

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

LAURA CRISTINA DA SILVA LISBOA DE SOUZA

**O QUOTIDIANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA:
UM ENCONTRO ENTRE AS IMAGENS DOS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS NA
HOSPITALIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

Ficha Catalográfica

S729o SOUZA, Laura Cristina da Silva Lisboa de
O cotidiano de cuidado de Enfermagem: um encontro entre as
imagens dos profissionais e das famílias, 2008 [tese] / Laura Cristina
da Silva Lisboa de Souza – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.
277 p.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Cuidado. 2. Enfermagem – Hospitalização. 3.
Enfermeiro. 4. Enfermagem – Materno-infantil. I. Autor.

CDU – 616-083:618.2

LAURA CRISTINA DA SILVA LISBOA DE SOUZA

**O QUOTIDIANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA:
UM ENCONTRO ENTRE AS IMAGENS DOS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS NA
HOSPITALIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

Linha de Pesquisa: O cotidiano e o imaginário no processo saúde-doença

**FLORIANÓPOLIS
2008**

LAURA CRISTINA DA SILVA LISBOA DE SOUZA

**O QUOTIDIANO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA:
ENCONTRO ENTRE AS IMAGENS DOS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS NA
HOSPITALIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

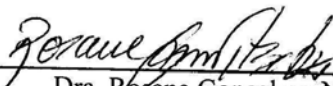
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 11 de dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

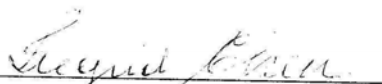


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

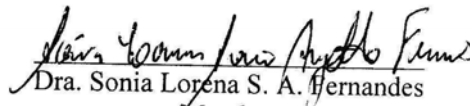
BANCA EXAMINADORA:



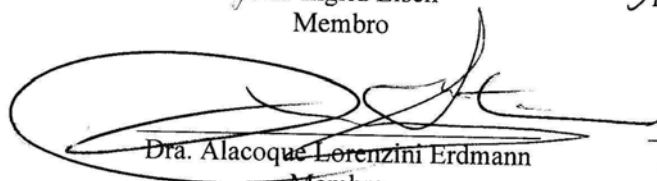
Dra. Rosane Gonçalves Nitscke
Presidente



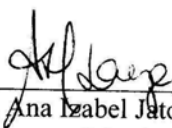
Dra. Ingrid Elsen
Membro



Dra. Sonia Lorena S. A. Fernandes
Membro



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro



Dra. Ana Isabel Jatobá de Souza
Membro

Dra. Ivone Evangelista Cabral
Membro Suplente

Dra. Astrid Eggert Boehs
Membro Suplente

Dedico esta pesquisa aos meus amados avós "in memoriam", para que sempre possam, de algum lugar deste lindo Universo, emanar energias que contribuam para que os seres humanos sejam mais felizes, amáveis, interativos e realmente humanos!

AGRADECIMENTOS DO CORAÇÃO

A DEUS: agradeço-te a vida, e também o retorno ao viver. Não foi fácil, mas hoje, com esta conquista sofrida, permeada de momentos de dor e desalento, estou a sorrir novamente, e só por teu amparo este caminhar foi possível. Sempre acreditei que estava sendo “carregada” em teus braços, e nesta trilha, a maioria das pegadas são tuas.

À MINHA FAMÍLIA: nasci de um casal que se encontrou nas esquinas da vida, que por amor e afeto, constituíram um lar. Cresci, tornei-me mulher, e neste viver, foi com vocês que aprendi o que é ser família. Como é ter uma família. Mas a nossa família nunca fora apenas nós três, conosco vivem pessoas maravilhosas que DEUS nos presenteou. Minhas tias e tios, companheiros de todo sempre, das horas de alegrias e de desencantos, vocês foram meu alicerce também. Com suas orações, ao fazer o papel das avós e avô, Laura, Graça e Waldemar, tornaram-nos tão presentes em meu caminhar, como se estivessem entre nós corporalmente. Pois, em nossas almas, eles residem. Meus primos, que nunca deixaram de estar comigo em coração, e na presença dos finais de semana. Glacy, Eder, André, Alexandre, Bete, Andréa, Thiago, Wudson, Duda, Roberto, Tony e Mery, vocês são muito especiais para mim. Os demais também o são, embora a distância tenha nos permitido um afastamento que a vida se encarregará de nos reaproximarmos. Amo vocês de coração, e este é um momento de agradecer tudo o que fizeram para que eu levantasse a cabeça, abrisse as asas e alçasse o vôo!

MINHA MÃE: mulher de fibra, garra e atitude, nunca deixou de me socorrer quando parecia que as minhas pernas não conseguiam continuar. As lágrimas que derramei por sofrimento, hoje são de emoção. Você sempre teve razão! Eu iria conseguir! Pois é mãe, você é um exemplo de luta e perseverança, um espelho que desejo poder sempre olhar e reconhecer-me como parte deste ser maravilhoso que você é. EU A AMO DEMAIS!

MEU PAI: teimoso, falante, intrigante, amoroso, querido! Meu pai, quem tanto trabalhou e se esforçou para que hoje eu pudesse compartilhar tal alegria da conquista de um desafio que só nós, na intimidade de nossa vida em família, sabemos o que foi. Hoje quero abraçar-te, repaginar o passado e construir o que vem agora, nesta urgência da vida. Nós dois somos muito parecidos, por isso eu cheguei até aqui, sou teimosa como tu. EU O AMO MUITO, PAI. VOCÊ SEMPRE SERÁ MEU HERÓI, MEU AMIGO!

MEU AMOR: a vida sempre nos traz surpresas, e tu foste a melhor delas. Teu amor sereno, verdadeiro, tua força e coragem foram os sustentáculos deste meu caminhar. Sem teu amor acolhedor e paciente, eu não teria conseguido. Teu olhar foi o porto-seguro para que eu acreditasse em mim mesma, tuas palavras sempre enalteciam meu existir, trazendo imagens de uma mulher forte e capaz de vencer os grandes desafios que pareciam insistir em me derrubar ao chão. Hoje é dia de comemorarmos juntos, em família e com a família, afinal passamos muitos desafios que fizeram de nós dois um casal ainda mais apaixonado, seguros da grandiosidade de nosso amor, da liberdade que temos em nos amarmos. Tu és a minha maior pedra preciosa, EU TE AMO, E AMAREI SEMPRE, POIS O AMOR ESTÁ ALÉM DESTES VIVER. Hoje vou contigo pelo mundo imaginal da felicidade!

À MINHA FAMÍLIA DO CORAÇÃO: Ana Izabel, Deonísio e Xandinho. Vocês foram incansáveis na busca para que eu vencesse todos os desafios da vida e chegasse até aqui. Meus amigos, meus irmãos, meus amores, enquanto casal vocês me deram um presente: o nascimento do Alexandre, meu mascote amado, que na lucidez lúdica de ser criança, muito carinho me deu para que meu coração encontrasse paz e saúde. Amo vocês, minha família ramificada. Que Deus sempre proteja nosso amor e companheirismo, que pode ocorrer estando nós, próximos, no dia-a-dia, ou distantes, em função dos eventos da vida.

MINHA FAMÍLIA AMPLIADA: Eurico, Margareth, Wagner, Kelly, Bruna, Renato, Leandro, Fátima, Neto, Araci, Marilda, Dani, Everlise, Dudu, Vinicius, Marceli, Gaulima, Nita, Luiz, Felipe, Milena, Naiobe, Henrique, Vó Hercília e Vô João. Vocês chegaram à minha vida através do meu grande amor, são pessoas que iniciei conhecendo, desconfiada, e que, aos poucos, fui aprendendo que a diversidade comum de nossas culturas me fez amá-los e reconhecê-los como “meus” familiares. Tenham a certeza de que o carinho, a preocupação, a escuta, as lágrimas que secaram de minha face com brincadeiras nos momentos de doença e dor, serão eternizados na minha mente. Como diria Caetano Veloso: Quando a gente gosta é claro que a gente cuida. EU AMO VOCÊS! Obrigada pela oportunidade de aprender outras culturas e ser amada por vocês!

À ORIENTADORA ROSANE: muitas vezes me apresentastes nas reuniões do NUPEQUIS/SC como tua orientanda doidinha, por tê-la escolhido pela segunda vez para Orientação. Mas eu estava certa, deveria trilhar este caminho contigo. Somente tu com esta sensibilidade de “se colocar no lugar do outro sem perder o seu olhar”, poderia me ajudar

a galgar os degraus que se mostravam à minha frente, e que, por vezes, faltaram-me pernas. Tu soubeste compreender o meu momento de reclusão, de aproximação, casamo-nos algumas vezes! Estava com a corda no pescoço, pedi tua ajuda para correr comigo a maratona de “São Silvestre”, e tu aceitaste. Por isto, estou aqui hoje, agradecendo publicamente o enorme apoio que recebi, e que fez sentido, considerando o referencial teórico da sensibilidade que seguimos: agora sei exatamente o que significa a ética da estética e do emocional. Como diria Sant Exupèry: você é eternamente responsável por aquilo que cativas! Obrigada de coração, o amor floresceu entre nós duas, e por isso chegamos juntas ao término deste momento do viver! Adoro-te!

AOS AMIGOS DE MUITAS JORNADAS: vocês fazem a grande diferença no meu viver, incentivando, estando com, olhando para, escutando e até escrevendo!

ADRI, maninha de estrada, aproximamo-nos como mágica, entrelaçamos nossas vidas de modo que hoje, já não conseguimos mais deixar de sermos irmãs, por escolha e convicção. Obrigada por não me abandonar neste caminho que percorri. Muitas vezes você me ligava, dava-me força e coragem, insistia para que eu não deixasse as tristezas ganhar em espaço sobre a minha alegria de viver. São poucos e raros os amigos que são indispensáveis em nossa vida. Adoro-te piriquita, amo!

MARA E CLÁUDIO: obrigada pelos constantes elogios, incentivos, compreensão da minha ausência, apesar de morarmos no mesmo prédio! Os bilhetinhos que você deixava em meu carro, **Mara**, foram alimentos para a alma, que por vezes deixou que o sorriso esquecido retornasse ao meu rosto. **Cláudio**, valeu a preocupação em avisar do pneu furado, da falta de combustível, vocês dois e o Léo, são demais. Eu adoro vocês, agora terei mais tempo para jogarmos conversa fiada.

ANA TRISTÃO E FAMÍLIA BOCHECHA: agradeço o amor que nasceu no primeiro dia que nos olhamos nos olhos. Havia um espelho que trouxe o conteúdo de nossas almas e que fizeram com que nosso carinho se transformasse em amor, de verdade! Vocês são amigos irmãos, em quem sei que posso sempre pedir colo, e dar a vocês também. Amo cada bochecha desta família linda. Amo vocês!

CARLINHA: inicialmente aluna, mas depois, com sua meiguice, tomaste espaço em meu coração, tornando-se amiga para todas as horas. Tu estiveste presente em todo este caminhar, e não somente neste, compartilhaste de momentos cruéis da minha vida, e hoje podemos rir deles. Somos “Mara”, conseguimos tudo o que desejamos com amor no coração. Obrigada por aprender que as pessoas podem ser melhores e que ser amigo ultrapassa qualquer distância. Adoro-te piriquetis!

CINARA: amiga que está sempre conectada em mim, apesar de compartilharmos o mundo do Hospital, pouco nos vemos fora dele, mas o amor que nutre uma amizade verdadeira, jamais morre. Tu és uma pessoa de extrema sensibilidade, afetiva, carinhosa, foi importante tê-la por perto quando precisei. Jamais esquecerei tua atitude de amor e respeito que tiveste comigo, quando tu me estendeste a mão. Adoro-te demais!

IVANA: amiga repaginada, a vida fez o favor de nos mostrar o que somos e nos deu a oportunidade de compartilhar momentos de alegria juntas, com a mãe e a Carmem, a quem tenho muita estima. Obrigada pela força mostrada através de teus elogios, reconhecimento, ajuda, e-mails de incentivo. Tu também és um exemplo de coragem, de força e determinação. Adoro-te!

ADRIANA E MARI: criaturinhas que há pouco conheci, mas que despertaram um carinho todo especial em mim. Obrigada pelo carinho e escuta afetiva que tenho durante as massagens, vocês são duas rosas que DEUS plantou em meu jardim do coração. Adoro vocês duas, a dobradinha de mãe e filha. Uma imagem de família que lutou e venceu!

MARLENE: minha amiga de doutorado, amiga mesmo, que desde o início desta jornada de 4 anos, esteve comigo em pensamento, nos estudos, nas horas de dificuldades choramos juntas. Enfim, o curso acabou, mas nossa amizade se eternizou na suavidade da vida sensível que acreditamos. Adoro você, gaúcha!

DONA MAIR: seu olhar protetor, sua fala firme e suave ao mesmo tempo foram importantes demais para que eu chegasse a este ponto de meu viver. Nós duas, e o grupo, que é coordenado pela Senhora, sabemos que a alma precisa de alimento espiritual para avançar, e os desafios ocorrem para o nosso crescimento. Desejo agradecer seu colo, seu abraço, seu

acolhimento, assim como ao grupo todo. Vocês foram mães, amigas, guias espirituais. Um beijo de alma e coração!

ALEX, FABRÍCIA E EMANUELLE: anjos de olhos azuis, amigos que DEUS me deu de presente em horas inoportunas, pela forma da qual nos conhecemos, mas que depois fui percebendo que não poderia ser em hora melhor. Obrigada pelo carinho, pelo “cuidado” que tiveram comigo, jamais esquecerei cada palavra de consolo, cada estímulo, cada olhar fraterno que recebi e recebo de vocês. Vocês são meus amigos para sempre!

PROFESSORA INGRID ELSÉN: meu ícone brasileiro de orgulho, de emoção, de força e determinação. Para mim, a Senhora não foi e não será nunca apenas a Professora, mas a Mestre que indicou os caminhos para o estudo das famílias, aquela que independente da idade, dos desafios, está sempre presente. Firme, inteligente, batalhadora e que compartilha conosco seu saber, de forma simples, bonita, amável. É sempre um prazer conviver com a Senhora, e, certamente, será imortalizada na minha memória, como também, na das pessoas que têm o prazer de conviver com a Senhora. Tenho em meu coração uma enorme admiração e carinho por esta pessoa maravilhosa que a Senhora é.

PROFESSORA ALACOQUE: também um exemplo de mulher que na Enfermagem avançou por caminhos que desejamos seguir. Abraçou o conhecimento da Enfermagem e luta para sua expansão. Para mim, a Senhora possui a imagem da liderança, com simplicidade do movimento complexo do meio acadêmico. Obrigada por constantemente incentivar meus avanços, meu aprendizado. Pela Senhora também nutro muito carinho e respeito de um grande exemplo para a Enfermagem!

BANCA EXAMINADORA: Professora Ivone Cabral, que aceitou prontamente dar contribuições ao estudo desenvolvido; Sônia Lorena, que estréia como doutora em uma banca de doutorado junto de colegas e amigos de caminhada, agradeço todo o empenho e aceite imediato para estar comigo, você é muito especial. Ana Izabel, a quem além do amor que sinto como a uma irmã, também agradeço as contribuições e admiro muito sua bagagem intelectual. A professora Astrid Boehs, que também aceitou participar desta banca e, além disso, foi uma das provocadoras das inquietudes que me levaram a seguir este caminho de investigação com famílias, muito obrigada! E também as professoras Alacoque e Ingrid Elsen a qual já externei meus sentimentos.

AO NUPEQUIS/SC e GAPEFAM/SC: agradeço o acolhimento, o entendimento de minhas ausências nas últimas reuniões, mas, principalmente, a oportunidade do conhecimento que adquiri na interação com as colegas em nossas discussões teóricas riquíssimas, e também nos momentos de festa. Quero registrar que se trata apenas de um agradecimento, pois não tenho a pretensão de deixá-los tão cedo! Um beijo especial aos Bolsistas, vocês são de extrema sensibilidade conosco, obrigada!

AOS PROFESSORES DA PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UFSC: cada um de vocês deixou sua marca registrada de contribuições, encaminhamentos, torcida, até mesmo orgulho. Muito obrigada pelo incentivo em busca de conhecimento, este é essencial não apenas para a academia, mas para a vida!

CLAUDIA: você não foi só a Secretária da PEN/UFSC, mas uma amiga presente para nos ajudar em todas aquelas situações que precisava de um jeitinho brasileiro. Obrigada pelo carinho que sempre recebi de você, das dicas, do sorriso espontâneo. Você é uma pessoa especial, e pessoas especiais não são esquecidas jamais!

ODETE: pensou que iria esquecer de você, não é mesmo? Mas jamais deixaria de lembrar a corrida sua e da Ana Izabel ao telefone para ver quem conseguiria me dar a notícia da aprovação no doutorado. Você ganhou da Ana, gritava tanto no telefone que eu não sabia o que estava acontecendo, até que você me deu a notícia. Obrigada pelo carinho de sempre!

FAMÍLIA HU-PEDIATRIA: a vocês, eu desejo agradecer por tudo, não há palavras. Vocês me deram a alegria de compartilhar parte deste caminhar não como pesquisadora, ou chefia do setor, mas como ser humano. Vocês fazem parte da minha família trabalho, por quem tenho amor especial. Obrigada pelo carinho, pelas palavras e até mesmo por me aturar um pouco “aérea” devido a tantas atividades. Um beijo, amo vocês!

PEDRAS PRECIOSAS: protagonistas maiores deste momento de felicidade que hoje estou vivendo. Agradeço a ousadia, a coragem, a serenidade, o acolhimento, os belos dados que despertaram a reflexão sobre o cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias. Muito obrigada pela alma dada ao meu estudo, devo tudo isso a vocês.

SOUZA, Laura Cristina da Silva Lisboa de. **O cotidiano de cuidado de Enfermagem: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias**, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 277 p.

Orientadora: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

Linha de Pesquisa: O cotidiano e o imaginário no processo saúde-doença

RESUMO

Esta tese revela a compreensão do cotidiano de cuidado de enfermagem às famílias na hospitalização materno-infantil, identificando o encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias na vivência deste processo, a fim de que a Enfermagem possa cuidar destas famílias no ambiente hospitalar, sob a ótica de que a mesma é uma unidade de cuidado e a ser cuidada. O encontro teórico-epistemo-metodológico com a Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli permitiu olhar o que de fato “é”, o que se mostra neste cotidiano, de modo que as aparências expressas na singularidade das experiências vividas por famílias e profissionais geraram imagens apoiadas na razão sensível. Realizou-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa, no qual participaram 27 pessoas, entre equipe de Enfermagem e famílias que experienciavam o processo da hospitalização nas Unidades de Internação Pediátrica, Neonatologia e Alojamento Conjunto, do Hospital Universitário Dr. Hernani Polydoro, da Universidade Federal de Santa Catarina. Como métodos para coleta de dados foram realizados três passos: observação participante, análise de prontuário e entrevista com as famílias e os profissionais da Enfermagem de todas as unidades, no período de março a dezembro de 2008. Os dados foram agrupados em classes temáticas e ligações-chaves formando duas grandes categorias de análise: O cotidiano da hospitalização materno-infantil: as imagens multidimensionais dos profissionais e das famílias. Para os profissionais o cotidiano de mostra: nas rotinas, no respeito pelo outro, nas informações passadas pelo enfermeiro que possui esta atribuição formal instituída, e depois do plantão, quando se deparam com a realidade, quando os profissionais elegem prioridades entre os seres que cuidam, amenizando os problemas através de conversa, como respiradouro, nas imagens de famílias que os profissionais construíram, através da comunicação, na solidariedade orgânica, na ausência ou resistência aos registros do cuidado de enfermagem, e principalmente o cotidiano de cuidado da Enfermagem se mostra tendo a criança como foco. Para as famílias, o cotidiano de cuidado da Enfermagem se mostra: entre o real e o ideal, se mostra nas imagens de que a enfermagem não contempla a individualidade das famílias. A segunda grande categoria de análise foi: As imagens do cuidado de enfermagem à família nas unidades de internação materno-infantil: entre os olhares dos profissionais e das famílias. Nesta categoria surgiram fatores interessantes como: imagens dos profissionais de Enfermagem sobre como as famílias são cuidadas: ações de cuidado e de não cuidado, conhecer o que é cuidar das famílias neste cotidiano, a necessidade de conhecer como estes identificam que as famílias não são cuidadas. Para as famílias foi percebida a passividade e aceitação do destino, a certeza de que não são cuidadas como gostariam de ser, identificam a falta de identidade de cada família, percebem as diferenças nas atitudes dos profissionais e reconhecem os cuidadores ou não de sua família. E se colocam como potência para auxiliar a Enfermagem a reconhecer o que as famílias precisam para serem cuidadas. Vale ressaltar que ambos, famílias e profissionais em um entrecruzamento de necessidades apresentam o que é possível

fazer para transformar esta realidade contribuindo com sugestões práticas que exige apenas o “querer” institucional, profissional e familiar.

Palavras-Chave: Quotidiano de cuidado de Enfermagem, Família, Hospitalização Materno-Infantil, Imagens, Enfermagem; Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli.

SOUZA, Laura Cristina da Silva Lisboa de. **The Nursing Care Quotidian: A Meeting Between Professional's Images and Families**, 2008. Thesis of Doctorate in Nursing – Post-Graduate Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. p. 277.

Supervisor: Dr. Rosane Gonçalves Nitschke

Research Line: Quotidian and the imaginary in the health-sickness process

ABSTRACT

This thesis reveals the understanding of the nursing daily care in relation to the families in the maternal-infantile hospitalization, the meeting between the professional's images and the families is identified in the course of the process living, so that the Nursing team can take care of these families in the hospital environment under the optics that it (the Nursing team) is a care unit to be taken care of. The theoretical, epistemological and methodological meeting with the comprehensive Sociology of Michel Maffesoli permitted us to look at what "is" truly shown in this daily life. This was done, so that the aspects demonstrated in the singularity of the lived experiences by families and professionals generated and supported images through sensitive reasoning. A descriptive study with qualitative approach took place, and 27 people participated among the Nursing team and the families that experienced hospitalization process at the Paediatric Internment Units, Neonatology and Group Lodging of the University Hospital - Dr. Hernani Polydoro – Federal University of Santa Catarina. As methods of data collection, three steps were followed: participative observation, reference book analysis and interview with the families and nursing professionals of all units. The process took place from March to December 2008. The data were grouped in thematic classes and key-connections forming two big categories of analysis: The quotidian of the maternal infantile hospitalization: the multi-dimensional images of professionals and of the families. For the professionals, the quotidian is shown: during the routines, in the respect with one another, in the information passed by the nurse who is in charge and after the duty and when they are faced with reality. That can be seen when professionals elect priorities among the patients they take care of, mitigating problems through conversation, the use of the breathing machine, in the family images built by the professionals through communication, in the organic sympathy, in the absence or resistance to the Nursing care shown having the child as focus. For the families, the quotidian of the Nursing care is shown: between the real and the ideal, in the images that the nursing team does not consider the individuality of the families. The second big category of analysis was: The images of the nursing care toward the families in the maternal infantile internment units: under the looks of professionals and families. In this category, some interesting factors came to light, such as: the images of the Nursing professionals of how the families are taken care of: care actions and careless ones, getting to know what it is to take care of these families daily, and the necessity of knowing how to identify that the families are not looked after. For the families, the passivity and destiny acceptance was perceived; the certainty that they are not looked after in the way they would like, identifying the lack of identity of each family. The families feel the differences in attitude from professionals and recognize the care or its absence to their families. And they volunteered to help the nursing team to identify what the families need to be looked after. It is worth emphasizing that both families and professionals, in an inter-crossing of necessities do whatever is possible to transform this reality, contributing with practical suggestions, which only demands the institutional, professional and familiar "desire".

Key-words: Nursing care quotidian, Family Maternal Infantile Hospitalization, Images, Nursing, Comprehensive Sociology of Michel Maffesoli

SOUZA, Laura Cristina da Silva Lisboa de. **Lo cotidiano de Enfermería: un encuentro entre las imágenes de los profesionales y de las familias**, 2008. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 277p.

