

FONTES E SIGNIFICADOS DE CUIDAR E NÃO CUIDAR EM HOSPITAL PEDIÁTRICO

Maria Lúcia de Carvalho Gonzaga*

Eloita Neves Arruda**

GONZAGA, M.L.de C.; ARRUDA, E.N. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 17-26, dezembro 1998.

Estudo exploratório que faz parte de um conjunto de dados coletados através de entrevistas com 10 crianças e adolescentes admitidos em hospital pediátrico, que teve como finalidade identificar significados e fontes de cuidar e não cuidar. O cuidar engloba três significados: o cuidar profissional, o cuidar materno/paterno e o cuidar amigo. O não cuidar significa o desinteresse do profissional ao executar procedimentos sem a devida atenção e respeito ao ser humano. As ações e comportamentos de cuidar são mencionados com maior frequência que os de não cuidar. Os resultados revelam também que os pais, os profissionais de saúde, o pessoal do hospital, as visitas e os companheiros de quarto fazem os clientes se sentirem cuidados.

UNITERMOS: *cuidar, não cuidar, enfermagem pediátrica*

INTRODUÇÃO

A doença e a hospitalização podem se constituir em experiências dolorosas e desagradáveis para a clientela infanto-juvenil (PINHEIRO & LOPES, 1993; SADALA & ANTONIO, 1995), além de ocasionar um rompimento brusco nas suas atividades do dia a dia. O afastamento do ambiente familiar, social e afetivo pode suscitar a esta clientela reações tais como comportamento regressivo, raiva, depressão, insegurança, rejeição afetiva, dependência, medo, punição (ELSEN & PATRICIO, 1989). Essas reações podem ser suavizadas pelas atitudes e ações dos profissionais, facilitando a adaptação do cliente à nova situação e aos novos papéis, diminuindo os riscos de traumas, promovendo melhores condições de recuperação (DUARTE et al., 1987), contribuindo para o seu amadurecimento psico-afetivo e social e promovendo sua saúde e bem estar.

A preocupação com o bem estar, a identificação e atendimento das necessidades de cuidados de saúde do ser humano, aliados às estratégias e ações técnico-científicas referentes ao cuidado físico, técnico e afetivo-emocional parecem se constituir em requisitos essenciais para a eficácia do processo de cuidar.

Na história da humanidade durante milênios, segundo COLLIÈRE (1989) a provisão de cuidados não

fazia parte especificamente de um ofício ou profissão, mas “dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava a outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação com a vida do grupo” (p.25). Nos dias atuais, o cuidar não é praticado unicamente pelos profissionais de enfermagem, mas é central para a prática da enfermagem (WATSON, 1979) pois, na visão de enfermeiras, cuidar é um modo humano de ser (ROACH, 1993), de confortar, amparar, limpar, alimentar, trocar roupas, preparar para cirurgia e exames (SENA, 1984), de querer estar em contato com o paciente, fazendo tudo para seu benefício (REINERS, 1995), desenvolvendo seu potencial e facilitando-lhe a oportunidade de cuidar-se (MOTTA, 1995). Cuidar é uma maneira “nutritiva”*** de relacionar-se com alguém a quem a gente valoriza e se sente comprometido e responsável (SWANSON, 1993).

No que pese a valorização do cuidar por parte das enfermeiras brasileiras, têm sido escassos os estudos que buscam aprofundar este tema, seja compreendendo seus significados (REINERS, 1995) e os atributos do cuidador (NEVES-ARRUDA et al., 1996), seja identificando os elementos que compõe o processo de cuidar, tanto na visão das enfermeiras (CROSSETTI, 1996; 1997) e dos estudantes (ZAGONEL et al., 1997), como na visão dos usuários adultos nos serviços de saúde

* Psicóloga, educadora, bolsista de aperfeiçoamento do CNPq junto ao Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando (PIP C&C)

** Doutora. Enfermeira, coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando. Bolsista de Pesquisa do CNPq. Professora Titular, UFSC (aposentada) e participante no projeto REPENSUL

*** Tradução do termo *nurturing*

(CROSSETTI, 1997; WALDOW, 1997; WOLFF et al., 1997). Por outro lado, em virtude de desconhecermos a existência de estudos que identifiquem o entendimento que a clientela infanto-juvenil tem acerca de cuidar e de não cuidar e suas respectivas fontes é que nos propomos a realizar o presente estudo.

Acreditamos que a elucidação de tais significados na perspectiva desta clientela proporcionará melhor entendimento e aproximação entre quem cuida e quem é cuidado, bem como oferecerá ao profissional subsídios que fundamentem suas ações para o atendimento das necessidades de cuidado manifestadas pelos clientes. Além disso, a replicação de estudos sobre esta mesma temática em diferentes contextos e populações possibilitará o aprofundamento da compreensão conceitual acerca do cuidar/cuidado em enfermagem.

METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório realizado com dez (10) crianças e adolescentes admitidos à unidade de internação médico-cirúrgica de um grande hospital da região sul do Brasil. Os participantes do estudo foram entrevistados a partir de uma escala analógica, contendo onze (11) carinhas com expressões de sentimentos significativos, tais como alegria, tristeza, felicidade, insatisfação, satisfação, rancor. Esta escala foi elaborada pela enfermeira Maria Aparecida Gomes dos Santos em 1994, especialmente para este estudo****, sendo utilizada com a intenção de estimular o respondente a refletir sobre os sentimentos que estava experienciando em relação ao cuidado recebido durante a internação, e permitir o aprofundamento do diálogo, na entrevista. Também foi utilizada para identificar o nível de cuidado experienciado*****.

