Fax:</b> (19)3521-7187	<b>E-mail:</b> cep@fcm.unicamp.br	

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 896/457

acerca daquilo que se tem feito enquanto profissional de enfermagem. Os benefícios, por sua vez, serão a compreensão dos significados de cuidado para os profissionais de enfermagem de um serviço de enfermagem pediátrica e suas percepções sobre o cuidado que realizam. A compreensão desses aspectos, por sua vez, poderão fornecer subsídios para que seja repensada a prática da enfermagem pediátrica para a conquista de uma assistência cada vez mais qualificada.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo na modalidade de pesquisa qualitativa — análise da estrutura do fenômeno situado, que se fundamenta na Fenomenologia enquanto escola filosófica e é também chamado de análise fenomenológica. Serão entrevistados enfermeiros e técnicos de enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas- UNICAMP que, após receberem informações sobre o estudo, aceitarem colaborar com a pesquisa. Ao profissional que aceitar participar do estudo, será agendado data, horário e local que melhor o convir, onde e quando então, será solicitada sua anuência por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Será realizada então uma entrevista tendo como questões norteadoras sobre o que é cuidado à criança hospitalizada, sobre experiência em cuidar da criança hospitalizada.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Apresenta Folha de Rosto preenchida adequadamente;
- Apresenta TCLE descrito de forma adequada e assinada pelo Superintendente do HC;
- Apresenta autorização do serviço de JPediatría do HC, local onde será realizada a pesquisa.

### **Recomendações:**

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

não há

### **Situação do Parecer:**

Aprovado

### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

<b>Endereço:</b> Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
<b>Bairro:</b> Barão Geraldo		<b>CEP:</b> 13.083-887	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> CAMPINAS		
<b>Telefone:</b> (19)3521-8936	<b>Fax:</b> (19)3521-7187	<b>E-mail:</b> cep@fcm.unicamp.br	



**COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 896.457

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

CAMPINAS, 03 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Renata Maria dos Santos Coleghini**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cesp@fcm.unicamp.br