Línea de Investigación: Lo cotidiano y lo imaginario en el proceso salud – enfermedad.
Orientadora: Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

RESUMEN

Esta tesis revela la comprensión del cotidiano de cuidado de enfermería a las familias en la hospitalización materno–infantil, identificando el encuentro entre las imágenes de los profesionales y de las familias en la vivencia de este proceso, a fin de que la Enfermería pueda cuidar de estas familias en el ambiente hospitalar, so la óptica de que la misma es una unidad de cuidado y a ser cuidada. El encuentro teórico – epistemo – metodológico con la Sociología Comprensiva de Michel Maffesoli permitió mirar lo que de hecho “es”, lo que se muestra en este cotidiano, de modo que las apariencias expresadas en la singularidad de las experiencias vividas por familias y profesionales generaron imágenes apoyadas en la razón sensible. Se realizó un estudio descriptivo con abordaje calitativo, en el cual participaron 27 personas, entre equipo de Enfermería y familias que experimentaban el proceso de hospitalización en las Unidades de Internación Pediátricas, Neonatología y Alojamiento Conjunto del Hospital Dr. Hernani Polydoro, de la Universidade Federal de Santa Catarina. Como métodos para colecta de datos fueron realizados tres pasos: observación participante, análisis de prontuario y entrevista con las familias y los profesionales de Enfermería de todas las unidades, en el periodo de marzo a diciembre de 2008. Los datos fueron agrupados en clases temáticas y claves formando dos grandes categorías de análisis: Lo cotidiano de la hospitalización materno–infantil: las imágenes multidimensionales de los profesionales y de las familias. Para los profesionales lo cotidiano demuestra: en las rutinas, en el respeto por el otro, en las informaciones pasadas por el enfermero que posee esta atribución formal instituida, y después del turno, cuando se deparan con la realidad, cuando los profesionales eligen prioridades entre los seres que cuidan, amenizando los problemas a través de conversa, como respiro, en las imágenes de las familias que los profesionales construyeron, a través de la comunicación, en la solidaridad orgánica, en la ausencia o resistencia de los registros del cuidado de enfermería, y principalmente lo cotidiano de cuidado de Enfermería se muestra teniendo el niño como foco. Para las familias, lo cotidiano de cuidado de enfermería se muestra: entre lo real y lo ideal, se muestra en las imágenes de que la enfermería no contempla la individualidad de las familias. La segunda grande categoría de análisis fue: Las imágenes del cuidado de enfermería a la familia en unidades de internación materno–infantil: entre las miradas de los profesionales y de las familias. En esta categoría surgieron factores interesantes como: imágenes de los profesionales de Enfermería sobre como las familias son cuidadas: acciones de cuidado y no cuidado, conocer lo que es cuidar de las familias en este cotidiano, la necesidad de conocer como estos identifican que las familias no son cuidadas. Para las familias fue percibida la pasividad y aceptación del destino, la certeza de que no son cuidadas como les gustaría ser, identifican la falta de identidad de cada familia, perciben las diferencias en las actitudes de los profesionales y reconocen los cuidadores o no de su familia. Y se ponen como potencia para auxiliar la Enfermería a reconocer lo que las familias necesitan para que sean cuidadas. Vale resaltar que ambos, familia y profesionales en un entrecruzamiento de necesidades presentan lo que es posible hacer para transformar esta

realidad contribuyendo con sugerencias prácticas que exige apenas lo “querer” institucional, profesional y familiar.

Palabras-Clave: Cotidiano de cuidado de Enfermería, Familia, Hospitalización Materno – Infantil, Imágenes, Enfermería; Sociología Comprensiva de Michel Maffesoli.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Avaliação documental: alojamento conjunto, pediatria e neonatologia: histórico de Enfermagem..... **125**
- Quadro 2** - Avaliação documental alojamento conjunto, pediatria e neonatologia: prescrição de Enfermagem..... **126**
- Quadro 3** - Avaliação documental: alojamento conjunto, pediatria e neonatologia: evolução de Enfermagem..... **127**

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	15
CAPÍTULO 1 - DESPERTANDO A CURIOSIDADE	18
CAPÍTULO 2 - O BREVE ENCONTRO COM A LITERATURA	36
2.1 HISTÓRIA DA FAMÍLIA: SUA ORIGEM NO MUNDO	36
2.2 A HISTÓRIA DA FAMÍLIA: SUA ORIGEM NO BRASIL	42
2.3 FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA.....	45
CAPÍTULO 3 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A BASE SÓLIDA PARA AS INTERAÇÕES COM AS FAMÍLIAS.....	49
3.1 AS NOÇÕES FILOSÓFICAS DE CUIDADO E SUA INTERFACE COM A ENFERMAGEM.....	49
3.2 CONTRIBUIÇÕES DE TEÓRICAS DO CUIDADO PARA A ENFERMAGEM	54
3.3 A ENFERMAGEM E AS FAMÍLIAS: O ELO INDISPENSÁVEL PARA O CUIDADO.....	59
3.4 A ENFERMAGEM E AS FAMÍLIAS: O CUIDADO NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	68
3.5 ALGUNS ESTUDOS DESENVOLVIDOS NA ÁREA DE ENFERMAGEM: AS FAMÍLIAS COMO FOCO OU CONTEXTO DE CUIDADO.....	70
CAPÍTULO 4 - O QUOTIDIANO E A RAZÃO SENSÍVEL: CONSTRUÇÕES TEÓRICAS PARA SE OLHAR O VIVIDO.....	72
4.1 UMA APRESENTAÇÃO PRELIMINAR DE MICHEL MAFFESOLI.....	72
4.1.1 As noções de Michel Maffesoli: cotidiano, imaginário e vida	74
4.1.2 Pós-modernidade: a leitura de um tempo para a compreensão da vida	75
4.1.3 O cotidiano: a vida como ela é	78
4.1.4 Pressupostos da sociologia compreensiva de Michel Maffesoli.....	82
CAPÍTULO 5 - RAZÃO SENSÍVEL: UM ENTRELAÇAMENTO METODOLÓGICO PARA PESQUISAR O QUOTIDIANO DE CUIDADO DA ENFERMAGEM NA HOSPITALIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL.....	88
5.1 TIPO DE ESTUDO	90
5.2 O LOCAL.....	93
5.3 OS SUJEITOS DA PESQUISA	96
5.4 DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO.....	97
5.5 APROXIMAÇÕES COM A REALIDADE: A COLETA DE DADOS.....	99
5.6 REGISTRANDO A POTÊNCIA DAS PALAVRAS EXPRESSANDO-SE EM IMAGENS.....	101
5.7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS A PARTIR DAS NOÇÕES DE MAFFESOLI SOBRE O QUOTIDIANO E A RAZÃO SENSÍVEL	102
CAPÍTULO 6 - APRESENTANDO AS NUANÇAS DO PROCESSO DE PESQUISAR SENSIVELMENTE: AS IMAGENS DO VIVIDO	105
6.1 DESCRREVENDO AS IMAGENS OBSERVADAS: O QUOTIDIANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS NA ÁREA MATERNA-INFANTIL.....	106
6.1.1 Observando o cotidiano de cuidado da equipe de Enfermagem do alojamento conjunto (AC).....	108
6.1.2 Observando o cotidiano de cuidado da equipe de Enfermagem na pediatria.....	116

6.1.3 Observando o cotidiano de cuidado da equipe de Enfermagem na neonatal.....	122
6.2 ANÁLISE DOCUMENTAL: a invisibilidade nos registros do cotidiano de cuidado da Enfermagem	124
CAPÍTULO 7 - O QUOTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL: AS IMAGENS MULTIDIMENSIONAIS DOS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS	
7.1 AS IMAGENS DOS PROFISSIONAIS SOBRE O QUOTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL	131
7.1.1 O cotidiano se mostrando nas rotinas	131
7.1.2 O cotidiano se mostrando como respiradouro	147
7.1.3 O cotidiano se mostrando nas imagens de famílias que os profissionais construíram	152
7.1.4 O cotidiano se mostrando através da comunicação	157
7.1.5 O cotidiano se mostra na ausência ou resistência aos registros do cuidado de Enfermagem	162
7.1.6 O cotidiano de cuidado da Enfermagem mostrando a criança como foco	167
7.1.7 O cotidiano se mostra entre potencialidades e limitações para o processo de cuidar das famílias no Hospital	171
7.1.8 O cotidiano se mostra na solidariedade orgânica	174
7.2 IMAGENS DO QUOTIDIANO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA MATERNO-INFANTIL.....	176
7.2.1 O cotidiano das famílias se mostrando entre o real e o ideal.....	176
7.2.2 O cotidiano se mostrando nas imagens de que a Enfermagem não contempla a individualidade das famílias	191
CAPÍTULO 8 - AS IMAGENS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO MATERNO-INFANTIL: ENTRE OS OLHARES DOS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS	
8.1 IMAGENS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE COMO AS FAMÍLIAS SÃO CUIDADAS: AÇÕES DE CUIDADO E DE NÃO-CUIDADO	197
8.2 AS IMAGENS DAS FAMÍLIAS: O OLHAR ENTRE O CUIDADO E O NÃO-CUIDADO.....	220
CAPÍTULO 9 - UM OLHAR POR “ENTRE” AS IMAGENS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS: DESDOBRAMENTOS E CONTRIBUIÇÕES.....	
229	
CAPÍTULO 10 - O ENCONTRO COM O MEU EU: A EXPERIÊNCIA DE TER VIVIDO O QUOTIDIANO	
239	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	246
APÊNDICES	255
ANEXOS	275

CAPÍTULO 1 - DESPERTANDO A CURIOSIDADE

O processo de viver em sociedade tem sido influenciado pelas transformações pertinentes à contemporaneidade que nos expõe a enfrentamentos, mudanças, reflexões e desafios, provocando mudanças em nossas posturas e em nossa forma de ver o mundo. Na Enfermagem, principalmente, estamos constantemente desafiados a refletir sobre nossas certezas para conviver e cuidar das pessoas. Uma vez imersos neste mundo contemporâneo, estamos frente a contradições e questionamentos, pois viver em sociedade pressupõe interagir, estabelecer vínculos em diferentes esferas: familiar, profissional, social, e tais interações são expressões da maneira de viver das pessoas e dos grupos as quais pertencem. Nitschke, em 2003, afirmou que em sua concepção o cotidiano é:

Esta maneira de viver das pessoas que se mostra no dia a dia, expressa por interações, crenças, valores, imagens, significados e símbolos, estando relacionada à cultura em que estão inseridos, que vai construindo seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, delineando seu ciclo vital”. Assim, “se expressa por interações experimentadas diariamente, que possibilitam ou não, o ser humano crescer e se desenvolver longo de sua vida.

Maffesoli (1984-2007), ressalta em suas obras que os grupos, ou tribos¹, mostram a identidade, a imagem do que chamamos de “cotidiano”. É no cotidiano que se expressam os fenômenos oriundos do viver, o re-ligare que nos aproxima da realidade do vivido. Este autor enfatiza que o momento em que vivemos constitui a contemporaneidade, expresso à correlação de tudo o que se construiu em todas as épocas descritas na história do homem, que, por muito tempo, foi esmagado pelas explicações da ciência “cartesiana”² afastando e obrigando o ser humano a viver a solidariedade mecânica, aquela onde a prevalência é o *ter mais, ser mais*, sem que sejam avaliadas as conseqüências disto à vida humana. (MAFFESOLI, 1984; 2007). E é pautada nas concepções sobre o cotidiano e a contemporaneidade, ou pós-modernidade de Michel Maffesoli que volto meu olhar para a Enfermagem. Em especial, para o cotidiano de cuidado da Enfermagem à família em Unidades de Internação Materno-Infantil.

¹ Tribos para Maffesoli (2006) significa o retorno do viver o coletivo, em grupos de pertencimento, cujas regras, normas, leis, e questões éticas e estéticas são por estes estabelecidas, ou seja, é a identidade de um grupo.

² Cartesiano – Modelo que prevaleceu na ciência antiga e moderna como paradigma da explicação, contrapondo a compreensão ou o conhecimento dos fenômenos em pesquisa qualitativa.

Participo da concepção que as famílias são a base da sociedade, é onde se busca potências, forças e amparo nas experiências inerentes ao ser humano. As famílias constituem a viga mestre, a estrutura da social, uma vez que afeta, indistintamente, os indivíduos no seu ciclo vital, suas relações consigo e com o mundo que os cerca, bem como, a evolução das suas relações. Acredito que a noção teórica do que vem a ser família se modifica a cada dia, com as forças, os limites, os desafios, os significados e as imagens que a família mostra na sua existência. Portanto, muitos estudiosos vêm se interessando pela temática família, mas penso que os estudos desenvolvidos ainda se apresentam insuficientes, principalmente no que se refere à abordagem destas famílias como foco de cuidado da Enfermagem no seu cotidiano de trabalho no Hospital.

O presente estudo, parte do pressuposto de que as famílias são cuidadas pela Enfermagem em determinados momentos na vivência da Hospitalização de um de seus membros na área materno-infantil, porém, este cuidado se dá na perspectiva da família enquanto contexto, como uma extensão do indivíduo, e não como parte dele, desconectando-o do sistema familiar que é interligado. Este comportamento da Enfermagem está explícito em seus gestos e ações em sua prática, que ora se mostra passível de perceber as fragilidades familiares, ora não reconhecê-las como parte de seu cotidiano de cuidado. Esta contradição permite que seu discurso esteja aquém de compreender a família como foco de cuidado da Enfermagem na área Hospitalar.

Na leitura do livro *O Caráter oculto da saúde* (GADAMER, 2006), ressalta que estas nuances são próprias das transformações em que os tempos se moldaram, não é mais possível conceber apenas a cura de doenças em indivíduos, apesar de ser necessário em algumas ocasiões, ante o exposto pela vida que estamos envolvidos hoje, é preciso uma reflexão acerca dos significados que as coisas têm para as pessoas e seus grupos de pertencimento. Isto me lembra o que Maffesoli (2006) fala sobre as tribos, suas idéias, sua ética e estética direcionadas às necessidades deste grupo. Com as famílias ocorre a mesma situação, ou seja, há uma dinâmica e comunicação própria delas, as quais a Enfermagem precisa estar em interação para poder identificar junto às suas necessidades de cuidado, que este sistema informa, seja por imagens, a arte da fala ou dos símbolos.

Esta abordagem contextual que a Enfermagem realiza junto das famílias possui para muitos destes profissionais, a imagem de que cuidam destas com a atenção possível no ambiente Hospitalar, todavia o que se vê na prática diária deste universo é o cuidado ao indivíduo e em distintas ocasiões este é compartilhado com o “acompanhante” que está com a

pessoa Hospitalizada, ficando a extensão familiar no domicílio sem a atenção da Enfermagem.

No princípio deste estudo, onde trouxe no projeto questionamentos de ordem empírica, como hipótese para gerar a pesquisa, estas nascidas de meu olhar na experiência da prática Hospitalar de 12 anos, confirmou-se. Durante a coleta de dados, os profissionais relativizavam e acabavam expressando que o seu cotidiano de cuidado é focado no indivíduo, e que a família se resume, na maioria das vezes, ao acompanhante, tendo os mesmos, dificuldades de pensar formas de cuidar dos demais membros familiares no processo de Hospitalização.

Esta hipótese que trouxe e que tornou a tese que busquei desvelar durante a pesquisa, fez emergir uma rede complexa multidimensional que precisamos compreender, a fim de identificar as necessidades desta população, de quem cuida e é cuidado. Um dos pontos-chaves que identifiquei é a formação acadêmica com o olhar voltado para compreensão de que a família *é uma unidade de cuidado e a ser cuidada*, conforme Elsen têm discursado em sua trajetória de pesquisa na área de Saúde da Família desde 1984, bem como, suas seguidoras. A falta deste olhar proporciona aos profissionais, contradições nos que acreditam e fazem, e isto afeta todas as interações com as famílias, uma vez que a dicotomiza, minimiza sua potência em cuidar de seus membros, bem como, sua necessidade de ser cuidada quando suas forças estão reduzidas. Indistintamente, o sistema familiar fica exposto a alterações em seu ciclo vital, sua relação com o mundo que os cerca. E é neste momento que a Enfermagem pode estar mais perto do mundo familiar e unir-se as famílias em busca de possibilidades para resgatar as potências que estas possuem no cuidado de si mesma. Este seria um ideal de cuidado de famílias na unidade Hospitalar e tanto as famílias como os profissionais conseguem perceber esta distância entre o real e o ideal.

Muitos estudos vêm sendo realizados com este foco na abordagem do cuidado das famílias, estes buscam aproximações com esta rede complexa que é a família. Mas, quando se trata de pensá-la como foco no cotidiano de cuidado da Enfermagem, ainda se mostram insuficientes, ou seja, a maioria possui seu centro na família enquanto contexto. Para a análise dos estudos, realizei uma busca nos periódicos mais conhecidos da Enfermagem, como *SciELO*, *Lilacs*, *Bireme* e apresento na revisão da literatura os principais achados.

Na realidade, as tentativas de alçar vãos para o encontro de possibilidades de transformar esta situação que está posta em nossa vivência profissional relativa à saúde das famílias, é um caminho longo a ser percorrido. No Brasil, desde as contribuições de Elsen

(1984), Rezende (1991), Patrício (1990), Ribeiro (1999), Erdmann (1996), entre outros a preocupação aqui descrita já era um sinal da necessidade de se explorar esta mina cheia de pedras a serem lapidadas junto com a Enfermagem para a contribuição de um cuidado voltado para as famílias indiferente do contexto que as mesmas estejam.

A pretensão deste estudo foi *compreender como se expressa o cotidiano de cuidado da Enfermagem na área materno-infantil*, a fim de fazer emergir da realidade compartilhada do dia-a-dia da Enfermagem (o cotidiano de cuidado) e as famílias no Hospital como tem sido o cuidado de Enfermagem as famílias, para delinear possibilidades de adequações e transformações neste espaço rico de cuidado que é o universo Hospitalar.

A escolha de tal objeto, deve-se à relevância da temática, a necessidade de se avançar em ações concretas de cuidado as famílias enquanto foco de cuidado, e não apenas contexto, partindo da realidade da prática Hospitalar da Enfermagem. Acredito que partindo da realidade, podemos contribuir para a transformação das equipes de Enfermagem, ampliando sua visão relativa ao seu cotidiano de cuidado Hospitalar com as famílias, as noções sobre o seu significado em um primeiro momento microsocial. Já, no segundo momento, quando as noções são refletidas, pode-se chegar a influenciar a sociedade, considerando-a um macro sistema. Além dos motivos já colocados que motivaram a realização deste estudo, acrescento que a família precisa estar forte para manter a sociedade viva, manter o ensino do amor entre as pessoas, em suas relações interpessoais, que futuramente refletirão positivamente nas esferas micro e macrossociais. É preciso um resgate dos valores, das essências que a vida nos oferece a cada instante, e que, sob o olhar da sensibilidade que trago nas noções de Maffesoli, significa entrelaçar sentimentos, conhecimentos, razão e emoção na tentativa de inserir a família como foco no cotidiano de cuidado da Enfermagem na área materno-infantil efetivamente, e de maneira natural por iniciativa dos profissionais de Enfermagem.

Cuidar das famílias no âmbito Hospitalar trata-se de um desafio, fenômeno este que mobiliza muitos sentimentos nos profissionais de Enfermagem que passam a rever sua postura no seu cotidiano de cuidado, é o momento onde se revela comportamentos individuais e coletivos, as regras delimitadas, as noções sobre o que é cuidar, de quem cuidamos, e por que cuidamos, em todas as dimensões que se mostram no sistema complexo de cuidar.

Ainda que abordada em diversos estudos, que contribuíram para que provocasse o nascimento de novas pesquisas sobre famílias, chegamos ao limite de conhecer os tipos familiares, como estas famílias reagem aos eventos externos, a problemas como alcoolismo, violência, drogadição, mudanças de parceiros, números de filhos, a morte, o envelhecimento,

enfim, conhecemos em todo Brasil e no mundo estas concepções que se mostram socializadas na Enfermagem. Ângelo (1999, p. 7), já se preocupava com este viés nas pesquisas sobre famílias, ao afirmar que:

A ênfase crescente na família tem resultado na modificação da maneira como ela é percebida no contexto de saúde, ultrapassando-se, sobretudo, as definições utilitárias que se atribuía à família quando era vista exclusivamente como um bem para o paciente, e sua presença era considerada e, às vezes, tolerada, em especial nos ambientes de assistência à saúde, levando-se em conta seu papel na esfera afetiva da recuperação do familiar doente. Durante anos, a Enfermagem vem direcionando sua prática com famílias para ações basicamente de orientação e de busca de informações. A família fica, neste sentido, restrita a ser receptáculo e fonte de informações. As ações de apoio oferecidas são tímidas e pouco efetivas, porque não atingem a experiência da família e sequer a do enfermeiro, que se deixa guiar pelo perigoso bom-senso que se fundamenta no sentimentalismo ou na busca de satisfação pessoal, e que entre tantas realizações é responsável pelo estabelecimento de códigos que se tornam regras, nos quais se definem como devem se sentir e agir as famílias em determinadas circunstâncias.

Esta também foi a minha preocupação quando resolvi embarcar nesta aventura de pesquisar a família. Vejo que a família, dentro da Instituição Hospitalar, permanece como agente passivo de orientações, nem sempre compreendidas e pouco visíveis aos olhos da Enfermagem, o que Henckemaier (1999), também achou em seu estudo com famílias no Hospital. Afirmando que esta realidade não está presente em todos os profissionais, alguns se encontram despertados para olhar a família enquanto foco de cuidado. Mas, corroboro com Ângelo (1999), quando a autora ressalta que esta forma de cuidar é silenciosa, individual e está vinculada à percepção e formação do profissional da Enfermagem, pois realmente é difícil a concepção de cuidar família no ambiente Hospitalar, quando o que nos foi ensinado e reforçado é que a família deve ser cuidada somente no domicílio, ou na comunidade.

São muitas as dificuldades existentes no caminho daqueles enfermeiros que se dispõem a abrir-se para a família. Muitas vezes, esta é uma jornada solitária que compreende experiências e visões de mundo nem sempre partilhadas por outras pessoas. O humanismo presente em nossos atos com a família é por vezes difícil de ser compreendido e acessado por muitos dos que conosco convivem em nosso cotidiano profissional. (ÂNGELO, 1999, p. 7).

Mergulhar no cotidiano sob a ótica da contemporaneidade de Mafessoli trouxe a possibilidade de contribuir para a reflexão sobre a expressão do cotidiano de cuidado de

Enfermagem à família no Hospital. É neste que se misturam a expressão dos fenômenos do viver das famílias e dos profissionais que delas, teoricamente cuidam.

A preocupação com a família em unidades de internação sempre esteve presente em minha prática profissional enquanto Enfermeira Pediátrica desde 1997, o que me motivou a elaborar o presente estudo. Algumas inquietações que trago, levou-me a buscar a compreensão sobre o cotidiano de cuidado da Enfermagem às famílias além da Pediatria, ampliando-o para a neonatologia e o alojamento conjunto, especialmente por constatar que é na área materno-infantil onde se encontra a maior parte dos estudos sobre Enfermagem e família (PATRÍCIO e ELSEEN, 2005; BOEHS, 2002; NITSCHKE, 1991; MONTICELLI, 1997, GILLISS, 1989, PENNA, 1992; RIBEIRO, 1990) entre outros.

Boehs (2002), ao explicar os movimentos de aproximação e distanciamento entre a equipe de Enfermagem e as famílias em um Hospital pediátrico, afirma que o cuidado não ocorre diretamente voltado para as necessidades da família, mas sim, das crianças, demonstrando que se olha o cuidado a estas dentro de um modelo biomédico, negando a vida que circunda o indivíduo e a sua socialidade. As contribuições desta autora se tornaram uma das fontes inspiradoras para a construção deste estudo, pois, compartilho com ela, a percepção de que o cuidado à família está presente como uma preocupação nos membros da equipe de Enfermagem, mas que esta nem sempre é valorizada ou percebida ocorrendo de diferentes formas no ambiente Hospitalar.

Boehs (2002), reforça que, nas últimas décadas, a Enfermagem, em todo o mundo, tem se dedicado à produção de trabalhos na área da família, mas que os mesmos não saem da Academia e, portanto, não se concretizam na prática. Inúmeros trabalhos têm apontado referenciais teóricos e metodológicos de cuidado para as famílias (ELSEEN, 2004; HENCKEMAIER, 1999; FRANCO e JORGE, 2004), porém, é na prática diária, dos corredores, copas e salas de reuniões da equipe de Enfermagem que surgem inúmeras concepções sobre as situações experienciadas pelas famílias e que são apenas compartilhadas informalmente pelos profissionais. Percebo que, embora sem uma metodologia sistematizada e formalizada dentro da maioria das Instituições Hospitalares, o conhecimento de cuidar de famílias se cria e se recria a cada vivência no cotidiano. Constato que ocorre uma identificação individual e pessoal dos profissionais da equipe de Enfermagem com a família o que os aproxima e promove ações de cuidado, que se tornam invisíveis pela falta de registro e de planejamento destas.

Para fundamentar alguns desses aspectos, recorri às contribuições de uma das

pioneiras no estudo sobre família no Brasil, a Dra.Ingrid Elsen, bem como, sua trajetória no Grupo de Assistência, Pesquisa, e Educação em Saúde da Família (GAPEFAM). Desde 1984, quando a Dra.Ingrid Elsen retornou de seu doutoramento em São Francisco (EUA), fez emergir na Enfermagem Catarinense, a princípio, a discussão sobre a família e suas necessidades nos sistemas de saúde, principalmente enquanto foco de cuidado profissional, reforçando a idéia da família como unidade de cuidado e a ser cuidada. Ampliando a produção científica dentro da temática “família”.

Para embasar este estudo, é necessário retomar um pouco da história que deu início ao GAPEFAM. Na primeira publicação oficial do grupo, o livro “*Marcos para a prática de Enfermagem com famílias*” (ELSEN et al, 1994), consta a trajetória deste grupo em Santa Catarina e suas primeiras pesquisas com famílias. Foi no conteúdo deste que encontrei subsídios para reforçar a pertinência da investigação desta temática, tais como : a motivação do grupo, que na época contava com poucas aventureiras, a abrangência da pesquisa sobre famílias, e, principalmente, o desafio de manter vivo e próximo da academia a prática no cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias no Hospital.