A amostra foi propositada e intencional. A participação da clientela foi estabelecida segundo critérios tais como: a) idade (8 a 14 anos); b) condições de verbalização e não estar experienciando dor ou qualquer outro desconforto e situação que a impedisse de ser informante confiável; c) estar internado no mínimo há 48 horas; d) participar voluntariamente, permitir o uso de gravador durante a entrevista e autorizar a transcrição da mesma. A entrevistadora, após ter explicado a finalidade do estudo para o cliente e seu acompanhante, solicitou a permissão oral do cliente e escrita do acompanhante, esclarecendo que a entrevista poderia ser interrompida caso o cliente desejasse.

Os dados analisados no presente estudo, fazem parte de um conjunto maior coletado por membros do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (PIP C&C), os quais são relatados separadamente, em outras publicações.

As entrevistas semi estruturadas, unidade de análise desse estudo, foram transcritas na íntegra, salvaguardando a fala peculiar de cada cliente. A análise foi realizada de acordo com STRAUSS (1988), auxiliada pelo Ethnograph 4.0 (SEIDEL et al., 1995). Inicialmente duas pessoas procederam a leitura, linha a linha, para a extração das palavras e frases indicativas dos significados, agrupando-as e designando-as com nomes que englobassem os indicadores. Outras duas pessoas revisaram e sugeriram modificações, as quais foram validadas por uma terceira. Tudo isso para assegurar a fidedignidade da análise qualitativa e chegar a um sistema de categorização aceito para ser processado em microcomputador.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes do estudo, em sua maioria, eram do sexo feminino, estavam acompanhados pela mãe, estavam na faixa etária dos 8 aos 11 anos e se encontravam internados devido a condições cirúrgicas relacionadas a área traumato-ortopédica.

As perguntas “O que quer dizer esta carinha pra ti? O que te faz sentir assim? Quem está cuidando de ti no hospital? Tu poderias me contar uma historinha aqui do hospital em que te sentiste cuidado (a)? Tu poderias me contar uma historinha aqui do hospital em que não te sentiste cuidado (a)?” permitiram a exploração dos sentimentos em relação ao cuidado recebido durante a hospitalização e nos levaram a compreensão dos significados e fontes de cuidar e significados e fontes de não cuidar.

SIGNIFICADOS E FONTES DE CUIDAR

Na visão do cliente infanto-juvenil a presença das pessoas em geral é traduzida como fontes de cuidar. Os pais, os profissionais da saúde, o pessoal do hospital, visitas, companheiros de quarto o fazem sentir-se cuidado. Todos colaboram para que se sinta melhor. No seu dizer,

**** Maiores informações sobre a escala poderão ser obtidas com as autoras deste trabalho

***** Os níveis identificados estão relatados em outro artigo de Gonzaga e Neves-Arruda (1997, submetido para publicação na Revista Cogitare Enfermagem)

todos são a razão dele sentir-se cuidado: “*Todos, praticamente todos. As pessoas vem aqui e ajudam a gente, isso faz a gente até se sentir melhor. Tá certo que se está dentro do hospital mas isso faz a gente se sentir tranqüila, como se tivesse só alegria, a tristeza fica de fora.*” (Joaninha, 11 anos).

O ser humano é um ser social. Sente prazer em conviver e interagir, em estar com outras pessoas. E o estar presente significa estar por inteiro junto ao outro. Implica em não ser um autômato, que executa o cuidado técnico, vital e importante para a assistência ao ser cuidado, apenas com as mãos, mecanicamente. Estar presente e ser fonte de cuidado significa incluir o cuidado emocional/ psicológico em todo o processo de cuidar, juntamente com a realização dos procedimentos técnicos. Essa integração resulta no cuidado efetivo, que dá sustentação ao processo de cuidar e torna o cuidador afetivo e humano. Além disso, a presença humanizada do cuidador, em um ambiente de cuidado, poderá representar para o ser cuidado a esperança, célula máter do desejo de viver e, para o próprio cuidador, poderá proporcionar a certeza de ter tentado promover, dentro de suas possibilidades, uma melhor qualidade de vida e bem-estar àquele que estava temporariamente sob seus cuidados.

O aprofundamento na análise dos dados permitiu identificar na ótica da criança e do adolescente, que o **Cuidar** engloba três grandes significados: o **Cuidar Profissional**, o **Cuidar Materno-Paterno**, o **Cuidar Amigo**.

Tanto o **Cuidar Profissional**, como o **Cuidar Materno-Paterno** e o **Cuidar Amigo**, apresentam componentes afetivos, emocionais, extremamente relevante para a complementação do processo de cuidar.

O cuidar profissional

Na visão dos clientes o **Cuidar Profissional** é proporcionado tanto pelos membros do corpo médico como pelos membros da equipe de enfermagem. Inclui ações de dar banho no paciente, verificar se tem febre e se está tudo bem, colocar termômetro, fazer anestesia devagarinho, aliviar sintomas de dor, atender bem e ser delicado, dar força, alcançar a alimentação quando o paciente está só ou quando não consegue alcançá-la e cuidar para o paciente não morrer. Alguns exemplos:

Eles [médicos e enfermeiras] tão me cuidando, aí passou a dor que eu tava na perna. (Mariazinha, 8 anos)

Foi no dia que o médico fez a cirurgia. Eles [médicos e enfermeiras] foram bacanas comigo. Foi bom. Eu tava aqui e eles fizeram bem devagarinho [a anestesia] prá não esticar muito o meu braço [está com soro].