Em 25 anos, após o nascimento do grupo, constato que a maioria das produções teóricas do mesmo está voltada para a área materno-infantil. (SCHMITZ, 1982; RIBEIRO, 1990; FERREIRA, 1983; BOEHS, 1990). Logo, retomar a idéia de como se expressa o cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias na Hospitalização materno-infantil, é um desafio, no sentido de que se trata de uma retomada do que foi vivido naquela época, revisitando o hoje, buscando a compreensão sobre o mesmo, na ótica da pós-modernidade, abrindo-se uma possibilidade de releitura deste tempo, a partir das contribuições de Michel Maffesoli (1984-2007) tendo em perspectiva a razão sensível, pois esta pode apresentar os fenômenos da vida, como eles se mostram em seu próprio ritmo, no movimento de cada ser humano e cada família.

Elsen (1994), afirma que a característica do GAPEFAM é o compromisso da Enfermagem com a saúde da família em suas múltiplas dimensões do assistir, investigar e compartilhar saberes. Este ainda se trata de um imenso desafio para a Enfermagem, uma vez que, o interesse crescente pela temática da família ganha força a cada dia. Considero que tais nuances precisam ser vistas e valorizadas pela Enfermagem como não apenas um retorno ao que passou, mas sim, como o alicerce para o futuro, na perspectiva da construção de novas ações de cuidado junto ao processo de viver das famílias como foco de cuidado. É no cotidiano das ações de cuidado que vislumbro a razão e o afeto se conjugarem, mesclarem-se

e se confundirem ampliando as expressões destas.

O Gapefam trilhou longos caminhos desde a sua formação. Fez parcerias com outros grupos como o NUPEQUIS/SC (Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano e Imaginário em Saúde), com a participação efetiva da Dra. Rosane Gonçalves Nitschke, PIP-C&C (Programa Integrado de Pesquisa Cuidando e Confortando), EDEN (Grupo de Educação em Enfermagem e Saúde), NEPEPS (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Administração de Enfermagem e Saúde) entre outros docentes que se entusiasmaram com a proposta do grupo. Atualmente, estas parcerias estão com laços mais estreitos no intuito de trabalhar interdisciplinarmente as questões do cotidiano.

Aos poucos foram tecendo trabalhos que despertaram interesse na comunidade acadêmica e surgiram os convites para participação em eventos da Enfermagem que logo abriu portas para as demais áreas da saúde. (ELSEN et al, 1994). Em 1985, o grupo selou parceria com as enfermeiras do Hospital Universitário Dr. Ernani Polydoro/HU da Universidade Federal de Santa Catarina, onde realizam reuniões buscando referenciais teóricos para iniciar os trabalhos com as famílias. Inicialmente, escolheram o referencial de Imogene King, a partir deste foram construídos e adaptados vários instrumentos teórico-metodológicos como: mapa interacional, forças familiares, prontuário das famílias e outros. (ELSEN et al, 1994).

Com o projeto do HU, o grupo previu trabalhar com as famílias de pacientes Hospitalizados, sendo que a Enfermagem seria a responsável pelo encaminhamento ao grupo que acompanharia as famílias no ambulatório do HU e também por meio de visitas domiciliares. Embora o projeto não tenha tido continuidade em função das dificuldades institucionais de liberação dos profissionais para as atividades do projeto, as produções continuaram paralelamente em subgrupos, surgindo estudos como o referencial na assistência à criança e sua família no Hospital de Patrício e Elsen (1989).

Portanto, o interesse pela temática da família continuava efervescente e, em 1988 foi oferecida uma disciplina “Marcos Conceituais Aplicados às Famílias” no Curso de Mestrado em Enfermagem da Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, que originou as dissertações de Patrício (1990), Ribeiro (1990), Boehs (1990) e Nitschke (1991) entre outros (ELSEN et al, 1994). Estimulados pelo estudo de Ribeiro (1990) que abordou os aspectos ligados à violência da criança no seio familiar, o grupo retomou seu contato com a Unidade de Internação Pediátrica e discutiram um novo projeto de apoio às famílias das crianças Hospitalizadas. O grupo iniciou com a temática de ação educativa e apoio às famílias em situação de risco de

vida, orientação aos funcionários em seu trabalho junto com estas. Foi um trabalho multiprofissional, no qual haveria o encaminhamento das famílias para acompanhamento após alta das crianças. Segundo Elsen (1994), o trabalho com as famílias da pediatria foi se tornando desafiante, e a necessidade de instrumentalização do grupo logo apareceu. Com o número crescente de famílias e crianças a serem acompanhadas, possibilitou outras parcerias e o projeto permaneceu ativo dando ênfase em vertentes que emergiram, solicitando novos estudos. (ELSEN et al, 1994). Na avaliação deste projeto, uma questão abriu espaço para a afirmação de que o processo de Hospitalização infantil influenciava diretamente na dinâmica familiar. Muitos outros estudos foram sendo desenvolvidos como os de Althoff (1985), Schmitz (1982), Penna (1992), Eckert (1992) e outros. A trajetória do grupo até hoje marca história, mantém, como diz Elsen (1992, p. 49), “os teimosos e idealistas” (ELSEN, et al 1994).

Elsen et al (1994, p.50) relata que:

A orientação teórico-filosófica do grupo está alicerçada na compreensão de que a Enfermagem na saúde familiar foi aprendida a partir das interações estabelecidas com as famílias no cotidiano, o que levou a Enfermagem mover-se em busca de respostas na literatura para as experiências compartilhadas com as famílias e não ao contrário.

Uma das contribuições que o GAPEFAM trouxe, em especial com famílias de crianças Hospitalizadas, é a de que a família não é um agente passivo no processo de cuidar, mais sim, interagente e participativo junto ao cuidado profissional. Cuidar da família é complexo, pois esta precisa ser vista em sua totalidade, o que segundo Morin (2005), significa aquilo que está na parte e no todo. Elsen (1994, p. 51) afirma que:

A prática assistencial às famílias só pode atingir este estágio porque se deu de forma concomitantemente com a pesquisa e a educação. A pesquisa embasou suas reflexões e a educação permitiu compartilhar saberes que resultou na melhoria do processo de cuidar.

Compartilhando da concepção do GAPEFAM, de seu conceito de família e saúde familiar, é que me envolvi com o grupo em sua interface com o NUPEQUIS/SC, integrando o cotidiano, a razão sensível e o cuidado de Enfermagem junto às famílias durante a Hospitalização materno-infantil. Ao relembrar a história deste grupo, os avanços, as obras publicadas, as contribuições para o cuidado de famílias, em qualquer espaço em que esta

esteja, foi que despertou a curiosidade em identificar a expressão do cotidiano de cuidado de Enfermagem à família na Hospitalização materno-infantil sob a ótica da contemporaneidade.

Em um estudo clássico sobre a abordagem à criança Hospitalizada e suas implicações para a Enfermagem, as autoras revelam que há três tipos de abordagem (ELSEN E PATRÍCIO, 2005): Abordagem *centrada na patologia da criança* que é direcionada ao diagnóstico médico, a patologia que a criança apresenta e os esforços da equipe estão em tratar a doença e possibilitar a cura e alta Hospitalar. A abordagem *centrada na criança*, utilizada na maioria das Instituições pediátricas, cuja característica é de ver a criança em seu processo de desenvolvimento biopsicossocial além da patologia. Por último, a abordagem *centrada na criança e família*, é uma abordagem mais recente e menos encontrada nas ações de cuidado da Enfermagem na área materno-infantil. Esta abordagem coloca a família como parte do cuidado de Enfermagem. (SCHMITZ, 2005). Na minha concepção, quando se coloca conceitualmente criança e família, podem-se abrir portas para o risco de a família ficar do lado de fora, ou seja, a ligação “e” não significa que a família será o foco de cuidado.

Durante minha prática profissional e dos estudos que desenvolvi na área pediátrica (SILVA, 1999, 2002) e junto do serviço de Enfermagem materno-infantil do Hospital Universitário, por vezes questionei-me como se dá a expressão do cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias na Hospitalização, pois segundo as abordagens definidas no estudo citado, este traz a criança e a família, sendo a família, o contexto do cuidado da Enfermagem e não o foco direto. Desejava conhecer se além das abordagens de cuidado desenvolvidas na área pediátrica, o que mais se mostra neste cotidiano. Para delinear como nasceu o desenho deste estudo para mim, descrevo um pouco de minha trajetória profissional, a fim de evidenciar os caminhos que percorri.

Minha experiência profissional no cotidiano de cuidado de Enfermagem com famílias iniciou na Unidade de Internação Pediátrica, onde atuo como Enfermeira desde 1997, e como docente de graduação em Enfermagem de uma Instituição particular desde 2001, uma vez que estas experiências me fizeram conhecer histórias e cenários de cuidado que me inquietavam e suscitaram a busca por conhecimentos e reencantamento no processo de cuidar que exercemos.

Em diversos momentos de minha vida profissional, como Enfermeira de uma Unidade de Internação Pediátrica, questionei-me sobre o espaço de minhas ações de cuidado. Como se davam estas ações no cotidiano em que vivo? Quem eram as pessoas que eu

cuidava? Que imagens apareciam quando estava cuidando? E, em especial, o que as famílias, as crianças, os colegas da Enfermagem pensavam sobre o cuidado que exercemos no dia-a-dia. Estava cuidando da criança, ou da família também? Qual era a abordagem que exercia?

A inserção no mundo pediátrico e a constante presença do familiar neste cotidiano reforçaram meu olhar e o interesse sobre os aspectos relacionados ao cuidado à família. Mergulhei, inicialmente, na busca de respostas no Curso de Especialização em Saúde da Família, no ano de 1999, na Universidade Federal de Santa Catarina. Neste, abordei o enfrentamento da família na condição de doença crônica do filho. (SILVA, 1999). Com este estudo, pude perceber a importância do cuidado de Enfermagem tendo como foco a família, o que, por vezes, parece encoberto por sombras que nos impedem de conhecer sua essência. Contudo, angustiei-me ainda mais por não conseguir evidenciar como este cuidado se expressava e era visto pelas famílias e profissionais. Almejava evidenciá-los para que fossem compreendidos e refletidos junto à equipe de Enfermagem, com a idéia de resgatar a preocupação com a nossa prática, evitando que esta aconteça ao acaso.

Na convivência com a família escolhida para a realização do estudo na Especialização em Saúde da Família, surgiu a necessidade de desvelar uma das dimensões do cuidado de Enfermagem: **a morte**. A criança que cuidei durante a pesquisa no cotidiano da Hospitalização foi a óbito, e o sofrimento vivido pela equipe de Enfermagem me revelou a dificuldade que temos em cuidar do outro e de si mesmo quando a morte se anuncia. E foi a partir da temática da morte e do morrer que tive a oportunidade de aprofundar, no Mestrado em Enfermagem, algumas considerações a esse respeito. (SILVA, 2002).

Nesse período, pude ocupar-me objetivamente do significado da morte da criança para a equipe de saúde (equipe multiprofissional) e quais as ações de cuidado ao cuidador poderiam ser realizadas. Busquei a construção de um referencial, a partir do Interacionismo Simbólico, que pudesse minimizar o sofrimento do profissional diante da família que perde seu filho. Com o apoio desse referencial e as considerações sobre o cotidiano de Michel Maffesoli, que conheci a partir de minha participação como membro do NUPEQUIS/SC, os aspectos que me fizeram refletir sobre o mesmo. Desde então, reafirmei minha vontade em realizar uma pesquisa que pudesse aprofundar e responder algumas das preocupações referentes ao cuidado de Enfermagem às famílias no cotidiano da Hospitalização. E embalada pelas idéias de Michel Maffesoli que nos permite pensar livremente e mergulhar no fundo das aparências daquilo que está na superfície, mas deseja se mostrar é que caminho durante todo este estudo.

No Mestrado, os profissionais trouxeram informações importantes sobre o cuidado que realizam com as famílias e que, muitas vezes, adquire a imagem do *necessário e óbvio*, mas que não é identificado por eles como um cuidado organizado e sistematizado para cada situação familiar. Há a necessidade de ressaltar a responsabilidade que temos enquanto cuidadores de famílias, ao considerar a expressividade de um fazer institucionalizado, tendo como premissas a vontade de crescer em busca de conhecimento, de conceber as possibilidades de novas formas de cuidar diante do tempo que vivemos e as necessidades das famílias.

Por inúmeras vezes, senti-me na contramão dos estudos de renomados profissionais da área de saúde da família que afirmavam haver um avanço em relação ao cuidado de Enfermagem voltado às famílias, tendo-a como foco de cuidado no processo de Hospitalização. Ao correlacionar estas afirmações teóricas, sentia-me desconfortável, pois, não conseguia identificar tais ações na prática diária da Enfermagem Hospitalar nos 12 anos em que trabalho como Enfermeira. Vale lembrar que, a noção de cuidado às famílias, como foco tem sido defendida por Elsen (1984) após sua experiência no exterior (EUA) e seguida de outros profissionais que entraram em consonância e compartilham a preocupação de que a família precisa ser o ponto de partida para o cuidado.

Pensando a família como um sistema que se auto-regula internamente e com o meio exterior através de redes de apoio social, quando se cuida da família conseguimos conhecer e, por vezes, avaliar o complexo sistema que ela significa, sua dinâmica, suas potências e suas fragilidades. Então, cuidar das famílias como foco de cuidado, não significa dizer que a família deva assumir os cuidados que são de ordem profissional, mas, a partir dela, e com ela, compartilhar alianças e co-responsabilidades na recuperação, promoção da saúde ou capacidade de enfrentar as perdas inerentes ao processo de viver.

Assim sendo, o presente estudo surgiu de minha prática profissional, do meu olhar para o cotidiano de cuidado de Enfermagem Hospitalar, de conversas informais com os colegas de trabalho, e a partir das contribuições de diversas leituras apresentadas em minha caminhada acadêmica, dentre elas: Boehs (2002, p. 154) que afirma:

A família constitui-se em outra Instituição da sociedade, que, entre suas diferentes funções, está a de tomar decisões sobre a saúde de seus membros, e entre estas, a de procurar Instituições de saúde. Mas quando chega ao Hospital, a família enfrenta barreiras, perde sua autonomia, fica exposta a regras da Instituição, como horários de visitas, troca de acompanhantes, controle na comunicação por meio do telefone entre outras.

Boehs (2002, p. 157), relata que “a equipe de Enfermagem convive com diferentes formas de famílias, a família nuclear, a extensa, aquela em que a mulher é a chefe da família, a avó que adotou a criança, o casal homossexual, a família em conflito, e outros estilos”. Esta complexidade exige muito da equipe de Enfermagem que nem sempre está instrumentalizada para este cuidado que se faz no cotidiano de nossas Instituições de saúde.

Ouso afirmar que, embora tenham avanços nos estudos teóricos sobre a família no âmbito Hospitalar, esta ainda é vista como contexto e não como foco de cuidado da Enfermagem durante o processo de Hospitalização materno-infantil. Percebo que, algumas vezes, dependendo da formação do profissional que está atuando, a família pode ser vista como contexto, mas não, como foco de seu cuidado.

Wright e Leahey (2002), ressaltam que em determinados momentos de cuidado com as famílias é preciso fazer uma alternância entre as abordagens, ora sendo necessário focar o indivíduo, ora a família. O que tenho observado é que mesmo que se faça esta alternância no cuidado às famílias, este ainda é incipiente ao olhar da Enfermagem para a família como foco aqui no Brasil. A tendência é valorizar prioritariamente o individual, a patologia. Penso que as noções repassadas das funções Hospitalares, reforçando os esforços das equipes de saúde para a cura de patologias, ou para morrer, pois não é mais “normal” morrer em casa, nos tempos atuais, pode ser um dos fatores que contribuiu para a manutenção da idéia que saúde da família é apenas na comunidade, no domicílio.

Na realidade de nossos hospitais o ponto ainda é o indivíduo, quando não a doença, reforçando a presença dominante do modelo biomédico. Penso que a relação de poder determinado pelo que está instituído, associado às imagens que as Instituições construíram ao longo do tempo, as normatizações e as rotinizações que se sobrepõem às necessidades dos seres humanos que ali transitam com suas famílias, de certa forma, engessou a maneira de cuidar da Enfermagem no âmbito Hospitalar.

A relação de poder existente nas Instituições é evidente, o que, por vezes, limita as mudanças no cotidiano de cuidado da Enfermagem sem que haja um investimento contínuo de instrumentalização voltado para estes profissionais. Do mesmo modo, as famílias assumem uma postura de aceitação e condescendência do que lhes é oferecido. Monticelli e Boehs (2007) revelam nos resultados de uma pesquisa que realizaram que tanto a equipe, quanto as famílias, se aproximam e se distanciam em face de concordância ou não com as regras vigentes da Instituição. Ressaltam que, a maioria das famílias se submete aos regulamentos definidos pelas equipes e Instituição, poucas utilizam de resistências individuais ou coletivas

para enfrentar os mecanismos reguladores das Instituições, mas destacam que o estudo reforça a necessidade de a Enfermagem reconhecer as famílias como unidades ativas, responsáveis e co-participantes na atenção intra-Hospitalar, ou seja, motivo de cuidado.

Ângelo (1999, p. 7) relata que:

Uma silenciosa revolução está ocorrendo no cenário da Enfermagem, influenciada por iniciativas solitárias a princípio, de cuidar da família, norteadas pela fidelidade à verdade principal de que nenhuma família consegue existir sem algum tipo de apoio, pelos conceitos sobre família que têm sido desenvolvidos, e agora por uma emergente política pública destinada à saúde da família.

Durante anos, a Enfermagem vem direcionando sua prática com famílias para ações basicamente de orientação e de busca de informações. A família fica, neste sentido, restrita a receptáculo e fonte de informações. As ações de apoio oferecidas pela Enfermagem em seu cotidiano de cuidado são tímidas e pouco efetivas, porque ainda não atingem a experiência vivida pela família e nem por si mesmos. Os profissionais se deixam guiar pelo perigoso bom-senso que se orienta pelo sentimentalismo e pela satisfação pessoal. Na verdade, são famílias cuidando de famílias que se entrelaçam e perdem a perspectiva do cuidar profissional, e do cuidar familiar. (ÂNGELO, 1999).

Compartilho com esta autora sobre sua opinião, e percebo que em meu cotidiano de trabalho na Pediatria, os profissionais atuam, ora focando a família, ou apenas a criança, ora a patologia, conforme sua formação, seus conhecimentos, suas crenças, seus valores, o que significa um cuidado empírico.

Althoff (2002), afirma que o cotidiano da vida familiar está repleto de ações e interações que participam na construção da convivência familiar. As atribuições familiares estão relacionadas com as atividades que os membros da família desempenham para atender as necessidades individuais e do grupo, para assim garantir o crescimento e desenvolvimento de todos, dentro da idéia que a família é um sistema, com seus subsistemas buscando a manutenção do viver.

A família sempre esteve integrando a sociedade, uma vez que é comparada com a célula geradora da mesma. Mas, atualmente, percebe-se uma tentativa maior no resgate das relações familiares, pois a sociedade esteve próxima da desvalorização do ser família, e tais valores foram negligenciados por todas as instâncias, inclusive a saúde. Cuidar das famílias passou a ser uma preocupação dos sistemas governamentais, uma vez que, foi evidenciado em

inúmeras pesquisas na área da saúde coletiva, principalmente, as reflexões acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e com a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994, que a família é um sistema de cuidado que possibilita o cuidado dos seus com suas práticas de saúde aprendidas em família.

Com a evolução social dos conceitos de família, a ampliação dos horizontes a serem pesquisados proporcionou uma efetiva busca do melhor cuidar de famílias. O cuidado às famílias passou a ser uma necessidade para a proteção e manutenção da sociedade saudável, embora os que se aventuraram pesquisar as famílias permanecem ligados a como as famílias vivem com um de seus membros com alguma patologia ou distúrbio. Este diagnóstico está consolidado na literatura sobre a Enfermagem familiar (*discussão dos membros da Rede Sul LEIFANS-GAPEFAM*)⁵, porém é preciso avançar em metodologias que nos instrumentalize a cuidar efetivamente destas famílias, focando-as como primordial no cotidiano de cuidado da Enfermagem, e no objeto deste estudo no contexto Hospitalar.

A família não é uma unidade isolada; ela é uma unidade integrante da sociedade, e, por isso mesmo, estabelece uma ligação com outras pessoas e unidades sociais que estão além de seu grupo. (ALTHOFF, 2002, p. 38). A autora complementa este pensamento ao dizer que:

Desde a formação do novo núcleo familiar, há um intercâmbio entre as unidades sociais no sentido de troca de informações, ajuda amparo, auxílio para atender às necessidades de seus integrantes. Embora a família deseje ter um espaço privativo, há momentos em que a articulação com os outros se faz necessária. (ALTHOFF, 2002, p. 38).

Reconhecer a vida como uma teia de relações, envolvendo a multidimensionalidade do viver, a partir da qual se pode descortinar o que é possível ser ampliado e melhorado para um cuidado de Enfermagem centrado nos seres humanos que compõe uma família, fez-me repensar que, por vezes, em detrimento das incertezas do que significa “compartilhar este espaço de cuidado” com outros seres humanos, as ações de Enfermagem ora se mostra visível aos olhos da população que cuida, bem como, de seus componentes profissionais, ora se mostra invisível pela subjetividade que está presente nas entrelinhas de sua abordagem.

A fim de conhecer o que a Enfermagem tem desenvolvido nas pesquisas a partir do cuidado que compartilha com os seres humanos e suas famílias, busquei em vários autores, estudiosos de famílias, o que haviam desvelado em suas pesquisas. Elsen (1984), Elsen e Patrício (2005), Henckemaier (1999), Boehs (2002), Souza (1999), Souza (2005) Nitschke (1991 e 1999) têm estudado a família a partir de olhares distintos e conseguiram descortinar

aspectos inerentes às necessidades da época, que permitiram que outros estudos fossem se delineando. Por isto, reforço que há lacunas a serem desveladas, descortinadas e refletidas com bases teórico-filosóficas com relação à expressão do cotidiano de cuidado da Enfermagem no ambiente Hospitalar na percepção de como este cuidado tem sido realizado.

A maioria destes estudos mostrou diagnósticos situacionais de como as famílias se vêem, como se constituem, suas dinâmicas, os enfrentamentos das diversas situações como a violência, a Hospitalização, o desemprego, enfim. Trouxeram grandes contribuições teóricas para o conhecimento das famílias que compartilham de nossa vida profissional enquanto Enfermagem e também como membros sociais em transformações. Mas parece haver uma saturação de dados relacionados à definição de diagnósticos, pois sabemos que as famílias buscam viver seus desafios de acordo com suas potencialidades e redes de apoio que conseguem gerar em suas relações. Sendo assim, precisamos avançar na produção científica direcionando o olhar para a expressão do cotidiano de cuidado às famílias no Hospital e demais ambientes que estas estejam.

Em um dos eventos realizados pelo GAPEFAM em parcerias com outros grupos de pesquisa como o NUPEQUIS/SC, o Congresso Internacional Pesquisando a Família, em 2002, foi possível identificar as diversas maneiras de como o cuidado de Enfermagem às famílias está presente nas construções teóricas. Fiz uma seleção dos trabalhos apresentados no evento, com base no seguinte critério: o resumo apresentar a família como foco de cuidado e não contexto, a fim de reconhecer o que poderia ser identificado para sustentar a tese que defendo e possibilitar a contribuição para ampliarmos nossas ações de cuidado dentro desta perspectiva.

Quarenta trabalhos foram avaliados, entre eles, trago alguns exemplos: Bocchi e Ângelo (2002), realizaram um estudo sobre o familiar cuidador, utilizaram o Interacionismo Simbólico como referencial teórico, e a Grounded Theory como metodologia. O estudo foi desenvolvido no domicílio, e tratou a problemática da surpresa pela doença e um familiar assumir o papel de cuidador.

Ferriani e Roque (2002), trabalharam com a violência na família contra crianças e adolescentes. A pesquisa era quali-quantitativa, e para analisar os dados, basearam-se na análise de conteúdo, análise documental de processos que chegam ao fórum, dados de entrevista, e observação. O estudo ocorreu no Tribunal de Justiça e identificou as principais formas de violência da família contra as crianças: negligência, sexual, levando a dois questionamentos: o que é a violência e o que se faz diante dela?

Calixto (2002), realizou seu estudo abordando o desejo da mulher ter filhos na reprodução assistida: novas configurações familiares. Foi um estudo da perspectiva qualitativa, para levantar os dados às entrevistas semi-estruturadas serviram de instrumento. O estudo ocorreu em uma Clínica de infertilidade. Discutiu-se a questão de a mulher ter um filho e desta ser ainda uma função dita feminina, embora tenhamos novas configurações familiares.

Gonçalves e Alda (2002), realizaram seu estudo abordando a mulher que cuida do doente mental em família. Como referencial filosófico, as autoras exploraram o materialismo histórico-dialético. As entrevistas foram o instrumento de coleta de dados, e foi no domicílio. O artigo permite vislumbrar que o foco estava direcionado à mulher cuidadora do doente mental familiar e que sua saúde corre riscos, logo, a autora chama a atenção dos profissionais enfermeiros para buscarem atender esta necessidade da mulher cuidadora.

Os demais artigos seguem esta lógica de mostrar a família como contexto, o indivíduo como porta de entrada para as pesquisas e o cuidado, principalmente, do indivíduo, e parte da abordagem inseri o acompanhante ou respondente das pesquisas como seres de cuidado. Diante da realidade expressa na maioria dos estudos avaliados, foi possível verificar e reforçar o que está explícito na vida cotidiana Hospitalar. Não se trata de certificar que todos os estudos da área da família estão voltados somente ao indivíduo, mas apontar que ainda estão alicerçados no modelo biomédico onde o indivíduo exerce maior fascínio, haja vista nossa formação profissional curativa. Na verdade, há na literatura brasileira uma nascente em busca de modificar esta realidade e avançar nas construções teóricas, o que já ocorre nos países Canadá e Estados Unidos da América, citando principalmente os estudos desenvolvidos por Wright e Leahey (2002).

No âmbito Hospitalar, o cuidado de Enfermagem está massificado por rotinas, modelos engessados que dificultam o olhar para a família como uma unidade de cuidado. Faz-se necessário mencionar que com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) (ECA), que destaca os direitos das famílias, que podem acompanhar seus membros familiares Hospitalizados, pais, mães, tios, tias, enfim: a família em maior demanda e, mas presente no Hospital e com a lei que as protege. Embora, estudos anteriores já evidenciassem a importância da família no processo de ser e viver saudável, e mesmo no adoecimento como os citados anteriormente, o ECA é um marco que garantiu a entrada da família no meio Hospitalar. Tanto quanto este, os estudos produzidos no Brasil e no exterior trazem muito fortemente a presença da família em Unidades de Internação Materno-Infantil dentre eles

Collière (1986), Franco (1988), Travelbee (1979), mesclando esta contradição que se percebe hoje nos hospitais, pois ao mesmo tempo em que a família ganha espaço, as equipes de Enfermagem e também demais profissionais, ainda não se adaptaram para conviver e cuidá-las no cotidiano de cuidado que vive.

Refletindo com os autores a importância de ressaltar a problemática deste estudo, Ângelo (1999, p. 8) corrobora ao afirmar que:

A orientação cada vez mais crescente para um trabalho em que a família esteja efetivamente contemplada está criando um novo clima nos ambientes de atendimento à saúde, para a maneira de olhar a família. A pessoa e sua doença não são mais os principais focos de atenção do enfermeiro. A família é, também, vista como foco desta atenção. Esta mudança na ênfase para a família como um domínio emergente na Enfermagem, evidenciado, sobretudo, pelo avanço teórico que a área vem tendo, aliada ao fato de que este mesmo movimento na prática ainda é muito tímido, quase inexistente, torna a área ainda essencialmente acadêmica, o que traz algumas simplificações para os que estudam a área de Enfermagem da família, que consiste em verdadeiro desafio, que pode ser subdividido em três esferas: ensino, prática e pesquisa.

Não devemos pensar que esta seja uma situação exclusiva de nosso meio, do nosso país. Este é um desafio para todos os enfermeiros, porque a Enfermagem da família ainda não é uma realidade em muitos contextos do mundo.

Apesar das contribuições teóricas de Elsen e Patrício, reeditada em 2005, sobre as abordagens possíveis e existentes nas Instituições Pediátricas, enfocando as abordagens de cuidado no processo da Hospitalização infantil, senti a necessidade de mergulhar no Quotidiano de Cuidado da Enfermagem Materno-infantil, para com as noções trazidas por Michel Maffesoli, principalmente no que se refere ao *Quotidiano e a Razão sensível*, da Micro-sócio-antropologia³ compreensiva, a fim de explorar a seguinte **questão de pesquisa**:

Como se expressa o cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias na Hospitalização materno-infantil?

Tendo como **objetivo principal**:

Compreender como se mostra o cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias na Hospitalização materno-infantil.

³ Microsocioantropologia: é compreendida como o foco da atenção voltada para os acontecimentos que ocorrem nos pequenos mundos sociais, nos pequenos grupos que compõe a grande sociedade.

CAPÍTULO 2 - O BREVE ENCONTRO COM A LITERATURA

Embora não seja exigência uma revisão da literatura em pesquisas com natureza fenomenológica, creio ser importante ressaltar alguns aspectos inerentes ao estudo de famílias, como conhecer, ou reconhecer sua história no mundo e no Brasil, suas origens, seus sistemas de cuidado desde os primórdios até a pós-modernidade e como estas estão expressas na contemporaneidade. Assim, busquei retratar nuances sobre a família, sua interação com a Enfermagem, sua imagem no convívio Hospitalar, bem como, os principais estudos de Enfermagem atualmente desenvolvidos, a fim de provocar a imaginação dos leitores na busca de como se expressa o cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias na Hospitalização materno-infantil.

Muitas das informações aqui descritas podem ser de domínio dos estudiosos da área de saúde da família, mas a grande maioria dos profissionais da Enfermagem desconhece as noções sobre o que é ser família, quem são as famílias que cuidamos, e o que precisamos resgatar na prática da Enfermagem com famílias.

2.1 HISTÓRIA DA FAMÍLIA: SUA ORIGEM NO MUNDO

Friedrich Engels editou seu primeiro livro sobre a origem da família em 1884, reeditou em 1891 e agora, traduzido no Brasil, em 2006, por Ruth M. Klaus, é uma contribuição para podermos reconhecer alguns aspectos da origem da família enquanto conceito, estrutura, dinâmica, produção do trabalho social e, portanto, da economia, enfim, como surgiu na literatura à temática “Família”.

Segundo Engels (2006), até a década de sessenta, não poderíamos pensar uma história sobre Família, com direito a datas, acontecimentos, enfim, descrições, pois as ciências históricas se encontravam sob influência dos chamados cinco livros de Moisés. Tais livros apresentavam a família patriarcal como a mais antiga, porém de modo como se não houvesse evolução alguma até os tempos atuais.

O estudo da família, de fato, iniciou em 1861 com o Direito Materno de Bachofen, Engels (2006, p.14) refere que este autor formulou as seguintes hipóteses:

Primeiro, os seres humanos viveram em promiscuidade sexual; segundo, estas relações excluíaam as condições de garantir a paternidade, sendo o gênero feminino responsável pela linha materna e isso se deu em todos os povos antigos. Terceiro, o autor elege que as mulheres possuíam o apreço e respeito, tendo as mesmas, nesta época, o poder absoluto por dar continuidade à população. Por último, ele identifica a passagem para a monogamia, ou seja, a mulher só poderia “pertencer” a um homem. Esta passagem já vem com as influências religiosas. Em Londres, Mac Lennan (1870) foi considerado o fundador da história da Família, ele também descreveu suas hipóteses acerca das relações entre homens e mulheres.

Já, em 1871, Morgan segundo Engels (2006), surgiu com inovações sobre o grau de parentesco entre as tribos, os povos que suscitaram documentos decisivos. Ele se convencera que a forma de parentesco próprio dos iroqueses em vigor, estava difundida em todo um continente. Na verdade, Morgan marcou a história por levantar necessidades de reconhecer a origem das famílias. Nesta época, a família ganha várias nomenclaturas como: tribos, comunidade familiar, família individual monogâmica, família consanguínea, entre outras na Idade Média. Em verdade, não se têm registros reais, descritivos e definidores da origem do termo família, mas é interessante perceber o tempo que nos separa dos anos 1800, e ainda estamos preocupados em estudar cientificamente a família, uma vez que é fonte de preocupação nas dimensões sociopolítica e econômica dos sistemas governamentais, além da saúde.

Casey (1992) sociólogo e historiador da família, diz que é difícil se ter em uma só obra, um compêndio, que fale exatamente a origem da família na história humana, mas é consenso que se conhece as formas das relações das comunidades, ou tribos desde a pré-história. A história da origem da família segue lado a lado com a história do processo de trabalho no mundo, e, na verdade, as noções sobre família determinam e são determinadas pelo enlace destes dois elementos constituintes da sociedade, além de estarem relacionados às práticas sexuais dos povos que dariam a continuidade das espécies.

Casey (1992, p. 15) faz uma citação interessante:

Pode ser que a família tenha sido vista como uma Instituição com fronteiras visíveis, diferentemente do direito e da religião, o que tornaria sua existência problemática. Se não se trata de uma Instituição (por exemplo, a família nuclear), os contornos podem ser tão exasperadamente vagos que passam a desafiar qualquer exame.

Este mesmo autor corrobora que a história da família já passou por diversas

vertentes, ou maneiras de compreendê-la. O que ainda mantemos como preocupação de nossas pesquisas na contemporaneidade, é o desejo de conhecer o significado da família, os dramas que estão em sua volta, como cuidar deste sistema de forma a não alterá-lo sem o seu envolvimento, enfim, como afirma Casey (1992, p. 17):

Parece razoável aplicar a mesma dinâmica revolucionária à compreensão das estruturas familiares: a família era um sistema de conflitos, contradições internas e adaptações, e não uma crisálida, abandonando gradualmente um casulo de conexões de parentesco, para revelar seu núcleo verdadeiro.

Para Casey (1992) dentro da perspectiva sociológica e histórica, a família a partir da combinação conjugal, do lar, é a contrapartida necessária para as transformações mais amplas e direcionadas à democracia. Para ele, a educação, a criança, bem como, a solidariedade social desenvolvida pela família conjugal produz a ruptura das estruturas antigas a respeito da família.

Apesar dos conflitos que permeiam esta Instituição social, cada família é “única” em seu papel de sociabilidade, afetividade e promoção do bem-estar dos indivíduos que a compõe, principalmente durante a infância e adolescência, momento em que são repassados valores, conceitos, exemplos de dignidade, hombridade entre outros.

Para Wong (1999, p.56):

A função da família refere-se a um dever ou desempenho especiais necessários no curso do trabalho ou atividade, ela também pode referir-se as interações dos membros da família. Elas desempenham função vital na economia porque produzem e consomem bens e serviços”. Talvez esta seja a explicação para a família ser um agente importante para a sociedade capitalista de consumo, porém agente desassistido de saúde. As famílias também constituem a unidade básica para repor os membros da sociedade que morre. Além disso, para manter sua continuidade, a sociedade deve transmitir seu conhecimento, costumes, valores e crenças para os mais jovens. Embora os objetivos para a socialização e prática de criação infantil exibam distinções de cultura, na maioria das sociedades, o objetivo principal em relação às crianças é o mesmo: cuidar, nutrir e treinar.

Para Ariès (1981), a família tinha a função de assegurar a transmissão da vida, dos bens e dos nomes. Quanto à criança, esta tinha uma passagem muito breve e insignificante pela família e pela sociedade, na qual se deixava de lado a sensibilidade de seus membros para com esta. Contudo, um sentimento superficial pela criança - a “paparicação” era reservado à criancinha em seus primeiros anos de vida, enquanto ainda era engraçadinha.

Porém, se ela morresse não se fazia muito caso, pois logo outra a substituiria, mantendo-lhe em uma espécie de anonimato.

Na Idade Média, e por muito tempo ainda nas classes populares, as crianças misturavam-se aos adultos assim que eram capazes de viver sem a solicitude constante da mãe ou de sua ama, isto é, aproximadamente aos sete anos de idade, então era misturada aos adultos e não se distinguia mais destes, participando com seus amigos jovens ou velhos, dos trabalhos e dos jogos de todos os dias. De criancinha pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem, sem passar pelas etapas da Juventude. Portanto, a socialização da criança não era assegurada nem controlada pela família, e sim, pela convivência da criança ou do jovem com os adultos, aprendendo as coisas que devia saber ajudando os adultos a fazê-las. (ARIÈS, 1981).

Quando a criança conseguia sobreviver ao tempo da “papuricação” era comum que passasse a viver em outra casa que não à de sua família. Essa modalidade, na família antiga, tinha a função de assegurar a conservação dos bens, dos nomes e a prática comum de um ofício, porém, sem função afetiva, não significando que o amor estivesse sempre ausente. O sentimento entre os membros da família não era necessário à existência nem ao equilíbrio da mesma, mas se existisse, melhor. (ARIÈS, 1981).

A partir do século XV, começou pouco a pouco se instalar uma preocupação com a Educação, passou-se a admitir que a criança não estivesse suficientemente madura para a vida, e que era preciso submetê-la a um regime especial antes de deixá-la unir-se aos adultos. A partir do século XVII, a Escola substituiu a aprendizagem como meio de educação, e a criança deixou de ser misturada aos adultos e de aprender a vida diretamente, através do contato com eles. A família assume então além da função de transmissão do nome e dos bens, também uma função moral e espiritual. O cuidado dispensado às crianças passou a inspirar sentimentos novos, uma afetividade nova, expressada pela iconografia do século XVII. Os pais não se contentavam mais em colocar os filhos no mundo e não estabelecê-los, proporcionando a todos os filhos a Educação. (ARIÈS, 1981).

No fim do século XVII, até mesmo as meninas preparavam-se para a vida, e esta preparação tradicional foi substituída pela Escola. A Família e a Escola retiraram as crianças da sociedade dos adultos, confinando-as em um regime disciplinar rigoroso, que mais tarde, entre os séculos XVIII e XIX resultou no Internato, privando a criança da liberdade que gozava entre os adultos. Mas esse rigor, segundo Ariès (1981), traduzia um sentimento muito diferente da antiga indiferença: um amor obsessivo que dominou a sociedade a partir do

século XVIII e que ainda vemos resquícios na sociedade moderna.

A família então começou a organizar-se em torno da criança e a dar tanta importância à mesma, que saiu do anonimato, tornando impossível perdê-la ou substituí-la sem uma enorme dor, e se fez necessário limitar seu número para melhor cuidar dela. A família moderna retirou da vida comum não apenas as crianças, mas uma grande parte do tempo e da preocupação dos adultos. Ela correspondeu a uma necessidade de intimidade, e também de identidade: os membros passaram a se unir pelo sentimento, o costume e o gênero de vida. (ARIÈS, 1981).

Petrini (2005), fala que as famílias têm seu próprio dinamismo, seu sistema de relações sociais e sofre influências do meio que convivem, economicamente, culturalmente, enfim, de sua rede de apoio. As famílias também estão em processo constante de transformações, as mudanças atingem simultaneamente a realidade familiar e sua identidade. Logo, os aspectos objetivos das famílias cedem, ao passo que os subjetivos, surgem. O autor corrobora com a idéia de que as famílias estão perdendo, de certo modo, o seu conceito social de um grupo que gera afeto, prioriza os vínculos, e com a transformação social, o individualismo. As famílias estão sendo afetadas e precisam ser resgatadas.

As famílias foram, ao longo da história, o modelo de uma sociedade fechada e que escondia as suas diversidades e dificuldades relacionais, contendo regras para a sua estrutura, os modelos patriarcais, as pessoas chaves, as funções designadas, o trabalho era formal e de exclusividade do homem, à mulher pertencia o cuidado dos filhos. Souza e Ramires (2006), referem que as famílias no campo dos estudos sociais viveram e continuam a viver etapas distintas e sobrepostas: as famílias tradicionais, as modernas e as pós-modernas. Assim, é imprescindível destacar que a estrutura familiar é a responsável pelo movimento familiar na sociedade e na história, e esta estrutura é que precisa ser foco de atenção para a Enfermagem, por traduzir a sua singularidade de ser família no mundo.

Para Wong (1999, p. 56) estrutura familiar é:

A maneira de organização ou a disposição de diversas partes que estão inter-relacionadas de modo específico e recorrente. A estrutura de uma família pode variar de acordo com a composição de suas partes componentes e de acordo com seu ciclo de vida. A estrutura consiste em indivíduos cada qual com status e posição socialmente reconhecidos, que interagem entre si em uma base regular e recorrente nos meios socialmente sancionados.

Segundo Souza e Ramires (2006), as **famílias tradicionais** são aquelas que mantêm

a configuração conhecida e mantida ainda em todo o mundo, ou seja, a concepção de família quando há marido, mulher, casamento sacramentado judicial e religiosamente, filhos. Todos sob o mesmo teto e com laços de consangüinidade.

As **famílias modernas** são aquelas que, apesar de trazer as características da burguesia industrial, passam a ser núcleo de afeto, proteção, relativos a novos modelos de casamentos movidos pela escolha livre, pela opção ao amor. Apesar de já haver mudanças, a hierarquia persiste, sendo o homem, ainda, o provedor financeiro e, a mulher, a função de cuidadora e responsável pelo lar. Nesta época, as autoras relembram que esta característica sustentou o desenvolvimento infantil saudável. Este modelo permaneceu ativo até meados dos anos 60, a partir desta década, as famílias passam a ser descritas como pós-modernas. (SOUZA e RAMIRES, 2006).

As **famílias pós-modernas** se expressam através da divisão do trabalho, da busca pela igualdade entre homem e mulher, das responsabilidades compartilhadas em relação aos filhos e dos questionamentos sobre as identidades e domínios familiares. Atualmente, as famílias têm se mostrado ainda mais diversificadas em suas propostas e identidade, bem como na busca da aceitação social de seu momento. Segundo Souza e Ramires (2006), um complexo conjunto de famílias está saindo da clandestinidade imposta socialmente, ou seja, os novos arranjos familiares, as compostas por homossexuais, produções independentes, pais solteiros, mães de aluguel e outras, estão surgindo no cenário da vida quotidiana. (SOUZA e RAMIRES, 2006).

Partindo da colocação das autoras, talvez este seja um dos principais entraves na abordagem às famílias no cenário da saúde. Torna-se necessário reconhecer que os profissionais da Enfermagem não possuem clareza da história do surgimento das famílias, e é preciso estabelecer relações com outras áreas do saber como a Antropologia, a História, a Sociologia para compreender melhor este mundo familiar em que fazemos parte enquanto cuidadores. Pois, ao cuidar de famílias, muitas situações nos parecem inusitadas, porém, é preciso lembrar que os resquícios da história delinearam suas culturas, concepções familiares e seus próprios modelos de família. A Enfermagem, ao conviver com estas mudanças que a pós-modernidade os expõe, sente-se frente a um desafio complexo.

Diante do exposto sobre as transformações familiares, fica mais fácil a compreensão deste choque que ocorre entre a forma de cuidar da Enfermagem e as famílias no processo de Hospitalização. As fragilidades familiares estão a floradas e a Enfermagem alicerçada em seu saber técnico-científico e imbuída de valores pessoais, fica, por vezes, sem saber qual

caminho trilhar no cuidado às famílias.

Casey (1992), finaliza sua análise sobre as origens da família no mundo, ao dizer que:

Para os estudantes de família, o problema consiste em lembrar que está lidando com um conceito, uma criação da mente humana, da cultura, não um objeto material. A família pode ser tão útil quanto problemática, como meio para entender a estrutura social.

O autor sinaliza para que não nos esqueçamos que comparar épocas diferentes da vivência das famílias, bem como, categorizá-las para compreender o processo do meio social pode descaracterizar o tempo atual de ser família. Casey (1992), ainda ressalta que, em publicações recentes, têm visto certo desconforto quanto aos contornos familiares voltados para a relação conjugal, e a tendência está em ultrapassar esta barreira e focar os laços familiares.

Ele faz uma análise preliminar enfatizando que:

A verdade é que a família, em qualquer das suas formas, é apenas um conceito heurístico que nos ajuda a explicar a estrutura econômica e política de uma sociedade em particular. Não constitui uma entidade perfeitamente configurada, que pudesse ser estudada por si mesma. Não se pode construir uma casa colocando um tijolo em cima do outro. Da mesma forma, não se pode compreender uma economia ou um sistema político, multiplicando estudos sobre a organização familiar naquela sociedade.

Analisando este pensamento de Casey (1992), é possível se fazer uma conexão com o estudo que desenvolvo, pois não há mais contornos familiares, eles, em si, é que se determinam enquanto família, e, por isso, a maneira como desejam ser cuidados na Hospitalização pela Enfermagem será fiel e trará confiabilidade às famílias, desde que estas participem das decisões profissionais sobre a saúde delas.

2.2 A HISTÓRIA DA FAMÍLIA: SUA ORIGEM NO BRASIL

Os estudos históricos sobre a origem das famílias no Brasil são recentes, segundo Costa (2005), e mantém a união de dados fragmentados devido ao pouco tempo de estudo

nesta direção histórica.

Na narrativa de Costa (2005), tudo inicia na colonização do Brasil, as casas grandes e as senzalas que traçavam o perfil das famílias patriarcais, tempo este de racismo e escravidão. Embora muitos africanos tenham sido trazidos ao Brasil, com entrada pela Bahia, não há registro de uma só família africana no Brasil, apenas comunidades, ou tribos que foram se organizando ao chegar neste país. Em função deste aspecto da história do Brasil, as famílias escravas eram distintas das famílias nobres, porém, ambas possuíam suas organizações familiares, seus aspectos culturais fortemente seguros, o que constatamos até os tempos atuais. Este também foi o motivo da grande miscigenação dos povos e da poligamia no Brasil.

Falar sobre a família e sua origem no Brasil é transitar por uma história interessante e que talvez seja o fator motivador para que os estudos sobre elas se multipliquem a cada dia. Os laços familiares, segundo Sarti (2007), foram esgarçados, tornando cada vez mais difícil definir os contornos que a delimitam. A autora cita que estamos vivendo uma época diferente de todas as outras passadas, e a família é a mais naturalizada de todas as esferas e por isto sofre os abalos de cada interferência externa.

Na visão da antropóloga, a partir da Revolução Industrial houve uma ruptura entre o mundo do trabalho e o mundo da família, momento onde houve a Instituição da esfera privada da família. Unindo-se a estes aspectos, os avanços tecnológicos também chegaram provocando mudanças, inclusive no que se refere à reprodução humana.

Segundo Sarti (2007), a década de 60 representou uma grande mudança social, que não ocorreu apenas no Brasil, mas em escala mundial. A descoberta da pílula anticoncepcional levou à separação do que seria sexualidade, da reprodução e interferiu fortemente na sexualidade e liberdade feminina. A possibilidade de a mulher se livrar do estereótipo de ter sua sexualidade atrelada à reprodução, logo, a formação familiar, provocou muitas mudanças nos alicerces familiares. A mulher passou a ter espaço no mundo do trabalho remunerado e as famílias então inauguram um processo de mudanças substantivas na família, amplamente analisado, principalmente relativo às questões de gênero.

Sarti (2007, p. 22), aponta que:

Desde então, começou a se introduzir no universo naturalizado da família a dimensão escolha. Mais tarde, a partir dos anos 80, as novas tecnologias reprodutivas, as inseminações artificiais, dissociaram a gravidez da relação sexual com as produções *in vitro*. Isto provocou novas mudanças substantivas, as quais novamente afetaram a família com o mundo natural que fundamenta a idéia de família do mundo judaico-cristão.

Persistindo na noção do que tem sido a trajetória de mudanças ocorridas ao longo do tempo com as famílias, Sarti (2007), faz a analogia de que estas mudanças são particulares e difíceis, uma vez que as experiências vividas e simbolizadas na família têm como influenciadores as cristalizações sociais, ou seja, as determinações sociais, jurídicas, de saúde, religiosas, enfim, os fatores reguladores da sociedade. A autora afirma que: “essas referências constituem os “modelos” do que é e como deve ser a família, ancorados em uma visão que a considera como uma unidade biológica constituída segundo leis da natureza, poderosa força simbólica”. (SARTI, 2007, p. 23).

Chaves (2006), mostra, de outro ângulo, outro olhar, a origem da família brasileira, colocando aspectos semelhantes aos expostos até o momento, porém, com outra leitura. Ele refere que a família brasileira teve como modelo inicial a família patriarcal que veio do modelo colonial, a economia, o centro de poder e proteção familiar eram exercidos pelo homem, seguido da Igreja e do Estado. Com a chegada da família portuguesa ao Brasil, o modelo europeu se reproduziu, mas é na transição do século XVIII e XIX ocorrerão mudanças nas estruturas familiares devido à política higienista dos médicos sanitaristas, que normatizaram hábitos e costumes que provocaram uma nova prática nos relacionamentos e na função parental.

Para o autor, a Igreja e o Estado não conheciam este discurso revestido de cientificidade, e foi possível verificar as transformações na esfera privada das famílias e até mesmo da paisagem urbana. Inicialmente, estas mudanças saltaram aos olhos da camada de elite, que sequencialmente se instala a política da medicalização. Chaves (2006, p. 53), refere que a “medicina em sua ação higienista, foi operando mudanças nos rígidos padrões familiares que se repetiam através da tradição familiar”. Porém, estas políticas apenas alcançaram as elites, as famílias de escravos, mendigos, loucos, ou vagabundos, ciganos, e outros, para estes seriam determinadas outras políticas médicas.