Conversaram comigo, deram um pouco de atenção mas foram delicados. (Paulinha, 9 anos)

Elas me tratam bem [as enfermeiras]. Toda vez que almoço ou lanche, elas sempre passam para ver se a gente já pegou [o prato com a comida]. Se não pegou, se não tiver alguém prá pegar, elas trazem. (Aninha, 14 anos)

As enfermeiras e as médicas são boas para mim, me tratam com delicadeza. (Aninha, 14 anos)

É quando as enfermeiras vem aqui, elas olham e vê se eu tô direito, se eu tô bem. Os médicos também. (Pedrinho, 9 anos)

Me senti mais cuidado na UTI, quando eles cuidaram de mim, prá eu não morrer (Glorinha, 12 anos)

A dicotomia histórica de que médicos [homens] curam e enfermeiras [mulheres] cuidam, reflete a hierarquia de poder existente, ainda nos dias atuais, na relação homem/mulher (LOPES, 1996; COLLIÈRE, 1989; Holden, apud PHILLIPS, 1993). Comenta FROMM (1967), esta “ânsia de poder não se origina da força mas da fraqueza. Ela é a expressão da incapacidade do eu individual para ficar sozinho e viver. É um esforço desesperado para conseguir força simulada quando se tem falta de força autêntica.” (p. 41) Entretanto, para a criança e o adolescente desta pesquisa, essa dicotomia não existe. Médicos e enfermeiros estão em um mesmo patamar. Ambos promovem o cuidado com vistas ao alívio da dor e à sobrevivência do paciente, ou seja, para o cliente o cuidado tem uma dimensão maior de conexão com a vida.

O cuidar profissional apresenta forte componente de sobrevivência, imprescindível para a vida dos seres. O cliente ao procurar o hospital vai em busca de sua própria sobrevivência e alívio de sintomas. Parece significar para ele que o cuidado físico está em primeiro lugar, embora esteja também intrinsecamente amalgamado ao cuidado afetivo-emocional. E o cuidado, segundo LEININGER (1991), é a essência da humanidade e primordial para a sobrevivência do ser humano.

Em sua essência, o cuidado é basicamente um sentimento internalizado pelo cuidador. Desde o seu nascer ele tem estado em contato, internalizando o cuidado emocional-afetivo que é passado de geração em geração. Quando se torna um profissional da área da saúde, ele aprende os fundamentos técnicos e científicos dos cuidados de saúde. Suas ações são fundamentadas na teoria e na prática científica e humanística. Traduzem o conhecimento milenar daquele que reaprendeu a ver a si próprio e ao outro, como seres, nos quais os vários egos se integram, se interrelacionam.

A preparação para a hora da cirurgia é considerada, pelo cliente, muito importante. A comunicação empática profissional-cliente é imprescindível pois relaxa a tensão do pré-operatório. A delicadeza e a sensibilidade com que são executados os procedimentos médico-cirúrgicos proporcionam ao ser cuidado a devida confiança nos profissionais da saúde. A preocupação e o interesse pelo bem estar do outro resulta em sentimento de segurança, conforto e confiança (NORDMARK & ROHWEDER, 1975).

O cuidar implica em uma relação de confiança na qual o ser cuidado entrega o seu self, que encontra-se fragilizado, nas mãos do ser cuidador. E este com sua presença carinhosa e atenciosa, possibilita ao paciente reforçar seus mecanismos internos, passando a confiar no ambiente (ANGERAMI-CAMON, 1988).

O cuidar materno-paterno

O Cuidar Materno-Paterno fundamenta-se na interação entre paciente e o pai e/ou mãe. Envolve, na visão do cliente, as ações de *dar atenção porque a (o) filha (o) está com medo deixando tudo de lado para cuidar dela(e); estar sempre junto; ler historinhas; dar maior força; cuidar; apoiar; tratar bem, com carinho; ajudar; gostar da (o) filha (o); dar tudo o que a (o) filha (o) quer [necessita] e estar sempre disponível [para atender suas necessidades]*.

Os médicos e as enfermeiras tratam mais ou menos. As vezes, esquecem de me atender. É a minha mãe que trata bem. (Paulinha, 9 anos)

Minha mãe me cuida. É mais legal, fico mais bem cuidada. (Tininha, 14 anos)

... eu não fiquei bem cuidada. Elas [enfermeiras] esqueceram de me dar o remédio. A mãe não tava aqui. (Tininha, 14 anos)

... a mãe tem me dado todo o apoio, acho que em momento algum eu me senti menos cuidada. Ela tá sempre em cima de mim, me dá tudo o que eu quero e sou tratada com carinho. (Joaninha, 11 anos)

A minha mãe me deu muito mais atenção porque eu tava morrendo de medo. Ela me deu muito mais atenção, ela deixou tudo de lado para cuidar de mim, para fazer eu me sentir melhor, pois eu tava chegando dentro do hospital para ser operada. Me fez eu me sentir melhor, como se não fosse passar por nada, fosse apenas dar uma voltinha (Joaninha, 11 anos)

O cliente infanto-juvenil faz diferença entre a maneira de cuidar dos médicos e enfermeiras (os) e o

cuidar materno/paterno. Eles tem claro que o papel profissional é diferente do papel materno/paterno. Embora o cuidado profissional seja distinto do cuidado executado pelo pai e pela mãe, ele é supervisionado pelo pai e/ou mãe no sentido de zelar pela segurança do filho e não no sentido técnico.