Chaves (2006) e Sarti (2007), concordam com o marco das mudanças nas famílias, que foi o surgimento da pílula anticoncepcional que favoreceu a liberdade para as mulheres, bem como, sua inserção no mercado de trabalho. “Esta mudança foi irreversível na sociedade e proporcionou a divisão de papéis sexuais tanto no espaço privado, quanto no público”. (CHAVES, 2006, p. 53).

2.3 FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

Dentre as principais reflexões realizadas sobre as famílias, tanto na Sociologia, Filosofia e também na Enfermagem, há uma convergência na concepção de que o futuro da sociedade está nas mãos da família. Esta, no entanto, segundo Court (2005), guarda um enorme potencial para a própria história da família na esfera social e da humanidade. Para o autor, ao longo do processo de evolução da família na história, desde os tempos arcaicos até a atualidade, a família deixou de exercer alguns papéis que foram delineados a ela e buscou uma reorganização em sua estrutura e funcionamento.

Court (2005), ressalta que a família evoluiu de modo a regular aspectos da vida social, como a sexualidade, a procriação, o trabalho, a seguridade social, econômica e política. Assim, o autor complementa seu pensamento ao afirmar que a família contemporânea está em ebulição no sentido estrito, ou seja, a família hoje está preocupada em repassar valores, amores, condições de vida, ensinamentos, e facilitar a compreensão de ser pessoa, humana, que faz parte de um todo que podemos considerar a família, e a vida em sociedade.

Para Court (2005, p. 27), a família representa:

Para a vida social e pessoal, uma experiência única de sociabilidade humana, não comparável com nenhuma outra forma de vida institucional. Não apresenta uma realidade distinta das pessoas que a configuram. De certo modo, não se deve mencionar “a” família, em geral, mas de cada família em particular.

Concordo com o autor uma vez que, a mecanização *do olhar e não ver* as particularidades das famílias está cada vez mais forte nos ambientes de cuidado destas que significam a base da estrutura humana. Portanto, a particularidade que certamente influencia no coletivo, não precisa ser transformada em uma caixinha de modelagem exata com formas e direções iguais. Na Enfermagem, o cuidado às famílias está se dirigindo para esta visão imparcial, desfocada das necessidades de cada família, o que venho discutindo neste estudo. Court (2005, p. 26), relata que:

O próprio da família não é se situar acima do bem e do mal, mas realizar uma convivência entre pessoas que participam com a totalidade de sua existência. A família não tem equivalente funcional em outras Instituições sociais, a família é a própria experiência humana. A definição de família no âmbito público atual, a mesma é vista como cidadãos consumidores com ênfase no papel do mercado. É oportuna a noção ecológica de família, onde

ela é compreendida como realmente é, uma solidariedade intergeracional, que tem como função o cuidado da vida humana.

Rabinovich e Gallo realizaram uma pesquisa em São Paulo, na comunidade Quilomba do Carmo, e acompanharam a implantação da Estratégia de Saúde da Família, além de averiguarem dados sóciodemográficos das famílias. O estudo mostrou que, em relação aos tipos familiares, está cada dia mais diversificado, ampliando noções e abordagens para o cuidado delas. Das famílias acompanhadas, 41% delas eram nuclear, 6% nuclear modificada, 12% ampliada, 12% extensa, 08% monoparental mãe, 03% monoparental pai, 5% casal, outros tipos 13%, totalizando 149 famílias. Relacionando estes dados ao que acredito necessitar de um retorno às noções que temos do que significa a família, fica expresso a diversidade que as famílias se mostram no cotidiano, a solidariedade orgânica que entrelaçam as maneiras de viver da família.

Assim, na atual contemporaneidade o que vemos é uma busca ou um retorno como diz Maffesoli (2007 b) à vida. A tentativa de devolver ao seio familiar a liberdade de ser e agir conforme suas crenças, seus valores, seus ideais, compartilhados ou não no sistema familiar, porém respeitando a singularidade do individual e a relação dos subsistemas próprios das famílias.

Nitschke (1999, p. 40), fala da complexidade singular de ser família, e a pós-modernidade nos traz outro tipo de sujeito social. Então, falar em família para a autora neste tempo, é:

Mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica entre outros aspectos. A família tem sido apresentada, representada e reapresentada, sob diferentes noções, definições, conceitos, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda ser vista segundo diferentes linhas teóricas.

Para muitos, esta diversidade que a pós-modernidade proporcionou, de resgatar o afetivo, a emoção, a sensibilidade que produz a liberdade de as famílias se auto-conhecerem e se apresentarem socialmente, é um caos, uma vez que retira a facilidade do controle e opressão da modernidade e aproxima as famílias de viver a sua realidade, fora de modelos dominantes. Na verdade, não há substituições dos tipos familiares da Antiguidade, da Modernidade para a Pós-Modernidade, mas como ressalta Maffesoli (2001), há a

possibilidade de as famílias constituírem suas tribos, definir suas próprias regras, sua ética e sua rede social. O importante efetivamente é a maneira que as famílias têm disponível para serem felizes e saudáveis apesar das adversidades da vida.

Court (2005, p. 17), relata que:

Quando se toma como perspectiva para a análise da família o cumprimento de suas funções sociais em uma sociedade funcionalmente organizada, como a atual, é inevitável ser arrastado, consciente ou inconscientemente, para a ilusão utópica de que a realidade está constituída por indivíduos auto-suficientes que estabelecem suas relações sociais de acordo com a vontade, acreditando estar em condições de definir a sexualidade, a paternidade, a filiação, a consangüinidade, a cultura e todos os aspectos constitutivos da sociabilidade desde si mesmos e com total autonomia.

Primeiramente, a família contemporânea deixou de ser pública e passou para a característica privada, cada vez mais assumindo suas diferenças, seus costumes, se autodenominando família e, principalmente, quem faz parte deste contexto. Esta imagem da “nova” forma de ser família na contemporaneidade tem produzido inúmeras discussões, inclusive no Vaticano, onde segundo Court (2005), até mesmo o Papa João Paulo II se preocupou com o que as famílias realmente significam para todos os seres humanos.

O autor revela que o Papa relacionou a família como uma verdadeira escola da vida, sendo as principais bases de conhecimentos repassados aos filhos, aos membros integrados e reconhecidos por ela como parte de sua existência. Sua missão é de repassar vertentes que possam expor as primeiras noções de vida social, ou seja: noções sobre o bem e o mal, a verdade e a infâmia, o significado de amar e ser amado, e, concretamente, o significado de ser pessoa.

A ética e seus fundamentos são discutidos em família, mas lembrando sempre que cada indivíduo possui seu livre pensar, portanto, suas escolhas fora do núcleo familiar, uma vez que o ambiente passa a influenciá-lo quando inicia seu contato externo à família, fá-lo então, membro da sociedade.

Court (2005), complementa o que o Papa João Paulo II diz, quando reflete que o próprio da família, da vida familiar não tem como objetivo estar acima do bem e do mal, mas proporcionar uma convivência harmoniosa entre pessoas que participam com sua totalidade da vida. Para ele, não se pode buscar um equivalente funcional para a família, comparando-as com outras Instituições sociais, principalmente na distinção entre pessoa e seu papel social. Maffesoli (2007 a) fala sobre esta questão quando aborda a pós-modernidade, não há

modelos, formas, que permitam a igualdade solitária dos seres humanos.

Logo, Court (2005, p. 27), faz um comentário que simboliza a busca frenética de modelos estereotipados para as famílias contemporâneas e analisa que:

As famílias representam para a vida social e pessoal uma experiência única de socialidade humana, não comparável com nenhuma outra forma institucional. Pode-se afirmar, de certo modo, que não se deve mencionar a “família” de modo geral, mas de cada família em particular. Entretanto, se falamos da pessoa e da família genericamente, é para descrever essa experiência humana simultaneamente universal e pessoal, pela qual compreendemos a condição racional do ser humano e sua igual comum vocação para ser pessoa.

Assim, parece que no horizonte do pensamento ecológico (sensível) a família possui como primordial a solidariedade intergeracional, ou *solidariedade orgânica* segundo Maffesoli (2005), que tem como função o cuidado da vida humana, de cada vida que lhe fora confiada dentro de seus preceitos éticos e estéticos de viver: a formação de suas tribos.

CAPÍTULO 3 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM: A BASE SÓLIDA PARA AS INTERAÇÕES COM AS FAMÍLIAS

Para se reconhecer o fazer de uma profissão é necessário que a mesma compreenda seu objeto de trabalho. Na Enfermagem, o cuidado é o que fazemos: nosso objeto, que se materializa a partir da saúde ou qualidade de vida do ser que está envolvido neste processo de troca. A fim de elencar subsídios de compreensão teórico-filosóficos sobre o cuidado na história mundial e no Brasil, trago a seguir uma sucinta descrição dos significados para os principais filósofos desta área, para sustentar o que é parte do corpo de conhecimento da Enfermagem, bem como, facilitar a compreensão de como a Enfermagem esteve alicerçada nestes anos de evolução da profissão.

Este breve recorte da literatura vasta e densa sobre as noções de cuidado na percepção de estudiosos de várias bases filosóficas, tem seu objetivo de desvelar o que a Enfermagem possui hoje como elementos teóricos para o desenvolvimento de sua prática e mais à frente, contribuir com a discussão e análise dos dados elencados com tal pesquisa.

3.1 AS NOÇÕES FILOSÓFICAS DE CUIDADO E SUA INTERFACE COM A ENFERMAGEM

O ser humano, ao longo do seu desenvolvimento, adquiriu formas e expressões de cuidar. Estas aconteceram desde o início da espécie, em seu desenvolvimento humano nas amostras de preocupação com a existência. Iniciou-se com a preocupação com os alimentos, a vestimenta, e também com o afeto, mesmo que de forma rudimentar.

Segundo Collière (1989), cada período do desenvolvimento humano apresenta seus artefatos que se aprimoram e sofisticam-se em ordem utilitária para o cuidado com a vida e até mesmo a estética, com o nascimento das obras de arte revelando estas preocupações. Nas diferentes épocas da história, o cuidado e as práticas de saúde que incluem as práticas de cura, as mulheres eram as principais referências de comportamento de cuidado, isto as diferenciava dos homens por sua prática rudimentar de caça.

A autora relata que o cuidado ganha expressividade entre as mulheres com a

maternidade, a função privativa de gerar alimento, bem como, o modo de expressar o cuidado a partir do afeto, do toque, do olhar solidário. Collière (1989) reafirma que as mulheres foram as pioneiras das ações consideradas atualmente como cuidado no que se refere a medicações. Eram comuns as práticas de uso de chás, garrafadas, rezas, benzeduras sempre acompanhadas de um medicamento, hoje, fitoterápicos.

Com o passar dos anos e o desenvolvimento intelectual do ser humano, suas crenças e o poder da religiosidade foram ganhando forças. Os fenômenos da Lua e do Sol, o Eclipse lunar, eram concebidos como manifestações dos espíritos. Muitos rituais das mulheres foram considerados como atos de bruxaria, e o papel social da mulher como cuidadora oficial fora confiscado. A responsabilidade das mulheres acerca do cuidado se mantinha do nascimento a morte, sendo que as mulheres, segundo Collière (1989), faziam conexão com o mundo de maneira única.

O desenvolvimento do ser humano fora ocorrendo de acordo com as necessidades expressas no cotidiano, ou seja, cada vez mais as habilidades precisavam de aperfeiçoamento e as capacidades, não só físicas e biológicas, mas também, as sociais e emocionais, foram ganhando espaço para a adaptação ao meio ambiente. Os recursos para a realização do cuidado ao ser humano foram exigindo busca de novos meios para a sobrevivência, imprimindo à geração de diferentes culturas e histórias que, mais tarde, foram temas para as pinturas de figuras que descreveram eventos do dia-a-dia, crenças, devoções; o cotidiano. (COLLIÈRE, 1989).

Citam Collière (1989) e Waldow (2006) que a arte como forma de expressão cultural, de comunicação e de expressão de sentimentos, registra a história, a cultura de um povo, as formas e rituais de cuidado. As obras de arte expressam os seres humanos e a preocupação com a sobrevivência e com a própria identidade refletindo assim a essência do ser humano.

Historicamente a vida de Jesus Cristo, ser de cuidado e cuidador resgatou a alma, a sensibilidade do cuidado, e foi com sua história que o cuidado passou a ter a idéia de compaixão, solidariedade, amor incondicional, enfim, o que Boff (1999), retrata em seus estudos, a fonte de um cuidado celestial. Mas esta forma de cuidar foi massacrada pelos próprios humanos ao matarem o protagonista desta idéia, uma vez que o poder do cuidado estava na ordem feminina e este poder não era bem absorvido pelos homens, considerados reis e donos do mundo.

Collière (1989), relata que a civilização grega e romana destaca-se nos campos da

Medicina/Artes/Filosofia e da Literatura, sendo o conhecimento científico expresso pelo nascimento de grandes descobertas da ciência, modelos políticos e teoria sobre o surgimento da terra e seus fenômenos. As cidades foram crescendo, a população aumentando, e as guerras surgindo.

Waldow (2006), refere que no Período Medieval a Igreja tentou impor seus princípios sendo intolerante com aqueles que não os seguissem. Surge a era da heresia, os pecados, as indulgências. A vida na Europa, nesta época, era voltada para a religiosidade, para a comunidade e as famílias. A agricultura era a principal fonte de renda e as mulheres exerciam esta atividade, embora todos tivessem terra não havia abundância, pois os impostos eram austeros. Já, na Idade Moderna, habilidades técnicas foram surgindo, principalmente, na área de Oceanografia e Cartografia, e entre os séculos XIII e XIV nasceram as duas primeiras universidades também o contato com o latim, chegando aos manuscritos de Hipócrates. (WALDOW, 2006).

Ainda no cenário internacional, Waldow (2006), desvela que diante das explosões científicas, surge Florence Nightingale em 1820-1910. Florence era uma mulher forte, de educação européia, dominava diversos conteúdos como a Matemática, Línguas, Filosofia, Ciências e era extremamente religiosa. Surge com a preocupação de cuidar do ser humano, e, para isto, utilizou seus conhecimentos e foi a primeira enfermeira da história da Enfermagem trazendo a institucionalização da profissão com suas contribuições. Embora tenha atuado em uma realidade hoje concebida como ambiente de não-cuidado, a guerra, Florence foi pioneira em retratar o ambiente e suas influências sobre a saúde do ser humano. Com sua escola de Enfermagem, em 1860, ela contribuiu para a socialização do conceito de cuidar.

Na perspectiva filosófica sobre o cuidado, os filósofos já descreviam que cuidar requer dedicação, conhecimento e capacidade como: escuta e observação, habilidades técnicas, desde Platão, na obra Primeiro Alcibiades (sobre a natureza do homem); Eutifron, sobre a piedade, Banquete, sobre o amor; Fédon, sobre a morte e a natureza da alma, que propõe a existência de formas, essências ou idéias que seriam os modelos eternos das coisas sensíveis, transcrito na obra “*Compreender Platão*” de Rouge (2005). Sócrates, descrito por Dorion (2006), enfatiza o humanismo e a arte de viver sendo o cuidado da alma como uma missão de cuidar de si, no qual, cuidar de si, implica a prática contínua da virtude. O cuidado da alma é perfeito com o autoconhecimento; tomar conta da vida; liturgia da amizade; a natureza do amor; o que é ser livre; quando transgredir é salvar-se; o indivíduo e o cidadão; viva a arte de morrer.

Na visão de Kierkegaard (1813-1855), o cuidado reflete a existência humana em sua essência e a relação que as coisas têm entre si. Pensamento este compatível com o que Edgar Morin descreve em suas obras sobre complexidade e Michel Maffesoli sobre o cotidiano. Kierkegaard (1813) descrita por Strathern (1999), defendia que todas as relações se processam neste contexto de integralidade e complexidade que determina o modo de o homem estar no mundo. Para ele, o que importa é estar vivo e o significado disto, o indivíduo e sua existência. Já, para Nietzsche (1844-1900), citado pelo mesmo autor no ano de 1997, refere que a verdade analisada do ponto de vista da vida, da afirmação de todos os instintos, revela uma experiência estética da vida.

Na visão de Schopenhauer (1788-1860), a compaixão é compreendida como virtude, uma categoria de máxima elevação ética e metafísica. A compaixão como moral na esfera da única salvação como vontade de viver, estando definida esta abordagem em sua obra *Metafísica do amor*. (PAUL STRATHERN, 1997).

Emanuel Levinas (1982), colabora para a ciência do cuidado relatando que este é o lugar onde o intencional se faz ético, onde a presença corporal, o homem enquanto rosto é a visitação do outro, é o reconhecimento do outro como outro. O rosto significa infinito, a própria significância ética. Ética da face/rosto, do olhar do outro através das janelas da alma: os olhos são atores do primeiro evento do ser humano e refletem a sensibilidade autêntica para ser infinito e humano.

Para Merleau Ponty (1908-1961), a compreensão da corporeidade é essencial para a percepção como um complemento para a compreensão do ser no mundo. Ele fala de compreensão, sentimentos, percepção. O corpo é o elo do homem com o mundo. Seus principais conceitos estão relacionados à consciência, intencionalidade, percepção, corporeidade, subjetividade. O autor se propõe a explicitar uma forma de reflexão sobre o ser humano a partir do próprio ser humano. (MERLEAU PONTY, 1999).

Já, Michel Foucault (1926-1984), revolucionou o pensamento contemporâneo com a noção de sujeito. Discute as relações de poder, conhecimento, do cuidado de si como ética e estética da existência. O mesmo possui uma frase conhecida no meio acadêmico que diz: “aquele que cuida de si, conhece também quais são os seus deveres e limites nas diferentes relações que estabelece com os outros”. (FOUCAULT, 1987).

Reconhecido como o filósofo do cuidado, Martin Heidegger (1889-1976), compartilha da idéia de mundo da vida, o modo de ser do homem no mundo, o qual discursa sobre a existência do mesmo no universo e suas práticas de cuidar de si e do outro, bem como,

esta interação (BOFF, 1999). O ser humano é visto por ele como cuidado, um ser de cuidado que possui um vir-a-ser, ou seja, a potencialidade de transformação. O cuidar de si e do outro, o relacionar-se com o outro é a estrutura fundamental do ser- aí – no mundo. O cuidado se manifesta a partir da relação com o outro.

Heidegger (1999), mostra que as realidades tão fundamentais como desejar e querer são raízes do cuidado essencial, o cuidado é uma constituição ontológica. Tudo o que o ser humano faz, delimita como forma de viver expressa, e a base de compreensão do ser humano. (BOFF, 1999, p. 90). O filósofo ainda fala de solicitude, desvelo como componentes essenciais do cuidado, assim como o amor.

Milton Mayeroff (1971) em seu livro “*A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo*”, faz uma retrospectiva de aspectos essenciais ao cuidar. Ele retrata as perspectivas do mundo em relação ao cuidado, o cuidado como possibilidade de crescimento do outro e de si mesmo, o cuidado se dá em função de outra pessoa, mas também, por coisas e idéias. Define os componentes do cuidado, citando o conhecimento, a paciência, a sinceridade, a confiança, a humildade, a esperança, a coragem e a reciprocidade. Para Mayeroff (1971, p. 33) “para cuidar, preciso entender as necessidades do outro e devo ser capaz de lhes dar respostas adequadas, e está visto que não bastam boas intenções para garantir isto. Para cuidar, devo conhecer muitas coisas, por exemplo, quem é o outro”.

Nell Nodings (1984), visualiza o cuidado através de relacionamentos que são de base ontológica e ética. Cuidar é engajar em certos comportamentos que incluam dimensões éticas. Os comportamentos de cuidar contêm conteúdo moral. Os elementos essenciais nos relacionamentos de cuidar incluem: receptividade, reciprocidade e conectividade. Enfatiza que estes elementos são mais encontrados na população feminina. O cuidado é discutido sob uma abordagem feminista, privilegiando o aspecto ético e moral, ênfase na Educação. Obra principal da autora que fala sobre o cuidado é: “cuidado: uma abordagem feminina para a ética educação moral.

Boff (1999) em seu livro *Saber Cuidar – Ética do Humano – Compaixão pela Terra* faz reflexões aprofundadas a partir de filósofos como Martin Heidegger, Gandhi e outros estudiosos que fizeram história como Charles Chaplin. Fornece contribuições importantes sobre Teologia -Filosofia – Espiritualidade e Ecologia. Leonardo Boff, discute em suas obras, a noção de cuidado em várias dimensões da vida pessoal e social. Em suas obras *A águia e a galinha – uma metáfora da condição humana* (1998), *Ética e espiritualidade* (2003), *Ethos Mundial* (2000), *A Voz do Arco-íris* (2004) ele apresenta sua preocupação com a existência

humana e sua interação com o ambiente, enquanto seu habitat parte de um todo complexo que precisamos cuidar. Ele compartilha das idéias de Martin Heidegger sobre a solitudine, o desvelo enquanto ações de cuidado. Para Boff (1999), o cuidado é um modo de ser e perpassa toda a existência humana. O amor é essencial para o cuidado.

Outros filósofos fazem parte do cenário de estudos sobre o cuidado, segundo trabalho desenvolvido para uma das disciplinas do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC foi possível reconhecer demais aprofundamentos teóricos sobre a temática, estando dentre eles: Bishop & Scuder (1991; 1996) - contribuição filosófica das mais profundas, pois tenta explicar, interpretar e analisar o cuidar na Enfermagem. O cuidar surge como sendo o sentido moral da prática de Enfermagem, a presença é uma das categorias mais importantes do cuidado. Confirma a humanidade do ser cuidado e cuidador. Enfatizam o conhecimento e a habilidade técnica, bem como, o julgamento clínico.

Na percepção de Griffin (1983), o cuidado é visualizado como estrutura que acompanha o crescimento e desenvolvimento humanos. Novamente, o cuidado é um modo de ser, um estado da existência humana e de alta significância nos relacionamentos com outros seres humanos e com o mundo. Destaca aspectos relativos a sentimentos, maturidade e consciência de si, autoconhecimento. Fala da intuição e sensação no processo de cuidar.

Estes fragmentos, parte da história de estudiosos que atuam na área do cuidado se fez necessário para que haja um despertar na academia e no campo de atuação direta de cuidado a reflexão e atualização sobre as noções do que significa o cuidado para os profissionais da Enfermagem.

3.2 CONTRIBUIÇÕES DE TEÓRICAS DO CUIDADO PARA A ENFERMAGEM

Florence Nightingale (1820-1910) foi um marco para a Enfermagem na metade do século XIX. Florence não abordou claramente os aspectos que compõem a conceituação de cuidado, mas desenvolveu reflexões acerca do meio ambiente, meio ambiente saudável, visando à saúde e o bem-estar do ser humano, ou seja, determinando ações de cuidado para a vida. Relatou crenças sobre o cuidado humano que permanece atual nas discussões teóricas consideradas modernas ou pós-modernas. Como conceitos principais: homem, Enfermagem,

saúde e doença, ambiente e sociedade. Está embasada na filosofia de Hipócrates e Bacon. (LEOPARDI, 2006).

Porém, Madeleine Leininger (1985), traz em sua teoria do cuidado transcultural, o fundamento de um pensar-fazer Enfermagem, a partir do modelo transcultural do sol nascente, a qual engloba a idéia do cuidar/cuidado humano em sua diversidade nas diversas culturas do mundo. É conhecida como a teoria do cuidado transcultural da Enfermagem. A autora contribuiu muito com a definição de construtos de cuidado, apontando a escuta, o amor, a solidariedade, o estar junto entre outros, como elementos necessários para cuidar. (LEOPARDI, 2006).

Jean Watson (2002), também contribuiu com resgates sobre o cuidado. Destaca a ciência e filosofia do cuidado fundamentado em valores humanos. Referencia que o cuidado é visualizado como um ideal moral, ético, humano e envolvente. O cuidado é a bússola moral da consciência, guia do trabalho e razão de ser. A harmonia entre o corpo, a mente e o espírito, determinando os padrões de saúde dos seres humanos. Polemiza, ao discutir o conceito de alma, resgatando a dimensão espiritual da humanidade e evidenciando que as emoções de uma pessoa são as janelas para a alma.

Anne Boykin & Savina Schoffer (1993), está na relação das teorias da Enfermagem que tem o cuidado como premissa básica: um modelo transformador da prática. As teorias partem do pressuposto de que todos humanos têm características e se expressam através de sua condição de cuidar e serem cuidados. O cuidado é um processo, vivido momento a momento, e se revela e se desenvolve continuamente, ou seja, um infinito vir a ser que engloba compromisso com o outro. O foco desta teoria de Enfermagem é o cuidado, a saúde e o bem-estar.

Como teoria conhecida da comunidade acadêmica da UFSC, Alcione Silva (1997) lança a teoria do cuidado transdimensional. Como foco, relativiza o cuidado transdimensional de expressão paradigmática emergente, em uma cosmologia coerente de possibilidades e realidades relacionadas ao cuidado. A autora discursa sobre amor, viver, morrer e renascer. É uma teoria recente, que se encaixa, aproximando-se dos escritos de Boff (1999) nas suas diversas obras e ultrapassa o fazer enquanto modelo pré-determinado e enrijecido.