Os médicos e as enfermeiras cuidam *para eles [os clientes] não morrerem*, são responsáveis pela sua sobrevivência e alívio da dor. Os cuidados efetuados pelo pai e pela mãe, parecem ser uma complementação do cuidar profissional pois, segundo os clientes, os médicos e enfermeiros (as) às vezes esquecem de atender ou de dar remédio mas é a mãe que trata bem, cuida, proporciona apoio. Ela verifica e providencia para que todas as necessidades que o filho tem sejam atendidas, trata com carinho e atenção. O pai é constante, está sempre perto, lê historinhas, ajuda, provê alegria.

A atenção materno/paternal envolve o ser cuidado, afastando o medo, gerando segurança, proteção, tranqüilidade, alegria, bem estar. A presença constante do pai e da mãe parece dar ao filho a garantia de que será bem assistido durante esta etapa de doença/hospitalização.

A pessoa em situação de dependência [como é o caso de hospitalização], confia em outra (s) pessoa (s) porque se sente aceita e aprovada, nota o interesse e preocupação pelo seu bem-estar e sabe que há auxílio disponível para satisfazer suas necessidades básicas (NORDMARK & ROHWEDER, 1975). Acrescentamos um outro fator, também de suma importância: o amor incondicional, que esta segunda pessoa manifesta à pessoa em dependência. E a mãe e o pai, tem esse sentimento nutritivo, principalmente a mãe, por acalantar o filho desde a sua geração, amamentando-o e nutrindo-o. Pai e mãe, ambos amam, protegem o filho (a) e dentro do possível, procuram providenciar o atendimento das necessidades sentidas por ele.

As ações de cuidado materno possibilitam à criança e ao adolescente sentirem-se mais calmos e aceitar com segurança e tranqüilidade os procedimentos hospitalares, muitas vezes hostis e invasivos. A criança e o adolescente possivelmente aceitam melhor os procedimentos de enfermagem e tornam-se mais calmos, durante a internação, devido ao fato de ser o acompanhante um elo de familiaridade entre o mundo do hospital e o mundo do cliente anterior à hospitalização (BOEMER et al., 1988). Concordamos com esta premissa e, apesar da presença paterna (20%), neste estudo, ter sido menor que a materna (80%), consideramos ambos, pai e mãe, investidos dessa familiaridade que une o mundo do filho ao mundo hospitalar.

A família [pai, mãe] tem papel muito importante no trabalho de apoio ao cliente hospitalizado (ANGERAMI-CAMON, 1988). É a qualidade da atividade afetiva dos pais que possibilita ao cliente infanto-

juvenil uma maior ou menor segurança na aquisição de novos papéis, reduzindo seus medos, dúvidas, ansiedades e fantasias vivenciados durante sua doença e hospitalização.

O estilo de cuidar da mãe é herdado culturalmente (CABRAL & TYRREL, 1995) Estendemos um pouco mais esta concepção, afirmando que não somente a mãe mas o pai também, de acordo com a necessidade e sua capacidade de assimilação, adquire no cotidiano o seu próprio estilo de cuidar. O conhecimento passado de geração a geração, é apreendido na práxis cotidiana que varia culturalmente. Cada cultura tem seu próprio estilo de cuidar, transmitido e adaptado à época e circunstância, à criança, pelo grupo familiar em que está inserida. Normas, princípios, valores e crenças da criança e sua família geram atitudes e comportamentos que precisam ser respeitados e compreendidos pelo cuidador da área da saúde para que não ocorram conflitos. Desta compreensão resulta a consecução de um cuidar profissional mais humano.

Os pais do nosso estudo, um era vigia noturno em uma cidade do interior catarinense localizada há 5 horas de distância da capital, nível escolar primário e cerca de 30 anos de idade; o outro pai, funcionário de uma universidade do sul do país, estudou até o terceiro ano de ciências contábeis, aposentado, na faixa de 50 anos, atualmente exercendo a função de contador, em uma firma montada em sua casa. O primeiro pai deixou o emprego e a família para trazer e cuidar do filho no hospital (Pedrinho, 9 anos). A esposa, faxineira, renda mensal superior a do marido, cuidava dos filhos menores em casa, *“não tinha jeito para lidar em cidade grande”*, explicou o marido. O segundo pai, nível econômico muito bom, segundo ele mesmo, permaneceu no hospital com o filho, deixando de lado sua firma de contabilidade e dois filhos [um de 16 anos e uma menina de 8 anos] e a casa que ajuda a cuidar. A esposa, professora de uma universidade na capital, horário integral, vinha todo final de tarde, com a filha menor, visitar o filho internado. O irmão mais velho, toda tarde estava ao lado do irmão e do pai.

Podemos notar que ambos os pais, se adaptaram à situação, a necessidade premente de cuidar do filho, em detrimento de outras necessidades como cuidar da família ou manter o emprego. O estilo de cuidar do pai, repassado pela nossa cultura, é em geral, nos dias atuais, o de cuidar da família como um todo e não personalizando o cuidar para cada elemento familiar, como a mãe costuma fazer. Porém, notamos que de acordo com a necessidade que se faz presente o pai adapta o seu cuidar àquela situação e necessidade.

Começa-se a notar que a cultura vem se modificando [porque o homem se modifica], desmistificando o estereótipo que somente a mãe deve cuidar. O pai tem seu potencial para isto, basta deixar de

lado a relação hierárquica de poder, no qual o homem manda e fiscaliza o que a mulher executa. Ambos, pai e mãe, homem e mulher, caminham juntos num mesmo patamar, cuidando, com as mesmas responsabilidades consigo mesmo, com o outro e com a sociedade frente ao amanhã.

O cuidar amigo

O **Cuidar Amigo** abrange as ações de *cuidar; dar/tratar com carinho, delicadeza; tratar como adulto; ser amigo, gentil, bacana, legal, carinhoso, compreensivo; brincar; ajudar a sentir-se melhor; gostar do paciente; conversar; dar atenção; dar força; desejar boa sorte na cirurgia; interessar-se pelo estado de saúde do paciente; aconselhar.*

Neste cuidar, estão incluídos todos aqueles comportamentos e atitudes aparentemente simples e pequenos como dizer *oi, como vai?; o sorriso sincero e carinhoso, o toque suave das mãos, as brincadeiras, o carinho, a amizade, o gostar do outro, o lembrar do nome do cliente.* O conforto de um conselho, na hora do medo, da angústia e ansiedade frente aos procedimentos médico-hospitalares, o cliente traduz como dar força a ele. São ações e procedimentos aparentemente simples mas profundos. Eles repercutem no ser cuidado como uma onda positiva de energia que o envolve como um todo, animando-o, estimulando seus mecanismos de defesa e resistência, motivando-o na luta pela própria vida, contribuindo para sua melhora.

É o cuidado afetivo-emocional, monopólio de ninguém e que todos podem dispensar a si mesmo e ao outro, pois todos podem cuidar. É um comportamento apreendido na prática cotidiana e transmitido pelo grupo familiar e/ou social à pessoa que nele está inserida.

Aos clientes operados, foi proporcionado um acompanhamento psicológico no pré e pós-operatório. A psicóloga-pesquisadora cuidava e confortava através de uma palavra amiga, um pequeno gesto de atenção para com eles. Eles conversavam, riam, brincavam. Ela tocava o rosto ou a mãozinha deles num afago espontâneo e, no decorrer da conversa, notava que estavam segurando sua mão, afagando seu braço. Às vezes, puxavam seu rosto e o deixavam colado ao seu, num abraço silencioso. O contato físico, o toque é uma das maneiras mais eficazes de manifestar amor, de interagir com o outro. O toque fala por si mesmo, complementa, dá vida ao significado de uma mensagem verbal. É um dos meios mais vívidos de expressão que o ser humano possui. Interessante é que as mães acompanhantes faziam questão de participar desse momento. Elas, como seus filhos, sentiam-se fragilizadas e carentes frente ao um procedimento tão hostil e invasivo como a cirurgia, apesar de seus resultados benéficos. Elas valorizavam o cuidado invisível, aquele cuidado que o ser humano sente necessidade e que não

consta das estatísticas mas, que está presente no cotidiano e não custa dinheiro algum. Aquele cuidado que acontece quando se permite ao espírito espontâneo e sincero, livre de malícia, fluir na direção do outro.

É importante para o cliente, sentir que as pessoas gostam dele, manifestam carinho, interesse e amizade por ele, que o aceitam, compreendem e lhe proporcionam a sensação de bem-estar consigo mesmo e com a vida. O objetivo do bem-estar é conseguido através do diálogo (PATERSON & ZDERAD, 1988) em uma relação empática, ouvindo e dando força, aceitando e compreendendo o outro. Ser compreensivo é imaginar-se no lugar do outro para compreender o que ele sente, sem absorver para si o problema dele, ajudando-o, dentro de suas possibilidades, a compreender e transcender aquele problema. Como diz DANIEL (1983) “a arte está em conservar a própria identidade e equilíbrio da própria saúde mental e física” (p. 49) e espiritual. Mas, para que ocorra a empatia faz-se necessário que antes o cuidador conheça, compreenda, goste e respeite a si mesmo.

A presença calorosa e reconfortante do cuidador, seja da área da saúde ou não, transmuta, humanizando as ações de cuidar através de um **Cuidar Amigo** que também transforma o próprio ambiente hospitalar, como disse Joaquina, uma cliente de 11 anos:

Eu pensei que ia chegar aqui nesse hospital e na minha imaginação, ia ser triste, todo mundo triste e tal. Mas, eu já cheguei e todo mundo alegre. Pelo que eu vi, são tão amigos, tão compreensivos.

SIGNIFICADOS E FONTES DE NÃO CUIDAR

A temática fontes de não cuidar é apresentada junto a análise e discussão dos significados de não cuidar por ambos se complementarem.

É interessante observar que, embora para o cliente infante-juvenil, todos cuidem, ele aponta apenas para os profissionais da área médica e de enfermagem [esta última com maior ênfase], como sendo os responsáveis pelas ações e comportamentos de não cuidar.

As ações e comportamentos de **não cuidar** reunidos no sub-tema **desinteresse profissional**, significam *não ligar para ou não tirar a dor; não tratar bem; esquecer de atender; de dar remédio; não ligar para o cliente; não acreditar na dor do cliente; interromper o sono noturno para dar injeção; machucar o cliente ao mudá-lo de posição no leito; faxineira dar injeção como se fosse enfermeira; tratar mais ou menos; achar que o cliente está mentindo; enfermeiras de cara fechada que não sorriem.*

Nesta pesquisa constatamos que as ações e

comportamentos de cuidar aparecem com maior frequência que as de não cuidar. Estas, embora apareçam menos, são experiências de cunho negativo, incisivas e marcantes.

Elas [enfermeiras] esqueceram de me dar o remédio. (Tininha, 14 anos).