No Brasil, alguns enfermeiros se ocupam dos estudos sobre o cuidado, vale ressaltar que a maioria dos estudiosos compartilha a idéia de que é preciso atitude, amor, compaixão, seriedade, ciência entre outras condições para que o cuidado se desenvolva na relação entre os seres humanos, coisa, idéias, enfim, ao que nos propomos cuidar. Dentre eles, os estudiosos

que mais se destacam : Waldow (1998 – 2006), Radünz (1999 – 2001), Erdmann (1998 – 2005), Silva (1997), Maia (1991 – 1998), Zagonel (1997 – 1999) entre outros falam em essência do cuidado puro. As demais contribuições sobre o cuidado vêm acompanhadas de áreas específicas como a saúde da família, doença crônica, saúde da criança, enfim, o cuidado nas dimensões do viver. Assim, destaco Souza (1999 – 2005), Nitschke (1999), Elsen (1994), Schmitz (2005), Boehs (2002), Silva (1999 – 2002), Tholl (2002).

Para reforçar a importância das dimensões do cuidado no fazer-pensar da Enfermagem junto das famílias no ambiente Hospitalar, discorro um pouco mais sobre o que Boff (1999), Waldow (2001) e Leininger (1991) e outros, descrevem sobre as noções de cuidado.

Boff (1999), aponta que cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, uma atitude que vai além de um momento de atenção, de zelo, mas sim a representação de uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Desenvolvemos tais atitudes junto às pessoas que amamos ou que nos solicitam afetividade. Assim, cuidar das pessoas que fazem parte do nosso cotidiano de trabalho é essencialmente importante para que haja harmonia e sentimento de pertença. Quantas vezes ouvimos questões que suscitam a reflexão sobre o que é ser humano? Boff (1999, p. 34), considera que:

[...] sem o cuidado, ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. Se, ao largo da vida não fizer um cuidado com tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e destruir o que estiver à sua volta. Por isso, o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana.

Considerando as palavras sensíveis deste autor, compartilho de sua concepção, pois creio que cuidar representa a doação do ser humano para aquilo que melhor ele pode dar de si. Seja no cuidado a seres humanos, animais, ou objetos, enfim, para aqueles com os quais nos comprometemos a cuidar. A doação, não na perspectiva religiosa, representa atualmente uma forma de agir de poucas pessoas, pois raras fazem algo além do seu horário de trabalho, ou do limite que impôs a si mesmo, desta forma, esquecendo-se da magia que significa o ato de cuidar por prazer, por amor, com a razão e com o coração.

Waldow (2001), ao resgatar o cuidado na história do homem na Terra e sua evolução, faz o contraponto, afirmando que o homem evoluiu em suas necessidades, as quais, em consequência, foram-lhe exigidas capacidades e habilidades além do físico. Houve a necessidade de adaptação do ser humano ao meio ambiente, às questões mentais, emocionais

e sociais. Os recursos e os comportamentos de cuidado à sobrevivência assumiram dimensões estéticas, uma vez que imprimimos no dia-a-dia a história, a cultura, a arte, as imagens, as formas e rituais de cuidado.

Sendo assim, o cuidado nada mais é do que a expressão de nossos atos no cotidiano, as ações que desenvolvemos em direção a alguém e estas se expressam de acordo com a sensibilidade, formação, identidade e conhecimento de cada pessoa, interator, cuidador. A expressão do cuidado nas ações quotidianas possui a influência direta da cultura dos povos. Muitos são os rituais de cuidado peculiares de cada população e isto se configura na principal preocupação acerca do cuidado às famílias. Como trabalharmos estas diversidades no cotidiano da Enfermagem Hospitalar? Quais os métodos que utilizamos para abordá-las? Será que há reflexões no cotidiano sobre tal questão?

Leininger (1991), ao estudar algumas culturas com pessoas residentes na América do Norte, selecionou três para comparar com a cultura predominante no Brasil. Na cultura Américo - japonesa, os significados de cuidar se mostraram através do: respeito pela família, preocupação e necessidade de proteção e cuidado com os amigos, controle das emoções, resistência à dor e ao estresse, tranqüilidade e passividade, cuidados com outros para obter afetividade. Podemos compreender que, apesar das diferenças culturais, a preocupação de cuidar esteve representada pela busca da afetividade.

Já, na América - germânica, preponderou a obediência, as regras, as normas. Na cultura italiana, o bem-estar da família, a integridade familiar, o carinho através do toque, o compartilhamento de refeições, são outras expressões de cuidado. A autora relata que não pôde, comprovadamente, definir as ações de cuidado das culturas, pois necessitaria de acompanhamento mais apurado e transcrições dos mais antigos, porém ficou evidente que o cuidado está presente nas pequenas coisas do cotidiano, ou seja, a expressão do cuidado está relacionada diretamente à cultura das pessoas.

Quanto à natureza do cuidado, Boff (1999, p. 89), faz uma analogia fenomenológica que conceitua como sendo a maneira pela qual qualquer realidade, no caso, o cuidado, torna-se um fenômeno para a nossa consciência, se mostra em nossa experiência e molda nossa prática. Assim, não se trata de pensar e falar sobre o cuidado, mas de pensar e falar a partir do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. O autor afirma que:

[...] não temos cuidado, somos cuidado. Isto significa que o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser-singular do homem e da mulher. Sem cuidado, deixamos de ser humanos.

Heidegger mostra em seu livro *Ser e Tempo* (1999) que realidades tão fundamentais como o querer e o desejar se encontram enraizadas no cuidado essencial. Tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz, deixará frutos de seu envolvimento. Ou seja, o cuidado está presente em todos os nossos atos, é o fundamento para a interpretação do humano. Desta forma, estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. Acrescento que, para cuidar do outro, é preciso cuidar de si também e em várias dimensões do cuidar, dentre estas as das Instituições de saúde. Nesta, há uma carga emocional excessiva que nos exige o cuidado consigo mesmo, além de buscar estar consoante com as necessidades de cuidar das pessoas que ficam junto de nós diariamente.

A atitude de cuidado pode provocar outros sentimentos como nos aponta Boff (1999), a inquietação, a preocupação e a responsabilidade se tornam presentes e isso configura o real sentido da existência do cuidado. Quando não há preocupação, ou responsabilidade do ato de cuidar, corre-se o risco de conviver com a indiferença e esta é a sentença de morte do amor e do cuidado. Esta inquietude é que precisa estar viva na Enfermagem a fim de nos mover para buscar o cuidado com o foco nas famílias, e não deixar logo vir à indiferença e assim o anonimato de quem e como cuidamos.

Em síntese, o cuidado foi visto na história como feminino, e isso provocou empecilhos na objetividade das ações humanas. Tudo que estava envolvido com a sensibilidade ou lembrava o feminino, não era condição para o trabalho. Uma vez que as relações de trabalho “*precisam*” ser objetivas e diretas. Mas, Boff (1999) provoca uma reflexão sobre o modo-de-ser-cuidado em trabalho, e analisa a eficácia das máquinas, como o computador, sendo que a relação é entre razão-trabalho.

Porém, há algo encontrado nos seres humanos que não se encontra nas máquinas, ou seja, o sentimento, a capacidade de envolver-se, emocionar-se, de afetar e sentir-se afetado. Um computador não tem coração, alma, emoção. “... só nós, os humanos, podemos nos sentar à mesa com um amigo frustrado, colocar-lhe a mão no ombro, tomar com ele um copo de cerveja e trazer-lhe consolação e esperança”. (BOFF, 1999, p. 99). Para tanto, surge à necessidade de ampliarmos este conhecimento no âmbito da Enfermagem e propor reflexões sobre o cotidiano de cuidado que temos na prática. Compreendendo e conhecendo a realidade de cuidado da equipe de Enfermagem e alinhando possíveis caminhos para cuidar de famílias na integralidade do seu viver, assim estaremos alçando vôos e dando voz para que as famílias nos conduzam pelas estradas do cuidado.

3.3 A ENFERMAGEM E AS FAMÍLIAS: O ELO INDISPENSÁVEL PARA O CUIDADO

Segundo Wright e Leahey (2002), nos últimos 15 anos foram desvelados avanços e transformações na Enfermagem da Família, as quais merecem comemoração, mas também é preciso focar esforços em áreas onde é necessário “pôr as mãos a obra”. As autoras pontuam que apesar das inúmeras construções e avanços na área da família é inegável que há muitos caminhos a percorrer em todos os países para que, futuramente, tenhamos uma linguagem universal quanto à importância de cuidar da família como unidade de cuidado e a ser cuidada para a manutenção de sociedades saudáveis.

Em uma retrospectiva sobre o progresso da Enfermagem da Família, as autoras sinalizam que dois grandes eventos auxiliaram na consolidação desta área da Enfermagem no mundo, o Journal of Family Nursing (1995) e o IV Internacional Family Nursing Conference que ocorreu no Chile em 1997. Estas mudanças e progressos no âmbito das famílias também foram influenciados pelas mudanças sociais. Historicamente, no Canadá, houve uma reestruturação dos cuidados de saúde, o desenvolvimento da administração da saúde nos EUA também levou ao movimento em prol da redução do tempo de Hospitalização, o que ampliou a prática da Enfermagem com famílias nestes países.

Tal mudança no cenário da saúde americana gerou maior responsabilidade às famílias no cuidado de seus membros enfermos. O perfil destas famílias também foi e está se modificando, há uma tendência de as famílias se apresentarem com um número maior de idosos, diversidade nas configurações familiares relacionado à sua formação com casais homossexuais, famílias recombinadas, patriarcal, matriarcal, pais solteiros, filhos adotivos, enfim, transformações que exige continuamente que a Enfermagem reconheça a complexidade de nosso sistema de cuidados em saúde da família.

Wright e Leahey (2002), ressaltam que a globalização acena para melhores possibilidades de cuidado na saúde mundial às famílias, mas também, pode ser veículo de transmissão de novos tipos de doenças. Em meio a todas estas mudanças na demografia, na tecnologia, prestação de cuidados de saúde e a diversidade que se mostra no mundo, a visão e noções conceituais dos profissionais e das famílias seguem o mesmo caminho, não ficando imunes às profundas alterações em detrimento do modernismo ao pós-modernismo e do secularismo ao espiritualismo. Portanto, a Enfermagem e as famílias, e toda rede complexa do sistema de cuidado passa a influenciar e ser influenciada, buscando transformações e

transformando os caminhos na história humana para ser saudável.

Com o desenvolvimento do Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) em 1984, Wright e Leahey (2002) ,relatam que precisaram ampliar suas visões e acompanhar o chamado da pós-modernidade, uma vez que a diversidade, a existência de múltiplas realidades “no mundo” e “do mundo”, pelas quais cada membro da família e a enfermeira vêem através de suas interações, imprimiu a necessidade de reeditar a obra “Enfermeiras e Famílias”, que está na terceira edição, fortalecendo a importância de construções teóricas e aplicações práticas para a Enfermagem utilizar no cuidado de famílias em todos os cenários da saúde.

O MCAF é um instrumento valioso para a avaliação da família, ele possibilita identificar, reconhecer e admitir a importância evolutiva de certas dimensões da vida familiar que influenciam na saúde e na doença, além das crenças e dinâmicas familiares. Na relação com as famílias, a Enfermagem precisa adotar uma postura de igualdade, respeito e inclinar-se à interação colaborativa, consultiva sem a conotação hierárquica que leva, por vezes, a ruptura da relação em função das idéias de poder e institucionalização. (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

Sobre a interação da Enfermagem com as famílias, alguns estudos apontam as vulnerabilidades familiares como um determinante importante a ser considerado pela Enfermagem. No estudo realizado por Pinto, Ribeiro e Silva (2005) com famílias de crianças Hospitalizadas, as autoras perceberam que, para manter o equilíbrio, e atender as demandas de cuidado do grupo familiar e da criança, a família passa por diversas situações estressantes em que a Enfermagem pode ser um eixo de suporte para que esta possa viver a experiência da Hospitalização e se manter saudável.

As autoras identificaram que as famílias, quando chegam ao Hospital para internar seu filho, percebem que se encontra na situação de perda de controle sobre o seu funcionamento e que há a necessidade de buscar um novo ritmo de funcionamento diante do inesperado. Estes dois aspectos encontrados no estudo contribuíram para a construção de um modelo teórico que facilita para a Enfermagem avaliar os movimentos que as famílias fazem para manter a capacidade de gerenciar novas demandas de cuidado para todos os membros familiares, considerando as demandas já existentes em seu cotidiano domiciliar, e o que surgiu de novo diante da Hospitalização da criança.

Pinto, Ribeiro e Silva (2005), chegaram à conclusão que as famílias transitam entre estes dois pólos vivenciando a desestruturação do cotidiano familiar que a leva ao contato com o inesperado e a faz sentir-se perdendo o controle de seu funcionamento, o que a leva a reorganizar sua dinâmica familiar para buscar um novo ritmo de funcionamento. Para tal, as

famílias acionam sua rede de apoio, reformulam suas relações e estas podem se tornar potências para a família ou vulnerabilidades que dificultem sua reestruturação. Logo, é na relação de confiança com a Enfermagem que as famílias podem encontrar forças para sua reestruturação, mas quando não encontra este apoio, atribui ao fato da Hospitalização como uma experiência ameaçadora e negativa. As autoras analisaram que:

Embora aceitem a Hospitalização, a família percebe o Hospital como um lugar estranho. O novo ambiente provoca sofrimento físico e emocional, fazendo com que a família se sinta cansada, pouco a vontade para cuidar da criança e ignorada em suas necessidades, sendo difícil conviver com a Hospitalização. As dúvidas a respeito da situação, cujas respostas e soluções não dependem só da família, giram em torno da saúde da criança, da situação familiar e da eficácia do tratamento e originam a sensação de impotência na família que se percebe à mercê da decisão de outras pessoas. (PINTO, RIBEIRO e SILVA, p. 6, 2005).

Ainda sobre este estudo, as autoras revelam que os fatos vivenciados pela família durante o processo de Hospitalização de um de seus membros, levam a significados sobre o fato de estar doente, estar Hospitalizado, e estes provocam nas famílias sentimentos de origem real ou imaginária, que se manifestam geralmente por meio de sentimentos, ações e pensamentos que podem prejudicar o enfrentamento da situação, principalmente, quando não há esclarecimentos por parte da Enfermagem e demais profissionais da equipe de saúde. Dentre as manifestações das famílias é mais comum encontrarmos expressões, tais como: choro incessante e silêncio, nervosismo, andar constantemente pelos corredores do Hospital, recusa alimentar, desconfiança, medo entre outros. (PINTO, RIBEIRO e SILVA, 2005).

Ângelo e Pettengill (2005), desenvolveram uma pesquisa com aspectos comuns ao estudo mencionado acima, as autoras partiram com a intenção de desenvolver o conceito de vulnerabilidade da família e perceberam que após terem realizado um levantamento na literatura sobre a temática, os pontos-chaves do conceito de vulnerabilidade das famílias as permitiu criar um modelo teórico representativo da compreensão da experiência de vulnerabilidade na família, na interação com a doença e Hospitalização de um filho. Chegaram a uma categoria de análise denominada “sentindo-se ameaçada em sua autonomia”, ou seja, a família percebe-se exposta a danos (a Hospitalização), sentindo-se ameaçada no âmbito real ou imaginário, convivendo com incertezas, sentindo-se impotente frente ao inevitável. As autoras relatam que:

Os problemas, demandas e as interações dentro da unidade familiar vão se manifestando, conforme vai vivenciando a experiência da Hospitalização do

filho. A ruptura da unidade familiar provocada pela doença e Hospitalização leva ao desequilíbrio na capacidade de funcionamento da família, gerando conflitos, distanciamento e alteração na vida familiar. Somam-se, a isso, conflitos que se estabelecem na interação com a equipe, caracterizados pela falta de diálogo entre a família e equipe, e pela percepção da família de que está sendo afastada de seu papel, assim como desrespeitada. Todos esses são os elementos que intensificam a vulnerabilidade da família. (ÂNGELO e PETTENGILL, 2005, p. 986).

Neste mesmo raciocínio, Waldow e Borges (2008), apresentam considerações teóricas sobre o processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. As autoras corroboram com os demais estudos, ao afirmar que, no contexto da organização Hospitalar, o ser de cuidado está vulnerável e, portanto, a Enfermagem precisa estar sensibilizada e habilitada para desenvolver o processo de cuidar, de modo a minimizar as vulnerabilidades dos seres que cuida, a fim de reconhecer e respeitar a dignidade humana.

Para Waldow e Borges (2008), o processo de cuidar abrange, além de procedimentos e atividades técnicas, ações e comportamentos que privilegiam ao ser de cuidado, seja este o indivíduo, ou a família, não estar só, *mas ser com*. As mesmas complementam, lembrando o que Leininger já descreveu como construtos de cuidado de Enfermagem, em que as ações de cuidado estão atreladas a gestos do tipo: carinho, consideração, gentileza, respeito, escuta atenta e afetuosa, solidariedade, compaixão, interesse real pela situação expressa pelo ser de cuidado. Maffesoli (2005, 49), fala que: “o vitalismo transpira por todos os poros da pele social, não podemos reduzi-lo à unidade da razão”. Na verdade, quando se interpreta o processo de cuidado na perspectiva da razão sensível, torna-se impossível não ocorrer tais ações de cuidado, como as descritas por Waldow (2008) e Leininger (1991).

Waldow e Borges (2008), ampliam a discussão sobre o processo de cuidado na pós-modernidade e informam que atualmente há uma emergência em se ampliar as fronteiras do cuidado, sua dimensão precisa ser integralizadora e abrangente, considerando a natureza complexa filosófica e antropológica. Nesta dimensão ampliada e aberta, as características dos seres de cuidado, no caso deste estudo, as famílias, encontram-se diante da expressão do cuidado ético que, por si só, é manifesto quando há responsabilidade e compromisso entre quem cuida e é cuidado, em uma relação dialógica e interacional. Para refletir sobre a vulnerabilidade, é necessário identificar qual dimensão desta deseja-se falar, pois todos os seres humanos são vulneráveis, segundo Waldow e Borges (2008, p. 3):

Todo ser humano é vulnerável, em todas as suas dimensões, ou seja, é

vulnerável fisicamente porque está sujeito a adoecer, a sofrer dor e incapacidade e, por tudo isso, necessita cuidado; é vulnerável psicologicamente, porque sua mente é frágil, necessita de atenção e cuidado; é vulnerável socialmente, pois, como agente social, é suscetível a tensões e injustiças sociais; é vulnerável espiritualmente, significando que sua interioridade pode ser objeto de instrumentalizações sectárias. Na verdade, a estrutura pluridimensional do ser, seu mundo relacional, sua vida, seu trabalho, suas ações, seus pensamentos, os sentimentos e até suas fantasias são vulneráveis. Dessa forma, pode-se dizer que o ser humano é mais vulnerável do que muitos seres vivos, no entanto, ele tem maior capacidade para se proteger.

Assim, dentro das Instituições Hospitalares o que mais encontramos é a vulnerabilidade expressa pela patologia que levou à família para os limites das paredes do Hospital, desta forma, estes se tornam incapazes de manter sua cotidianidade. Nesses períodos, de Hospitalização, a família consegue perceber sua própria vulnerabilidade, quando não consegue realizar ações para responder as demandas de cuidado de seu núcleo. Ao se confrontar com estas vulnerabilidades, se perceber dependente de terceiros, desconhecidos, por vezes sem compreender suas angústias e desajustes, desenvolve algumas alternativas de proteção, que, conforme cita Maffesoli (2005, p.49), “as máscaras que, alternadamente, cada protagonista reveste pode ser interpretada como uma técnica que serve para escapar àquilo que imobiliza”. As vulnerabilidades familiares que surgem no processo da Hospitalização são formas de a família se proteger, sendo também oportunidades de aprendizado.

Waldow e Borges (2008), relatam que o processo de cuidar ocorre dentro de uma cultura organizacional Hospitalar e apresenta componentes variados, de acordo com as características organizacionais, das famílias, das equipes de Enfermagem. Dentre estes componentes, destacam-se: o meio ambiente, que inclui o meio ambiente físico, o meio ambiente administrativo, o meio ambiente social e o meio ambiente tecnológico. Os ambientes mencionados compõem o cenário da Enfermagem que, em sua função, é responsável pelas ações de cuidar, além das ações de educação, de organização, de planejamento e avaliação, as quais englobam interações humanas de diferentes culturas, saberes e sentimentos. O denominado “quotidiano de cuidado da Enfermagem” dentro da linguagem Maffesoliana.

No encontro entre a família e a Enfermagem é que nasce a percepção da importância dos laços de confiança, respeito, carinho, admiração, competência e ciência de que o processo de cuidar, com o foco voltado para a família, transcende as amarras comuns às regras rígidas

das Instituições Hospitalares, e para que se processe realmente um cuidado compatível com as habilidades e potências de todos os envolvidos, Enfermagem e Famílias, é preciso ir além do que se vê hoje. Infelizmente, os cuidados de Enfermagem descritos nos inúmeros estudos originados das Instituições Hospitalares exibem o modelo biomédico imperando, o individualismo assistencialista imediato sem preocupações com o futuro destes seres de cuidado.

Gironi e Hames (2007), movidas por inquietações nascidas de suas práticas em Instituições Hospitalares nos comprovam que o cuidado de Enfermagem nas Instituições Hospitalares, com o avanço da racionalidade distanciou-se da característica humanitária, original da história da Enfermagem. As mesmas, buscaram refletir sobre o cuidar institucional da Enfermagem na lógica da pós-modernidade e identificaram que o mesmo tem sido despersonalizado, rotineiro, enfático, principalmente, em seu caráter funcionalista.

Embora este modelo persista, Maffesoli (1984), referencia que existe uma energia irreprimível que faz este espaço de cuidado alternar entre a integralidade fracionada, que por vezes, se dilui no dia-a-dia e, outra se fortalece na manifestação das resistências contrárias, quando as famílias dizem, de modo particular, a que vieram, e isto é o que nos impulsiona na busca de novas maneiras de expressar este cotidiano. Na verdade, os hospitais são ambientes, espaços sociais de convivência, seja harmoniosa ou não, mas um imenso laboratório de aprendizado e possibilidades de mudanças quando se deseja ampliar e incorporar noções teóricas como razão sensível, socialidade, solidariedade orgânica (aquela que nos leva a interagir com o outro em direção a nós), ao olhar para a subjetividade sem que esta seja considerada “não científica”.

Gaiva (2006), ao discorrer sobre o cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca do cuidado ético e humanizado, aponta que as tecnologias que auxiliam no cuidado e manutenção da vida de neonatos, talvez tenha sido um dos maiores adventos para a Enfermagem desta área desde os anos 60. Mas, segundo a autora, a tecnologia, com sua característica fundamental científica, afastou da prática da Enfermagem e demais profissões da saúde, as principais essências do que é cuidar. Em detrimento das inúmeras tecnologias, a presença da família nas unidades neonatais fora reduzida. A autonomia das mesmas é violada constantemente, pois na maioria das ocasiões, seja por falta de informações, ou falta de oportunidades, as famílias não participam de decisões, cabendo a estas se tornarem meros expectadores do cuidado que a equipe de saúde define como indispensável ao neonato. Este aspecto ético, uma das dimensões do cuidado de Enfermagem em seu cotidiano, está bem

discutido neste artigo, quando Gaiva (2006), afirma que os esforços estão iniciando na compreensão de que as famílias têm o direito de serem informadas sobre seus filhos, participarem das decisões pertinentes, enfim, respeitar a autonomia, trazer para o cotidiano de cuidado da Enfermagem e demais membros da equipe, a preocupação com a subjetividade do viver e ser família, indiferente do cenário que esteja.

Neste mesmo contexto, Gaiva (2006), reporta-nos a uma idéia muito importante e que é a minha maior preocupação ao discursar sobre o cuidado de Enfermagem: a família enquanto foco, e não contexto de cuidado, pois quando o cuidar atinge o grau de intencionalidade, muitos acreditam estar realizando um cuidado efetivo ético, estético e focado na unidade familiar, mas, ao contrário, como relata a autora, esta intencionalidade torna o cuidado vazio e sem sentido, perdendo a razão de ser, do ponto de vista da subjetividade.

Para tal, que o cuidado seja realmente digno das dimensões que o compõe, os profissionais precisam exercitar habilidades técnicas, com certeza, mas também, entrelaçar habilidades sensíveis para a relação interacional, dialógica, permitindo as famílias serem cuidadas e que as mesmas se sintam atendidas em suas necessidades, não como um objeto coisificado que recebe orientações como ordens a serem cumpridas tais como: retirar leite para o bebê de 2 em 2 horas, ficar no alojamento conjunto e cuidar “muito” para não trazer infecção para a criança, sob formas de ameaça as quais inibe qualquer movimento de aproximação familiar com a equipe.

Waldow e Borges (2008), relatam que, ao identificar o que está acontecendo e as necessidades das famílias ou do indivíduo, é esperado que a Enfermagem utilize os meios disponíveis para que o cuidado se realize o mais pronto e adequadamente possível. As ações de cuidado precisam ser acompanhadas por instrumentos que possibilitem o cuidado, como a interação, ou seja, conversando, ouvindo, tocando, expressando interesse, disponibilidade, aceitação.