As enfermeiras e os médicos não ligam pra minha dor. Não tiram a minha dor. (Paulinha, 9 anos, osteomielite nos membros inferiores)

É medo de tomar injeção com quem não tá preparado pra isso... a faxineira veio me dar injeção como se fosse enfermeira. (Joãozinho, 13 anos)

Os médicos disseram que eu tava mentindo... disseram que era mentira a minha dor. (Rosinha, 11 anos).

O atendimento e a assistência em que a pessoa é desvalorizada poderá acarretar ao cliente, já por si só impotente e fragilizado frente à doença e hospitalização, problemas afetivo-emocionais, perda da vontade de viver, dificuldade de recuperação das forças vitais. Alguns hospitais gerais, proíbem a presença de familiares junto ao cliente, despojam-no de objetos e roupas pessoais, não o chamam pelo nome. Quando estes fatos ocorrem em internações longas, nos faz lembrar o procedimento denominado por GOFFMAN (1990) de “processo de despojamento”, que despersonaliza, isto é, ocorre a perda de identidade da pessoa nas instituições totais [creches, manicômios, conventos]. São procedimentos desumanos que denotam desamor pelo ser humano. E cuidar é um ato de amor.

Quando o cliente reclama da enfermeira que executa os procedimentos de cara fechada, sem sorrir, está sinalizando que ele faz a diferença entre o cuidado técnico, frio, distante, mecânico e o cuidado afetivo-emocional, do qual sente necessidade. O cuidado mecânico impede o exercício da ciência e da arte de cuidar. Cuidar implica em amar, em exercitar a responsabilidade, o respeito, e utilizar conhecimentos técnico-científicos. O cuidado técnico feito sem a emoção do amor tem o impacto do frio do gelo na pele. Conforme afirma ORLANDO (1961) as ações automáticas por parte do cuidador tornam as necessidades de auxílio, que o ser cuidado tem, pouco prováveis de serem satisfeitas.

Ao duvidar da dor do cliente, o profissional desestabiliza a relação de confiança e compreensão existente entre ambos. E quando uma relação de compreensão não é firmada, pode assumir até mesmo aspectos perversos, como o fato do cliente ter sentimentos de culpa, sentir-se objeto de punição, de expiação moral pela dor (WALDOW et al., 1995). Para esta autora o alívio da dor e do sofrimento do ser cuidado faz parte do cuidar.

A etapa de hospitalização pode ser um período

estressante não só devido a uma possível ausência dos pais ou familiares junto a criança ou adolescente hospitalizado mas também pela assistência inadequada que algum profissional ministre ao cliente ou ainda devido, entre tantos outros fatores estressores, aos processos invasivos e/ou dolorosos a que se vê submetido este cliente.

Certas condutas tidas como invasivas, agressivas e/ou dolorosas são exigência técnica de alguns tratamentos (ANGERAMI-CAMON,1997). Os procedimentos invasivos e/ou dolorosos embora não possam ser evitados podem ser suavizados pela humanização da assistência, dos atos e ações de cuidar efetuados pelo cuidador ao seu cliente. A assistência humanizada “não é só condição técnica, mas prioritariamente a solidariedade, o amor e o respeito pelo ser humano, uma vez que a criança em sua condição indefesa e instável, busca em outrem apoio, carinho e compreensão” (PINHEIRO & LOPES, 1993, p.128).

O cliente Joãozinho, certa manhã, reconheceu a faxineira na figura de uma pessoa de branco que usava uma máscara [do tipo cirúrgico] e que veio aplicar-lhe uma injeção. Ao recusar tomar a injeção, a faxineira lhe explicou que não havia ninguém disponível para lhe aplicar a injeção, e como ela tinha alguma experiência se ofereceu para tal finalidade e que usava máscara porque estava gripada. O enfermeiro ao gerenciar sua equipe, detém o poder de decisão e a responsabilidade de coordenar com humanidade toda a equipe de profissionais de enfermagem. Ao distribuir atividades ele deve exercer “suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade” (COFEN, 1995) assim como “respeitar a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza” (COFEN, 1995).

Desta forma, a equipe inteira trabalha visando exercer o cuidado, não somente para com o ser cuidado mas, dirigido a todos os colegas e demais pessoas. Embora compreendamos a situação precária e defasada do cuidador da área da saúde, não se justifica o procedimento não profissional e a infração ética daquele que permite a uma faxineira aplicar injeção no paciente. Cabe ao cuidador honrar a profissão que escolheu e não delegar poderes a quem não está habilitado para exercer tal atividade. Lutar por seus direitos legais, por uma situação melhor é um direito que lhe assiste enquanto que é um dever seu, cuidar do cliente resultando como produto de seu trabalho: um cuidado amoroso, responsável, profissional, competente e ético, para que não ocorra a discrepância entre o discurso do cuidador e a prática profissional.

O administrador que gerencia com conhecimento, habilidade, sabedoria e respeito, vivenciando sua humanidade com os profissionais e funcionários que estão sob sua responsabilidade, promove um ambiente de

cuidado salutar. Ao mesmo tempo, estes procuram corresponder à confiança neles depositada dando o melhor de si na execução das tarefas a eles delegadas. Cada um dentro de suas possibilidades busca estabelecer relações de cuidado no sentido de compreender o outro, a si mesmo, a natureza, atuando responsavelmente, exercendo a cidadania, em sua práxis cotidiana. Como refere FARIA (1995) deve-se “privilegiar a organização e participação articulada dos trabalhadores da saúde e população, na tentativa de pressionar e obter conquistas que só virão da luta cotidiana” (p. 57) e na compreensão de cidadania de cada um.

O estado emergencial em que se encontra a saúde brasileira não tem permitido a seus profissionais, um atendimento digno à população, como é o esperado. Mas é preciso reconhecer que o ser cuidado é a razão de ser e de existir da enfermagem e das demais profissões da área da saúde. Sem ele não há cuidado em enfermagem, em medicina, em nutrição.

O homem é sujeito de sua história, ele faz a história, portanto é a partir dele mesmo que as modificações começam a ocorrer. Na concepção do cliente infanto-juvenil, todos podem cuidar. Desta forma, infere-se que todos são responsáveis pela qualidade do cuidado que promovem. O verdadeiro cuidador não é aquele que somente promove o cuidado nas horas em que está atuando como profissional. Mas, aquele que além disso, vive o cuidado cada segundo como parte integrante de sua vida, nas relações com o outro, consigo mesmo, e com a natureza.

O cuidar-cuidado vivenciado em toda sua magnitude, torna a relação verticalizada e hierárquica da instituição hospitalar em uma relação interpessoal, empática e linear de cuidado, seja na área funcional-administrativa [cuidado indireto] seja na área de execução dos cuidados diretos ao paciente. Nessa relação efetiva de cuidado, tanto o cuidador quanto o ser cuidado, sujeitos de direitos e de deveres, saem beneficiados. O cuidador passa a trabalhar em um ambiente salutar onde sente prazer de estar e fazer. O ser cuidado vê toda a instituição como um lugar onde vai encontrar o que foi buscar: **o cuidado humano**. Um lugar em que ele sabe que vai exercitar seu direito de receber a assistência necessária a sua condição de um ser humano que naquele momento se encontra fragilizado pela doença e hospitalização.

SÍNTESE DOS ACHADOS

O cliente infanto-juvenil traduz como **fontes de cuidar** todas as pessoas que interagem com ele: mãe, pai, parentes, equipe médica e de enfermagem, visitas, pessoas do hospital e pessoas em geral.

O cuidar para o cliente, sintetiza tres significados: **o cuidar profissional, o cuidar materno/paterno e o cuidar amigo**. O cuidar profissional, no qual estão envolvidos os médicos e os enfermeiros, é aquele cuidado que garante a sobrevivência e o alívio dos sintomas e cujos procedimentos, quando executados com delicadeza, sensibilidade e comunicação empática profissional-cliente, transmitem ao cliente confiança e segurança na equipe de saúde, o que conseqüentemente o tranquiliza. O cuidar materno/paterno, representado pela presença materna ou paterna, é o responsável pela manutenção do elo familiar que une o mundo do cliente, no seu cotidiano, ao mundo hospitalar, transmitindo-lhe segurança e proteção e assegurando ao cliente a complementação do cuidar profissional.

O cuidar amigo é aquele cuidar afetivo-emocional que qualquer pessoa pode proporcionar ao cliente.

Os clientes expressam como **fontes de não cuidar** os médicos e as enfermeiras. Dentre estas, um cliente incluiu como fonte de não cuidar a enfermeira responsável pela unidade de internação que delegou à faxineira do hospital a tarefa de aplicar-lhe uma injeção. Os significados de **não cuidar** envolvem as atitudes de **desinteresse** manifestadas pelo **profissional** ao deixar de executar procedimentos para aliviar a dor ou executar os procedimentos de forma fria, mecânica, sem respeito e compreensão pelo estado de sensibilidade, dor, angústia

e estresse que o cliente está vivenciando na doença e/ou hospitalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de cuidar não se constituem privilégio dos profissionais da saúde, embora os clientes reconheçam que os profissionais cuidam para não deixá-los morrer.

O cuidar profissional requer conhecimentos fundamentados em sólida base técnico-científica e deve estar também alicerçado em atitudes coerentes com crenças humanísticas que ofereçam sustentação ao desenvolvimento de um processo de cuidar que procure firmar a relação afetivo-emocional entre quem cuida e quem é cuidado, com vistas a alcançar saúde e bem estar.

O exercício efetivo do cuidar poderá se constituir em um instrumento que permita a humanização da assistência ao cliente, bem como a melhoria das relações funcionais entre os próprios componentes da equipe hospitalar. Isto porque o hospital, em si mesmo, sem a ação humana, é simplesmente um grande deserto. A ação humana dos cuidadores, juntamente com os recursos tecnológicos, transforma o hospital em um oásis onde o ser sedento de ajuda busca equilibrar as forças perdidas. Quando essa ação se faz presente, o hospital adquire vida e o ser cuidado pode saciar enfim, sua sede de cuidados.

SOURCES AND MEANINGS OF CARING AND NON CARING IN A PEDIATRIC HOSPITAL

Exploratory study, that is part of a set of data collected through interviews with 10 clients admitted to a pediatric hospital, with the purpose to identify meanings and sources of caring and non caring. Caring encompasses three meanings: professional caring, parental caring and friendly caring. Non caring means the lack of interest of health professionals who perform procedures without attention and respect for the human being. Caring actions and behaviors are mentioned more frequently than those of non caring. Results also revealed that parents, health professionals, hospital personnel, visitors and roommates make clients feel cared for.

KEY WORDS: care, non caring, pediatric nursing

FUENTES Y SIGNIFICADOS DE CUIDAR Y NO CUIDAR NIÑOS EN HOSPITAL

Estudio exploratorio que hace parte de un conjunto de datos recolectados por medio de citas con 10 niños y adolescentes admitidos en hospitales pediátricos, cuya finalidad fue identificar significados y fuentes de cuidar y no cuidar. El cuidar engloba tres significados: el cuidar profesional, el cuidar del padre y madre, y el cuidar amigo. El no cuidar significa el desinterés del profesional al realizar procedimientos sin la debida atención y respeto al ser humano. Las acciones y comportamientos de cuidar son más frecuentes que aquellos de no cuidar. Los resultados revelan también que los padres, profesionales de salud, personas del hospital, visitas y los compañeros de habitación hacen que los clientes sientan más cuidados.