A postura, expressão facial e corporal, toques e olhar são indicadores desses itens, e as famílias podem perceber quando esses comportamentos são genuínos ou não, logo, a relação de confiança e o sentimento de pertencimento que o processo de cuidado sensível pode promover entre os envolvidos serão delineados a partir destes comportamentos da equipe, não basta ter intencionalidade de fazer, mas deixar expressar a realidade do que está na subjetividade, tão significativo quanto os procedimentos invasivos e terapêuticos estabelecidos. O cuidado sensível é a junção da razão e da sensibilidade, quando

conseguirmos chegar neste nível de cuidado na Enfermagem, estará próximo do ser humano não esquecendo que a complexidade do viver é atemporal.

Retomando o conhecimento desenvolvido por Wright e Leahey (2002), a Enfermagem possui como seu compromisso e obrigação, inserir a família nos cuidados de saúde. As autoras explicitam que a Enfermagem precisa considerar o cuidado centrado na família como parte integrante de sua prática, e embora tenham surgido inúmeras formas de expressar esta consciência, nascendo termos do tipo, “cuidado centrado na família”, “cuidado focalizado na família”, “Enfermagem de cuidados da saúde familiar”, “Enfermagem dos sistemas familiares” e outros de diversas autorias de profissionais americanos principalmente, todos serviram para despertar a consciência e a caracterização que a Enfermagem estava negligenciando, omitindo e minimizando a prática do cuidado de famílias. As teorias e pesquisas que estão sendo desenvolvidas na área da saúde com a preocupação de cuidar das famílias, geram a necessidade crescente de a Enfermagem, aos poucos, ir modificando sua prática e seu discurso. Wright e Leahey (2002, p.13) relatam que:

Esta crença induzirá as enfermeiras a pensar interativamente nas famílias. O enfoque dominante da avaliação da Enfermagem e intervenção na família deve ser a reciprocidade entre saúde, doença, família, e entre paciente, família e a Enfermagem. É mais útil e esclarecedor para a Enfermagem avaliar o impacto da doença sobre a família e a influência da interação familiar sobre a “causa”, “curso” e “cura” da doença. Saúde, doença, famílias e Enfermagem têm sido temas estudados por várias disciplinas como elementos separados. Entretanto, em geral, é a reciprocidade ou a relação entre os elementos que são novos ou surpreendentes às enfermeiras.

Para as autoras, e eu concordo, pois foi objetivo maior deste estudo, é que quando se estabelece um olhar da Enfermagem para as relações entre os membros familiares e suas potencialidades de viver as situações que a vida proporciona, o cuidado de Enfermagem tem um sentido amplo e complexo, não como elementos separados que deixam dúvidas, ou que não correspondem as necessidades de cuidado das famílias. Historicamente, segundo Wright e Leahey (2002, p.14), desvelam que uma parte significativa da evolução da Enfermagem, sua origem, é que a família sempre participou de suas ações, porém, sem esta denominação.

Como a Enfermagem se originou nas casas dos pacientes, naturalmente os demais membros familiares eram inseridos no processo de cuidado, assim, o cuidado era centrado na família. Com a transferência da prática da Enfermagem das casas para o Hospital, durante a Segunda Guerra Mundial, as famílias foram excluídas não apenas do cuidado a membros

doentes, mas também, de eventos familiares importantes, como o nascimento e a morte. Hoje, a Enfermagem atinge um círculo completo, iniciou com o cuidado centrado na família dentro do seu domicílio, passou a atuar dentro dos hospitais, excluindo as famílias desta vivência e agora pretende, com ênfase, convidar as famílias a “voltarem” a participar do cuidado de saúde e a ser cuidada.

Friedman (1997), relembra que apesar de haver uma crescente contribuição nos textos de Enfermagem da família, ainda persiste uma lacuna importante que necessita de constante reflexão, há um abismo entre a expressão de um ideal e a prática prevalente. As famílias ficam no idealismo de serem cuidadas, enquanto que, nas Instituições, o que vemos, são cuidados voltados para o indivíduo.

Wright e Leahey (2002), sugerem que esse abismo está presente na Enfermagem devido à concepção de seus profissionais, que permanecem na idéia de separações, que o processo de saúde e doença é do indivíduo, sendo difícil a concepção de interação, pois, conforme as autoras trazem, a interação é que motiva o cuidado da família com foco. E para que este pensamento, estas concepções possam ser elaboradas pela Enfermagem, o conhecimento e o apoio de instrumentos de avaliação das famílias podem contribuir para esta transformação do ideal para o real no cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias no ambiente Hospitalar.

Ratti, Pereira e Centa (2004), contribuem com as pesquisas em saúde da família, com um estudo sobre a relevância da cultura no cuidado às famílias. As autoras evidenciam que é necessário considerar que existe diferença entre cuidar de um indivíduo e cuidar da família como foco de atenção da Enfermagem. Pois, para cuidar da família, é necessário conhecer como esta se cuida, quais são seus rituais de cuidado, suas práticas de saúde, como socorrem seus doentes.

Desse modo, ao identificar as necessidades das famílias, suas potências e suas dificuldades pode ampliar a capacidade da Enfermagem, trazer a família para o seu cotidiano de cuidado, principalmente, o Hospitalar, que na atualidade, ainda demonstra resistências ao cuidado das famílias como foco. Obviamente que a maneira de cuidar, o processo de Enfermagem, os métodos de cuidado passam a exigir reformulações e nesta ótica, a família não pode mais ser vista como aquela que cumpre determinações profissionais e possui seu conhecimento empírico desconsiderado.

A interação é o meio de unir Enfermagem e Famílias no processo de cuidado nas Instituições Hospitalares, uma vez que, a rede de relações em que a família está inserida

aliada às interações estabelecidas com a Enfermagem e demais profissionais da saúde, fundem-se em um só contexto, tornando a família, o centro de cuidado da Enfermagem, sem que isto possa negligenciar o indivíduo que está doente e Hospitalizado.

A família que está apoiada e sentindo-se cuidada e valorizada pela Enfermagem torna-se uma forte aliada na recuperação do membro familiar Hospitalizado e também se mostra no caso de ela ser o fator motivador da doença em seus membros. Assim, a Enfermagem quando se disponibiliza a conhecer mais as famílias e inseri-las no seu planejamento de cuidado, possui, em suas mãos, a possibilidade de realmente cuidar das famílias, sabendo que ao término da Hospitalização, todo o complexo familiar retornará ao lar com forças e potencialidades para enfrentar novos desafios do processo de viver.

Queiroz (2004) reflete que a família é considerada nos cuidados de Enfermagem desde sempre, ou seja, não há como cuidar de alguém sem inserir a família neste processo, porém, dependendo do modelo de cuidado que a Enfermagem utiliza, ora direcionam o cuidado ao indivíduo no contexto da família, ora a família com o indivíduo como contexto, mas a tendência emergente é o caminho para que se consiga cuidar da família como um sistema, ou seja, a família é a unidade do cuidado.

3.4 A ENFERMAGEM E AS FAMÍLIAS: O CUIDADO NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

O Hospital tem como característica popular um lugar onde pessoas doentes ficam para que ocorra a cura ou para morrer. Não é difícil ouvir a expressão de que o Hospital é um lugar hostil, tem cheiro de doença, cheiro de remédios, e que para chegar até o Hospital somente quando a doença estiver muito acentuada e gerando impossibilidades de cuidado no seio familiar.

Estas idéias são noções criadas pela história dos hospitais, que, em eras antigas, escondiam da sociedade, doentes com aspecto ruim para os olhos, como os hospitais para hansenianos, os psiquiátricos, enfim, retiravam da sociedade o que era concebido “sem valor” para a indústria, para o fortalecimento de uma cidade. Eram pessoas sem capacidade para gerar capital.

Gironi e Hames (2007), relatam que, o espaço institucional em saúde, abraça as dimensões do imaginário social, com todas as imagens que possam ser geradas em relação às

experiências que as pessoas incorporam e viveram em suas vidas. Este espaço, principalmente o Hospitalar, tem muito das categorias que Maffesoli (2007) fala sobre a dinâmica do cotidiano, ou seja, é um espaço recheado de máscaras que protegem, assustam, aproximam e distanciam, além da duplicidade das formas de se olhar para o vivido, a banalidade do que está posta e emergente no cotidiano, solicitando atenção, dos jogos entre o instituído e o que precisa ser livre, amenizado, afetual.

Gironi e Hames (2007, p.4), ressaltam o que Maffesoli ressignifica quando discute sobre a transfiguração do político (1997):

É entendido que a Instituição de saúde perfeita não existirá. Porém, a transparência do jogo da diferença e o enriquecimento que isto engloba, trazem embutida a possibilidade de os fantasmas unificadores e totalitários do poder transcender e revitalizar seus elementos, fazendo-os repensar seu espaço e seu tempo, desafiando a ambos (profissionais e clientes) para uma nova relação. Exige que os profissionais se arrisquem, deixando a condição confortável de energizar o cotidiano institucional de forma autoritária e resoluta para, então, apreendê-lo caótico, diferente e, portanto, assustador. Exige do ser cuidado o exercício da autonomia sobre seu corpo e sua vida. A grande questão, talvez seja perceber se ambos estão dispostos a entrar neste jogo ou se preferem ficar acomodados nas situações de dominador e/ou de dominados. Na concretude deste cotidiano, o desejo de cada um destes sujeitos são peças fundamentais. Porém, na incompletude da relação profissional-cliente no espaço institucional do cuidar, a troca se faz desigual, sem que se atribua qualquer conotação moral a esta dissimetria.

É no Hospital que se processam as mais variadas interações entre os seres de cuidado e os que cuidam, nem sempre positivas, e também nem sempre negativas. Este jogo é importante para o crescimento e a motivação das transformações que o cotidiano impulsiona quando é permeado por pessoas. As famílias quando estão dentro dos limites engessados das paredes do Hospital, geralmente vivem crises em sua estrutura, mesmo que seja o nascimento de uma criança. Por se encontrarem vulneráveis, pode não haver uma relação autêntica, de igualdade e respeito, o que propicia o distanciamento e a revelação dos jogos de poder intrínseco ao ambiente Hospitalar. (ANGELO e PETTENGILL, 2005). Para que as famílias sejam cuidadas como foco da Enfermagem Hospitalar, estas discrepâncias históricas se tornam uma espécie de alavanca que projeta a emergência de se rever o que estamos fazendo no cotidiano de cuidado para o qual a Enfermagem foi formada.

3.5 ALGUNS ESTUDOS DESENVOLVIDOS NA ÁREA DE ENFERMAGEM: AS FAMÍLIAS COMO FOCO OU CONTEXTO DE CUIDADO

Na Enfermagem, diversos estudiosos têm se aventurado ao conhecimento da saúde das famílias, a fim de contribuir para uma prática voltada às famílias tendo-as como foco de cuidado, dentro de uma perspectiva sistêmica. No Brasil, nomes como Elsen (1984); Rezende (1995); Schmitz (2002); Souza (1999-2005); Ângelo (2005); Marcon (1989); Althoff (2001); Denardin (1994); Schwartz (2002); Centa (1998); Monticelli (1997-2002); Henckemaier (1999); Cartana (1988); Penha (1997); Nitschke (1991-1999); Patrício (1990); Motta (1997), Ghiorzi (2004); Cabral (2000); Alonso (2003); Silva (1999-2002) entre outros, estiveram comprometidos em conhecer, diagnosticar, mergulhar no mundo das famílias.

Estas autoras doaram parte de suas vidas profissionais ao desvelamento das condições das famílias neste mundo pós-moderno. Elucidaram como as famílias se mostram em diversos quotidianos, seja no domicílio, na favela, na intimidade familiar, nas comunidades costeiras, com adolescentes grávidas, as crianças com doença crônica e suas famílias, o viver com câncer, o mundo imaginal de ser família saudável, a família no mundo do Hospital, as dificuldades de cuidar da família, o nascimento, a família rural, a família infértil, dentre outras abordagens.

Foram estudos que geraram cada vez maiores inquietudes nas próprias pesquisadoras e nos leitores que foram se apaixonando com a imensidão complexa que é o estudo das famílias. Não se pode ter a pretensão de abraçar todas as nuances as quais as famílias estão ligadas, suas vivências se modificam a cada dia, por meio das interações que estabelecem e no ambiente em que se encontram. Além de que, o tempo, este atemporal, mas repleto de releituras e conjunções entre o antigo, o moderno, e a união de ambos, o que Maffesoli (2004) chama de pós-modernidade, creio, é a tônica para continuarmos em busca de aproximação com estas famílias que compartilham de nosso cotidiano profissional.

Vale ressaltar que estes estudos ainda permeiam mais o campo da família como contexto de cuidado, e poucos foram os que avançaram no sentido de trazer para a prática do cuidado de Enfermagem, instrumentos que permitam que as famílias sejam o foco do cuidado, e não apenas o contexto, ou ainda, protagonistas de um cuidado individualizado.

Em uma busca na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), encontrei 3.863 trabalhos com os descritores família, Enfermagem, cuidado, Hospital. Destes, somente 57

estudos apresentavam aproximações com a família sob o prisma de foco de cuidado. Mas a sustentação de todos os artigos, estava justamente no contexto familiar, quando abordavam o cuidador do membro familiar. Dentre esses estudos, alguns se destacam por avançar na avaliação da família como foco de cuidado. São eles: Família de Rua “um toque de recolher”, estudo realizado no Rio de Janeiro, por Gonçalves (1999), Enfermagem de Família: um enfoque em oncologia, realizado também no Rio de Janeiro, por Hayashi, Chico e Ferreira (2006), Enfermagem Domiciliar: o desafio para um cuidado congruente apoiado na razão sensível, artigo que nasceu da dissertação de mestrado de B, Erdtmann, Erdmann, A, Nitschke (2003) em Florianópolis, Família: o foco de cuidado na Enfermagem, Elsen e Althoff (1998) em Florianópolis. Parece que, em termos territoriais, a região sul e sudeste do Brasil tem um número relativo de publicações sobre a família, embora a grande maioria ainda esteja discutindo-as como contexto do cuidado de Enfermagem.

No exterior, os estudos sobre família já se encontram mais avançados que no Brasil. Wright e Leahey (2002), são pioneiras em publicações sobre a Enfermagem e famílias, tecendo contribuições importantíssimas para a Enfermagem no mundo. As autoras, com a publicação do livro “Enfermeiras e Famílias” contribuíram não apenas para a discussão entre o cuidado da família como foco ou contexto, mas criaram um modelo de avaliação das famílias que facilita a abordagem das mesmas no processo de cuidar.

As autoras defendem ainda que, a família, precisa ser vista como um sistema, que nesta ótica, o sistema está interligado a subsistemas, que um interfere no outro, portanto, a saúde ou a doença de um dos membros da família reflete em toda a rede. É nesta perspectiva que a família precisa ser considerada o foco de atenção do cuidado de Enfermagem, uma vez que, reconhecendo as nuances próprias das famílias, como se movimentam no processo de viver em comunhão, é que a Enfermagem terá o ponto de partida para seu planejamento de cuidado junto com as famílias.

CAPÍTULO 4 - O QUOTIDIANO E A RAZÃO SENSÍVEL: CONSTRUÇÕES TEÓRICAS PARA SE OLHAR O VIVIDO

Ao me preparar para “olhar” o Quotidiano de Cuidado da Enfermagem às Famílias na área materno-infantil que experienciam o processo de Hospitalização de um de seus membros familiares, percorri muitos caminhos até ter clareza das inquietações que me surgiam, das imagens nascidas no cotidiano de trabalho. Então, encontrei segurança e alicerce nas idéias da Sociologia compreensiva de Michel Maffesoli (1984-2007), e me apropriei das lentes provocativas deste autor que incita a observação do ritmo da vida que se mostra no cotidiano.

Apoiada no referencial teórico-sóciofilosófico da Micro-sócio-antropologia de onde derivou as noções de Michel Maffesoli, entreguei-me na busca de ver, ouvir e sentir o que a Enfermagem expressa no seu Quotidiano de cuidado, bem como, o olhar das famílias. Alerto que, apesar de compreender que ao se retomar as contribuições de um filósofo social como Maffesoli, de certa maneira é uma reedição de seu pensamento sob um novo olhar, e mesmo que se deseje, a priori, reproduzir na íntegra a essência das contribuições do pensador, é quase impossível.

Porém, Maffesoli em sua exuberante forma de gerar neologismos e ser contrário a pensamentos enrijecidos, formados e estanques, permite que haja construções a partir de suas noções, sem que isto se pareça uma traição ideológica. Embora correndo estes riscos, pretendo com este capítulo, apresentar preliminarmente o referido autor, suas contribuições filosóficas e os estudos realizados na Enfermagem que o seguiram enquanto referencial metodológico de nascimento nas bases da fenomenologia social.

Penso que estes aspectos são relevantes para a compreensão do caminho metodológico que segui nesta pesquisa, e que será explicitado a seguir.

4.1 UMA APRESENTAÇÃO PRELIMINAR DE MICHEL MAFFESOLI

Silva (2007a), ao apresentar o livro *O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva* de Michel Maffesoli, faz uma breve biografia do autor que apresento na íntegra.

Michel Maffesoli é o mais importante e original teórico da pós-modernidade no mundo. Existem três tipos de analistas pós-modernos: os neomarxistas, que denunciam uma degeneração da boa e utópica modernidade, jamais realizada, mas sempre adorada e esperada; os ex-marxistas, em busca de uma nova utopia ou simplesmente de uma teoria de substituição; e aqueles que, a exemplo de Michel Maffesoli, descrevem, como bom cronista sem preconceitos, nem ressentimentos, o estado de espírito de uma época, sem resvalar para o dever-ser ou para o moralismo politicamente correto, sempre impiedoso com o presente e estranhamente ingênuo em relação ao futuro radioso e longínquo.

Há muito Maffesoli ocupa um lugar de destaque na reflexão sobre o imaginário e o contemporâneo. Trata-se de um célebre, um franco atirador elegante, sedutor e erudito, que ousa pensar corajosamente sobre o conformismo dominante disfarçado de argumento de autoridade. Não é só o conformismo das massas que ele discute, mas, essencialmente, o conformismo dos intelectuais. Pensador generoso, sem ser ingênuo, nem cínico, capaz de descrever o vivido sem odiá-lo, reconhece nas pequenas atividades do dia-a-dia, essa força da potência social, energia criadora de comunidade, cimento social, afirmação de amor à vida aqui e agora contra o produtivismo, o progressismo e outras ideologias de domesticação.

Ele ajudou a disseminar a noção de imaginário, presente em autores como Gaston Bachelard e Gilbert Durand, a ponto de que ela praticamente tomasse o lugar de termos antes dominantes, embora, mais problemáticos, como ideologia e subjetividade. Afinal de contas, o que é pós-modernidade? A resposta pode não estar clara, como diz o próprio Maffesoli, mas crê-se que é o encontro arcaico com a tecnologia de ponta, a sinergia entre o antigo e o novo, ou sempre novo. Talvez a idéia mais provocativa de Maffesoli seja a de que não estamos em uma sociedade individualista, como não cansam de denunciar os espíritos rebarbativos, mas em tempo de tribalismo. Para Maffesoli, em sua idéia central, mostra que compreender pode ser mais importante do que explicar, por isso faz como sua metodologia, a razão sensível, baseada no pluralismo das idéias e na valorização do cotidiano.

Como formação Michel Maffesoli é Sociólogo, Professor da Sorbonne, Paris V, Diretor do Centro de Estudos do Atual e do Quotidiano (CEAQ). Edita a revista *Sociétés*, além de inúmeras publicações sobre o Quotidiano, o Imaginário, e a Vida, sendo que o autor possui todos os seus livros traduzidos para o Português, sendo um amante do Brasil, no qual denomina de grande laboratório da pós-modernidade.

4.1.1 As noções de Michel Maffesoli: cotidiano, imaginário e vida

Michel Maffesoli, em seus escritos, aponta sua filosofia e seu entendimento da atualidade, do mundo e do entrelaçamento que a vida nos propicia a cada segundo que a vivemos. Como um dos pioneiros no assunto da pós-modernidade, e descrevendo o cotidiano alicerçado na razão sensível, o autor afirma que é preciso romper o círculo vicioso das análises óbvias, as análises sem vida, feitas mais de virtuosismo do que amor. (MAFFESOLI, 2007b).

Maffesoli (2007b), apresenta a vida como um processo de construção e desconstrução, e o pensamento não escapa desta lógica, uma vez que revela a inutilidade das “análises especialistas” de um discurso previsível, cujo maior círculo vicioso está no conformismo. É preciso, segundo ele, romper as análises óbvias, sem vida, elaboradas em lugares protegidos, em especial nos centros de poder (simbólico, econômico, político). O sucesso dos demagogos repousa, essencialmente, na incapacidade de compreender o imaginário em ação na vida social. Este imaginário é a expressão do viver, do ser, do estar e que se modifica a cada experiência que a vida prepara no cotidiano. A provocação de se pensar a vida de um novo prisma leva o autor a afirmar que:

Donde a necessidade de reconhecer essa saturação e identificar tudo aquilo que tende a emergir, de forma ainda balbuciante. Aí temos o foco epistemológico e ético de um pensamento forte, em congruência com seu tempo. E, portanto, lúcido, estimulante, (...) além e aquém da crítica e antes da ação, é preciso celebrar o mundo tal como é, pelo que é. (MAFFESOLI, 2007b, p. 11).

O pensamento só é interessante quando é perigoso, quando sugere repensar o que parecia estar solidificado, que para Maffesoli (2007b), é o maior desafio do filósofo, do pesquisador, desde que este lembre o desafio que é esta responsabilidade:

O questionamento é algo que nasce do repetitivo que vai se desdobrando em volutas em torno de uma idéia central, pensar a singular metamorfose da vida em desenrolar, promovendo o retorno ou do que sempre foi (...) a intranqüilidade do ser, não ter o que fazer, de fato, com promessas moles e hipócritas. Agrada-nos muito mais a inquietante inquietude que é toda a vida. O enigma, mais que a solução. (MAFFESOLI, 2007b, p. 12-13).

O conformismo das idéias é comum a qualquer época que se contente com as certezas adquiridas e não se questiona a segurança de suas fortalezas de idéias e, segundo Maffesoli, (2007b, p.14), “quando se institucionaliza, a ciência torna-se dogmática e precisa ser sacudida para recuperar o dinamismo original e de origem”. O autor enfatiza que as palavras perdidas ou proibidas precisam empunhar novamente a bandeira da resistência, fazer que esta voz diferente do outro, de todos nós, deixe emergir das necessidades que cada um possui e aprendermos a nos limitar a apresentá-las, deixar de julgá-las e determinar poderes às palavras dos poderosos.

Na época que o autor denomina de nomadismo existencial, a divulgação intelectual deve oferecer resposta como um eco: “*Antes a pergunta do que a solução*”. É o movimento da vida, e a precaução científica deve dar lugar à audácia das idéias.

Depois de um período em que prevaleceu a consciência e seu papel soberano, precisamos reconhecer o retorno, sob várias formas, do pré-reflexivo, que para Maffesoli (2007b) é a vida, o mundo em seu misto de ternura e crueldade, sendo este, que nos deve preocupar para retomar a paz, erguer a bandeira das questões do cotidiano. É preciso pensar o que está ocorrendo, lembrando o que foi.

Logo, para Maffesoli (2007b), a vida, com efeito, que se trata, indócil, é bem verdade, é algo anômica. Esta vitalidade do palpável que remete à razão sensível, busca a essência do que é importante, os motivos festivos, a religiosidade, os pequenos rituais cotidianos, as tribos, as redes sociais, as famílias. Maffesoli (2007b, p. 20) refere que:

A questão é de peso. Anedotas, observações, teatralidade cotidiana, tudo pode ser pensado, tudo dá o que pensar. Mas essa efervescência cultural já não pode ser apreendida através dos conceitos “substanciais”- Instituições, indivíduos, razão, política- próprios da modernidade. Essa efervescência é gerada por pessoas que jogam com suas máscaras plurais no interior de todas as tribos características da pós-modernidade. Decididamente é preciso dar férias a toda transcendência!

4.1.2 Pós-modernidade: a leitura de um tempo para a compreensão da vida

Identificando as transformações que a sociedade contemporânea passa e se mostra variável e, curiosamente, complexa e inquieta, com o impacto que estas transformações geram

no cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias no ambiente Hospitalar, trouxe concepções de alguns autores sobre o que seria o tempo atual que vivemos a pós-modernidade.

Em seu livro “Notas da Pós-modernidade”, Maffesoli (2004), refere que este termo é de extrema criticidade e é esta característica que o transforma em provocativo e gera controvérsias. Foi com esta preocupação constante, de perceber no meu cotidiano de cuidado de Enfermagem, nestes últimos dozes anos, as tantas imagens e transformações no processo de cuidar de famílias, crianças, enfim, o processo de cuidar no ambiente Hospitalar, é que estabeleci ser a compreensão do que vem a ser pós-modernidade. Acredito que este seja o caminho possível para o entendimento das reações e ações no processo de cuidar da Enfermagem na sua trajetória histórica.