TÉRMINOS CLAVES: cuidar, no cuidar, enfermería pediátrica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.). **A psicologia no hospital**. São Paulo: Traço, 1988.
02. _____. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1997.
03. BOEMER, M.R.; VALLE, E.R.M.do. O significado do cuidado de crianças com cancer. Visão das enfermeiras. **Rev.Bras.Enfermagem**, Brasília, v. 41, n.1, p. 56-63, jan./mar. 1988.
04. CABRAL, I.E.; TYRREL, M.A.R. O estilo de cuidar da mãe e o trabalho de enfermagem. **Rev. Enfermagem - UERJ**, Rio de Janeiro. v.3, n.2, p. 189-195, out. 1995.
05. COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
06. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 1995.
07. CROSSETTI, M. da G.O.; NEVES-ARRUDA, E.; WALDOW, V. **Elementos para o cuidar/cuidado: a perspectiva de enfermeiras de um município gaúcho**. Relatório de pesquisa, 1996. (Mimeo).
08. CROSSETTI, M. da G.O. **Compreendendo o processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial em enfermagem**. Florianópolis, UFSC, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
09. DANIEL, L.F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983.
10. DUARTE, E.R.M.; MÜLLER, A.M.; BRUNO, S. M. A.; DUARTE, A.L.S. A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para assistência de enfermagem à criança. **Rev.Bras.Enfermagem**, Brasília, v.40, n.1, Jan/Fev/Mar. 1987.
11. ELSÉN, I.; PATRÍCIO, Z.M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHIMITZ et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1989. p.169-196.
12. FARIA, E. M. Comunicação e informação. Instrumentos para a transformação da prática dos serviços da saúde. **Texto e Contexto Enfermagem - UFSC**, Florianópolis, v.4, n.1, p. 47-59, jan./jun. 1995.
13. FROMM, E. **O medo à liberdade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
14. GOFFMAN, I. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1990.
15. LEININGER, M.M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.
16. LOPES, M.J.M. O sexo no hospital. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996 p. 76-105.
17. MOTTA, M. da G.C. da. Princípios da teoria de Piaget como instrumento no processo de cuidar à criança. **Texto & Contexto Enfermagem UFSC**, Florianópolis, v.4, n.1, p.170-179, Jan/Jun. 1995.
18. NEVES-ARRUDA, E.; BITTENCOURT, M. dos S.; GONÇALVES, F.A. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectiva de enfermeiras. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.1, p. 85-90, Jan/jul 1996.
19. NORDMARK, R.; ROHWEDER, A.W. Necessidades primárias e adquiridas In: **Scientific Foundations of Nursing**, 1975. p. 372-381.
20. ORLANDO, I.J. **The dynamic nurse-patient relationships: function, process, and principles**. New York: G. P. Putnam's, 1961.
21. PATERSON, J.E.; ZDERAD, L.T. **Humanistic nursing**. New York: National League for Nursing, 1988.
22. PINHEIRO, M.C.D.; LOPES, G.T. A influência do brinquedo na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Rev.Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 46, n.2, p. 117-131, abr./jun. 1993.
23. PHILLIPS, P. Uma desconstrução do cuidar. Tradução de Fernando Volkemer. **J. Adv. Nurs.**, v.18, p. 1554-1558, 1993.
24. REINERS, A. A. O. **Cuidado: seu significado para o enfermeiro**. Ribeirão Preto, 1995. Dissertação (Mestrado Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Univeridade de São Paulo.
25. ROACH, S. M. S. **The human act of caring: a blueprint for the health professionals**. Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1993.
26. SADALA, M.L.A.; ANTONIO, A.L. de O. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p.83-92, Jul. 1995.
27. SEIDEL, J.; FRIESE, S.; LEONARD, D. C. **The Ethnograph v4.0: a program for the analysis of text based data**. Amherst, MA: Qualis Research Associates, 1995.
28. SENA, N. P. A formação do enfermeiro. **Rev. Bras.Enfermagem**, São Paulo, v.4, n.1, p.37-38, Jan/Mar. 1984.

29. STRAUSS, A. **Qualitative analysis for social scientists**. New York: Cambridge University Press, 1988.
30. SWANSON, K.M. Nursing as informed caring for the well-being of others. **Image: Journal Nursing Scholarship**, v.25, n.4, p.352-357, Winter 1993.
31. WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
32. WALDOW, V.R. Elementos para o cuidar: a visão de clientes hospitalizados. In: **Cuidado humano: o resgate necessário**, 1997 (livro no prelo).
33. WATSON, J. **The philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown, 1979.
34. WOLFF, L.D.G.; GONÇALVES, L.S.; YEDE, S. **Cuidar/cuidado: elementos e dimensões na perspectiva de pessoas internadas em hospital de ensino**. Relatório de pesquisa, 1997 (mimeo).
35. ZAGONEL, I.P.S.; GONÇALVES, L.S.; YEDE, S.; NEVES-ARRUDA, E. **Elementos do cuidar/cuidado na perspectiva dos estudantes de enfermagem na Universidade Federal do Paraná**. Relatório de pesquisa, 1996 (mimeo).