Para iniciar algumas descrições da noção de pós-modernidade que Maffesoli defende, o mesmo referencia uma frase conhecida dita há séculos por Schopenhauer: “essa realidade é puramente relativa”. Ou seja, todo objeto ou fenômeno está ligado á outros e determinado por estes. Por isso, sujeito a transformações, mudanças, que podem ser ao acaso, o que confere a imagem de impermanência das coisas.

Assim, o relativismo discursado por Maffesoli (2004), trata em relacionar os diversos elementos da vida e atestar um fluxo vital. A pós-modernidade é uma noção que avança metodologicamente como compreender relações e fenômenos sociais que estão em estado nascente. Esses períodos de mudança das civilizações que são importantes para o desenvolvimento do ser, é a capacidade do pensamento livre.

Historicamente, prevaleceu o domínio da razão em oposição à sensibilidade, não havia lugar, espaço para que ambos conjugassem sua importância nas relações sociais para a qualidade da vida humana. Foi na modernidade que a tecnologia surgiu de forma avassaladora e qualquer outra forma de ciência foi abolida. Somente o que é comprovado, medido, explicado era científico. As intuições, a descrição do vivido, enfim, a sensibilidade, era descartada como incompatível com as aspirações da modernidade.

A noção de Maffesoli (2004, p. 20), o autor relata que “não existem começos nem fins abruptos” e há um desgaste dos elementos que compõem uma época, e isso, é o fator determinante para um passo à frente, assim, surge a pós-modernidade. Neste novo tempo, a leitura é explorada sobre as seguintes ordens e desordens: remexer as panelas, reunir indícios, dar algumas indicações, objetivando apontar as tendências gerais desta época. Maffesoli (2004, p.21), diz que se fosse possível definir claramente a pós-modernidade, ele diria que “*é a sinergia de fenômenos arcaicos com o desenvolvimento tecnológico*”. O autor reforça que a

intuição, o retorno ao local, a importância das tribos, da montagem mitológica são as nuances próprias da pós-modernidade.

Para Lyon (2005), a pós-modernidade é uma idéia, uma experiência cultural, ou uma condição social. É uma forma de crítica à mente dos intelectuais e aos meios de comunicação. O autor diz que é importante aprofundar esta idéia de pós-modernidade, pois esta alerta para questões importantes, desperta nossa sensibilidade e contribui na percepção de problemas, assuntos que precisam ser explicados.

Lyon (2005, p.17), comenta que: “a pós-modernidade, por outro lado, concentra-se no esgotamento da modernidade, e está preocupada com as mudanças sociais putativas. Uma nova espécie de sociedade está surgindo, cujos contornos já podem ser tenuemente percebidos”. O autor relembra as características da modernidade, onde imperou a racionalização, a diferenciação, o individualismo, o urbanismo, o controle, a disciplina, a ambivalência da modernidade, alienação e exploração, a anomia e perda de direção, a jaula de ferro, uma sociedade de estranhos. Assim, nesse período histórico, as tradições perderam sua importância, houve um distanciamento das pessoas, de seus grupos, suas tribos, o que levou a grandes mudanças nos arranjos familiares, enfim, na imagem da sociedade como um todo.

Para Maffesoli (2004, p. 31):

Talvez a época pós-moderna esteja mais atenta à impermanência das coisas mais estabelecidas. O certo é que a emergência de valores arcaicos, que julgávamos totalmente ultrapassados, deve deixar-nos atentos ao fato de que, se as civilizações são mortais, a vida, por sua vez, curiosamente perdura. Assim, sem atribuir a esse termo um status conceitual demasiadamente rígido, a pós-modernidade foi uma pós-medievalidade, ou seja, que ela nos permite uma nova composição do estar-juntos.

Complementando ainda sobre a noção de pós-modernidade, Maffesoli (2004), referencia como um dever espiralesco do mundo. Quando uma idéia cessa, o qual uma civilização estava alicerçada, uma nova idéia nasce, porém, com a junção de elementos de uma constelação do que foi renegado, dos elementos que existiu e foi importante, bem como, com as novas adequações que o tempo da época anuncia. A pós-modernidade é um mosaico com textos que precisam ser explorados: a crítica da doxa individualista, a importância do lúdico, a função do arquétipo, a necessidade de instaurar uma razão sensível em oposição ao racionalismo dominante, o retorno ao lugar, onde o elo é estabelecido.

Existem vários autores que criticam esta denominação e dizem não estar condizente

com as características do tempo que vivemos, onde ainda persistem famílias sem moradia, falta de tratamento de saúde, políticas públicas indefinidas, enfim, atraso tecnológico em relação aos inúmeros países, pela degradação dos tempos. Zizek (2004, p. 13), relata “que, com a pós-modernidade, tudo se tornou demasiadamente próximo, promiscuo, sem limites, deixando-se penetrar por todos os poros e orifícios”. Este mesmo autor concebe a pós-modernidade como um declínio da ordem, e o efeito social imediato é a perversão, citando a violência, o terrorismo, as guerras ideológicas.

Em contrapartida, tanto Maffesoli (1984-2007) quanto Morin (2007), enfatizam que este jogo da ordem e desordem é o que faz o movimento da vida, e reforça a capacidade de um pensamento livre sem as amarras do poder dominante de limitar os seres humanos aos avanços. A pós-modernidade possibilita um mergulho nas contribuições de épocas passadas, do presenteísmo, para a idealização do futuro, sempre considerando o interesse no presente com a busca de ser feliz, seja qual for a lógica de um povo.

Maffesoli (2007 a), também contribui com a idéia de que o imaginário é outra maneira de ficarmos atentos a sociedade complexa, à solidariedade orgânica que se esboça no sentido de correspondência, de proximidade, de estar com o outro sem perder seu olhar, de inter-relação e interações que se expressam no cotidiano. Então, onde tudo acontece? Na pós-modernidade, o tempo que vivemos hoje. Como? No cotidiano.

4.1.3 O cotidiano: a vida como ela é

O que é cotidiano? Seria a repetição de ações sem uma reflexão prévia? Não, o cotidiano tem diversos entendimentos nos relatos de autores que discursam a temática como Agnes Heller (1985), Ferreira (2004), Nitschke (1999), Silva (2002) e outros. Mas, para este estudo, foram adotadas as premissas de Maffesoli (1984-207b) onde o mesmo faz várias alianças filosóficas para identificar o cotidiano, evitando a imposição de um conceito estanque, com características para o entendimento do que se mostra como cotidiano em tempos pós-modernos.

Em seu livro “Conhecimento Comum”, reeditado em 2007, Maffesoli faz alusão às imagens que constroem o cotidiano que vivemos, ou melhor, os cotidianos; de trabalho, de família, de pessoa, de razão e emoção, de decisão, enfim, dos papéis que desempenhamos na

vida diariamente. Ele revela que o cotidiano é uma junção do anedótico e do trágico, é um saber-fazer, saber-dizer e saber-viver, que em dimensões múltiplas de riquezas, cuja fenomenologia tem, com inteira justiça, posto em destaque. Ou seja, o fenômeno que se mostra é o vivido que acontece no cotidiano, na vida. (MAFFESOLI, 2007b, p.197).

Maffesoli (1988, p.194), refere que “o cotidiano se mostra por meio da fala, do riso, dos gestos, os quais se nos esgotam os próprios atos, que impregnam o dia-a-dia, e que são vividos no presente e nele se esgotam, é a ética do instante, do aqui e agora”. Talvez seja por esta característica do cotidiano, esta complexa rede entre o aqui e agora, a junção do dito antigo ao novo, a repetição de atitudes que reporta e permite a idéia de simplicidade, e banalização deste, mas com a observação dos fenômenos que aparentemente se repetem, estamos reaprendendo e evoluindo no processo de viver.

Para Maffesoli (1984, p. 20):

O minúsculo cotidiano é importante para apreender o que chama de socialidade, que, por sua vez, é a potência social que tenta se exprimir. Além disso, a socialidade reside em um misto de sentimentos, paixão, imagens, diferenças, que incitam a tornar relativo às certezas estabelecidas e a uma multiplicidade de experiências coletivas.

O cotidiano é de complexo entendimento pelas inúmeras nuances que o compõem, ou seja, é no cotidiano que as pessoas se mostram e se escondem, fazem o jogo das máscaras para se protegerem das facetas que a vida nos desafia. Por vezes, o cotidiano está claramente à mostra aos nossos olhos, por vezes, esconde-se sob pequenos mantos que nos remete as inquietudes e aos questionamentos que dá pulsação a vida. O jogo das formas, as imagens que se delineiam nas experiências vividas, fazem deste cotidiano um parque de diversões, com montanhas russas, carrinhos seguros, barcos vikings, entre outras brincadeiras que expressam a realidade que precisa ser evidenciada na vida para fazermos dela, uma vida melhor, retomando a seriedade, a alegria, a sensibilidade unida à razão do pensamento para um mundo mais humano.

Para Nitschke (2003), o cotidiano pode ser entendido como:

A maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia a dia, expressa por interações, crenças, valores, imagens, significados e símbolos, estando relacionada à cultura em que estão inseridos, que vai construindo seu processo de viver, em um movimento de ser saudável e adoecer, delineando seu ciclo vital. Se expressa por interações experimentadas diariamente, que possibilitam ou não, o ser humano crescer e se desenvolver ao longo de sua vida.

Creio que é no cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias que maior parte de minhas perguntas foi dia-a-dia surgindo, inicialmente, havia dados empíricos, nascidos de minha inquietude com os caminhos que a Enfermagem tem trilhado neste tempo pós-moderno, o qual me parece confundir o pensamento dos menos atentos aos chamados da vida.

O cotidiano, *no meu entendimento*, é o espaço de vida, onde pode estar presente a doença, as interações saudáveis ou não, ações de cuidado e desvelo ou ações de não-cuidado, é onde as pessoas mostram seus estilos de vida, seus pensamentos, sua ética com base nas experiências que viveram e nas tribos as quais pertencem e determinam suas próprias regras, sua base familiar, suas concepções sobre determinados aspectos sociais e individuais, sem que para isso seja preciso forçá-las a se mostrarem. É o universo de que nos esquecemos, banalizamos como trivial, porém, o trivial é o viver diário e se manifesta por meio de expressões ao longo da vida.

Quanto às ações de cuidado, identifico-as como sendo todos os esforços em busca de olhar o ser humano em sua complexidade, atentando ao meio em que vive, com quem vive, seu suporte familiar, enfim, é cuidar sem esperar devoluções em forma de artigos materiais. É cuidar, colocando amor em todas as atitudes que compõem o cotidiano de cuidado da Enfermagem.

Mergulhar no cotidiano, possibilita ver o que realmente está posto, desde a superfície até o fundo das aparências, que Maffesoli (2005 b) nos alerta que geralmente o que está na superfície e parece esconder o fundo dos sentimentos, nada mais é do que a própria realidade. O autor refere que:

A profundidade das aparências, a experiência proxemia serão as idéias-mestras para guiar as reflexões. Tratar-se-à por um lado de descrever o fato de constatá-lo; captar-lhe a inteligência. O conhecimento, sempre e de novo renasce está em ligação com o estado do mundo, e é quando se esquece disso, que a defasagem inevitável entre a reflexão e a realidade empírica torna-se um fosso, que é, desde então, impossível ultrapassar. Daí a morosidade, o cinismo ou outras formas de desilusões que parecem prevalecer em nossos dias (MAFFESOLI, 2005 b, p. 9).

Não se pode deixar de abordar as contribuições que Maffesoli (2005 b) faz em relação ao tema “O Fundo das Aparências”, uma vez que, quando nos deparamos com a realidade do cotidiano, e todos os elementos que o integram, é preciso lembrar que neste há muito das características individuais das pessoas que vivem estes cotidianos, bem como, os

elementos definidos pelas tribos, as noções grupais que se mostram neste cotidiano, onde atualmente, segundo Maffesoli (2005b), a ordem do dia é admitir que a aparência, a superficialidade, a profundidade da superfície estão como uma hipótese provisória, longe de ser aceito ou ter adquirido um estatuto teórico. Pode parecer paradoxal, mas o “mundo visível existe”, a imagem social está onipresente, e, contudo, raras são as reflexões ou análises que permitam a retirada destas constatações com seqüências lógicas. De fato, está muito enraizado o fantasma da autenticidade, a preocupação intelectual de procurar a verdade além do que se vê. (MAFFESOLI, 2005b).

Para Maffesoli (2005b), a fenomenologia compreensiva é, sem dúvida, a melhor maneira de apreender o que este chama de respiradouro social, o fundo contínuo, os aspectos irruptivos e suas intermitências. Ao nos voltarmos para a apresentação, preocupando-nos com a verdade, isto favorece o conhecimento, aprende a “nascer com o que é observado”, uma postura nascente intelectual, que confrontada com as culturas, desperta para a eflorescência de mitos, a multiplicidade de imaginários dificilmente explicáveis pelos procedimentos racionalistas. O autor reforça esta reflexão ao reafirmar que:

Daí está a importância que reveste o cotidiano ou, no sentido mais forte, a preocupação com o doméstico. É a prevalência desse existente empírico, na sua simples complexidade, que conduz a relativizar o poder da razão, e a concordar com a eficácia da imagem [...] Nessa perspectiva, as diversas modulações da aparência (moda, espetáculo político, teatralidade, publicidade, televisões) formam um conjunto que, enquanto tal, exprime bem uma dada sociedade. (MAFFESOLI, 2005b, p. 126).

É também nas imagens deste cotidiano que encontramos as formas, a necessidade de refletir sobre estas que não estão sob o domínio da arte, mas na vida cotidiana que integra o conjunto da vida social, as mesmas nuances, comumente observadas no ambiente Hospitalar e suas tribos, identificam as interações que estabelecemos ao sermos este cotidiano. Na idéia de Maffesoli (2005 b), que me alimentou os olhos para ver e sentir as expressões da experiência vivida no cotidiano de cuidado da Enfermagem Hospitalar da área materno-infantil, a forma é a matriz para o nascimento, desenvolvimento e morte de uma sociedade. Ao considerar a teatralidade da vida cotidiana em sua importância, esta é um vetor de conhecimento, uma alavanca metodológica para a compreensão da estrutura orgânica. É imprescindível adequar essa abordagem afável, inscrever-se no jogo de interações que se estabelece entre as imagens do eu, e as imagens do ambiente social e natural. Essas imagens

representam seus papéis nas diversas situações que constituem uma sociedade. Portanto, tal força encontra sua união no mundo das imagens, onde perdura o vitalismo e a dinâmica interna da maneira de ser.

Para Maffesoli (2005 b, p. 135):

A “forma” e suas diversas incorporações só são, de certo modo, o fruto da interatividade, da interdependência dos elementos que evocamos. A forma é a mediação entre o eu e o mundo natural e social. Pode-se dizer que a imagem, tornando visível, pode representar o papel do sacramento generalizado. Nesse sentido, na sua própria desordem, a imagem serve de pólo de agregação das diversas tribos que formigam nas megalópoles contemporâneas.

Diante do exposto até o momento, as contribuições de Maffesoli (2005 b) sobre a forma e as imagens, possibilitaram a idealização de um futuro mais impregnado de significados e símbolos que possam levar às equipes de Enfermagem e as famílias ao encontro comum de formas de cuidar alicerçadas nos elementos entrelaçados de um cotidiano ao qual só existe pela presença de ambos. Assim, conforme Maffesoli (2005 b, p. 141) dispõe que, “pode-se imaginar que cada fragmento é em si significativo e contém o mundo na sua totalidade. Esta é a lição essencial da forma, é isto que faz da frívola aparência, um elemento de escolha para se compreender um conjunto social”.

4.1.4 Pressupostos da sociologia compreensiva de Michel Maffesoli

a) Primeiro pressuposto: crítica ao dualismo esquemático

A crítica do dualismo esquemático que Maffesoli (2007 a) se refere, explicita a constante oscilação entre as perspectivas generalistas e as demais que se encontram no ramo da especificação. Considerando o cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias no ambiente Hospitalar é possível verificar este pressuposto nas relações estabelecidas entre os profissionais, as famílias, e no processo de cuidado, uma vez que é visível uma tendência original de generalizar todas as ações de cuidado, desconsiderando as especificidades de cada família. Mas, segundo o autor, esta oscilação perpassa por uma questão de complementaridade, onde potencialidades diversas despertam a razão e a imaginação, ou seja, podemos observar que há representações intelectuais que repousam na abstração. Para

Maffesoli (2007 a), de um lado se dá ênfase à construção, à crítica, ao mecanismo e à razão; de outro, é habitual insistir no que a natureza oferece, ou seja, no sentimento, no orgânico e na imaginação. É por esta característica típica da vida social, das imagens que se sobrepõe nas vertentes do quotidiano que as ações de cuidado da Enfermagem se propagam nos ambientes que transitam.

Porém, esta característica dual pode gerar dicotomias o que Maffesoli (2007a, p. 28) utiliza como metáfora ao dizer: “é a construção paranóica opondo-se ao procedimento metanóico”. Ampliando esta frase metafórica de Maffesoli, pode-se fazer um comparativo com as ações da Enfermagem, há uma cobrança frenética de produções científicas, ciência baseada em evidências, contradizendo a necessidade clara e emergente de se manter a sensibilidade do cuidar e do pesquisar de seres humanos.

Maffesoli (2007a), ainda completa que este pressuposto da crítica ao dualismo é necessária e comum a vida, por sua base conflitual e complementar, que de modo sutil incita diversos tipos de conhecimento, o que corresponde ao imenso espectro social e suas múltiplas variações. Ele traz as distinções já corroboradas por outros autores, é interessante notar a divisão entre paradigmas interacionistas e deterministas, cuja função no mundo do conhecimento é o mérito da clareza, mas precisamos ter em mente que o ponto de referência obrigatório é o indivíduo, o ser humano. Seja como tal, em sua interação com os outros indivíduos esta distinção tem seus méritos, uma vez que a um só tempo, contata-se a saturação dos grandes sistemas explicativos e se vê o reaparecimento da biografia. Logo, a medida que há respeito pela vida quotidiana e a sua análise, termina por ressaltar a compreensão da vida como um todo.

O autor enaltece que sempre haverá a censura posta em nossos caminhos, e ao falar da Sociologia, há a vertente positivista e a sociologia compreensiva, que se preocupa em descrever o vivido naquilo que é/está, contentando-se em discernir os atores envolvidos. Para ele, não estamos muito longe de uma sociologia romântica, cujo propósito está voltado para o sentido mais amplo da vida quotidiana, sem distinções, dicotomias, discriminações, repudiando toda e qualquer separação que constitui a crítica desde o século XVIII. Portanto, a crítica do dualismo, é um pressuposto indicativo da abertura para olhar o que está por dentro, a autenticidade das coisas e das pessoas, o que não se mostra quando não há sensibilidade, mas apenas o determinismo que nos cega.

b) Segundo pressuposto: a “forma”

Seguindo a linha de pensamento da sociologia compreensiva, é importante que além da visão romântica, os estudiosos compreendam o quanto de racionalismo é necessário para obter o equilíbrio das polaridades do lógico e do não-lógico que delineiam a vida social. Efetivamente, que a rejeição do dualismo, da discriminação, quanto ao método, pressupõem uma organicidade social e natural. Seja, na vida, há uma organização dos meios de convivência que são de origem natural. É nesta perspectiva que Maffesoli (2007 a) traz a noção de *formismo*, um neologismo que figura o termo “formal”. A palavra formal designa a forma de um problema, é preciso esclarecer o significado desta palavra para não haver contradições ao que a Sociologia se propõe: que é o estudo das formas da vida social. A noção de formismo, para Maffesoli (2007a), não permite mais contra-sensos, habitualmente induzidos pela noção de forma. Para o autor, a forma é a possibilidade de descrever o que está por dentro, os limites, as necessidades das situações e das representações constitutivas da vida cotidiana. O autor afirma que:

Somos compelidos a afirmar que, se pretendemos salientar a incoerência, a labilidade, a polissemia do dado social, isto não significa que não possamos vir aí assinalar formas estruturantes. É cada vez mais evidente que a ordem e a desordem acham-se intimamente mescladas, trata-se, portanto, de encontrar meios de, epistemologicamente, dar conta dessa relação orgânica. (MAFFESOLI, 2007a, p. 33).

Em termos de compreender o que Maffesoli tem escrito sobre este segundo pressuposto, é inevitável reforçar que não se trata de explicitar um método, mas que o recurso metodológico da forma é pertinente no caso de pretensão a dar conta da socialidade cada vez mais estruturada pela imagem, esta constelação de imagens que permitem arranjos, descrições díspares, as quais poderão, posteriormente, ser analisadas e comparadas por diversos prismas.

Dessa forma, a análise das constelações, ou seja, a organização das formas em que as estrelas se mostram, evidencia o jogo das constelações, a forma que a vida se mostra no micro e no macrossocial. Assim, para compreender esta metáfora da constelação, Maffesoli (2007a), explica que a constelação constitui toda atitude científica, estabelece regularidades, facilita a compreensão das crises comuns à vida cotidiana. As mudanças e as modulações que observamos, e que diz respeito à vida de todos os dias, moldada por repetições ou remissões, latentes ou manifestas.

O autor retrata que, quando analisou o cotidiano, definiu categorias como a

duplicidade, a teatralidade, o poder, a potência, o rito, o trágico como modulações da forma, que constituem o cotidiano e se repetem. Tais modulações da forma não existem, são irrealis e não, salvo metodologicamente, são úteis para ilustrar e dignificar que a forma permite atenção ao particular, sem que sejam negligenciadas as essências. Para Maffesoli a forma evita o conservadorismo e o profetismo, desta maneira tudo pode ser especulativo e formista, no qual o autor fala que é a condição de possibilidade.

Este pressuposto corrobora com o desafio desta tese, no que tange às condições de possibilidade de conhecer como se expressa o cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias no ambiente Hospitalar. Concentrando assim, ao pesquisador, a capacidade de descrever o que se mostra por dentro das relações no ambiente de cuidado no Hospital, do particular e do macrossocial das famílias e da Enfermagem no cotidiano de cuidado.

c) Terceiro pressuposto: “uma sensibilidade relativista”

Para Maffesoli (2007a), não existe uma realidade única, mas diferentes maneiras de concebê-las. Um mesmo fenômeno pode ser descrito por diferentes pessoas e cada qual o fará de acordo com as imagens que seu cérebro registrar e causar impacto. Na verdade, o autor relata que não há novidades nas vivências humanas, apenas retornos de modo cíclico dos valores da vida.

Maffesoli (2007a, p. 38), ressalta que na noção da sensibilidade relativista é preciso ir mais longe, ultrapassar as idéias de “certezas consolidadas que, ao contrário, precisa dar lugar à união dos saberes especializados integrados em um conhecimento plural, em vias de se construir e de se desfazer”.

Maffesoli (2007a, p. 39) fala que:

A sensibilidade relativista, para nada excluir do todo social, prefere uma diligência prudente em lugar a que chamei, na Lógica da Dominação, o terrorismo da coerência. Pretende proceder por via de aproximações concêntricas, por sedimentações sucessivas, maneiras essas que manifestam uma atitude de respeito ante imperfeições e lacunas que, por um lado, são empiricamente observáveis e, por outro, são estruturalmente necessárias à existência como a experienciamos, pois como se sabe, a perfeição é a morte.

Esta noção de Maffesoli sobre a sensibilidade relativista encontra-se intimamente relacionada à proposta deste estudo, uma vez que, jamais uma pesquisa, ou conhecimento compartilhado pode ser deixado para trás, mas sim, copilado e relativizado para a época em

que se vive.

Ele também reforça que é importante analisarmos cada objeto de maneira que:

Para cada objeto de análise, assinalamos diversos ângulos de ataque, o que parece bem próximo do contraditório operante na socialidade. Isto tampouco deixa, às vezes, de ser paradoxal, mas é próprio a toda sociedade constituída de elementos heterogêneos, ser justamente paradoxal. Em todo caso, a reflexão sistêmica que tente descrever uma ordem complexa, bem como a interação que a anime, estará no mínimo atenta a estereoscopia e aos paradoxos a que venha gerar. (MAFFESOLI, 2007a, p.40).

Penso que Maffesoli, ao descrever este pressuposto, preocupara-se com esta “praga” que o isolamento teórico, a dificuldade de socializar os conhecimentos adquiridos, de viver a socialidade do ser humano em detrimento do engessamento imposto pelo mau uso das tecnologias disponíveis tem separado as pessoas. Esta também é uma preocupação que me acompanha por muitos anos, ao ver fatos e atos, de distanciamento excessivo da sensibilidade e, a incapacidade de se relativizar. Para Maffesoli (2007a, p.41):

É pela mudança de valores que se opera, é preciso saber ouvir o mato crescer, isto é, estar atento a coisas simples e pequenas. Gerir o saber estabelecido e atinar com o que está prestes a nascer, são afinal, os dois pólos da tensão constitutiva da harmonia conflitual peculiar a todo conhecimento.

d) Quarto pressuposto: “uma pesquisa estilística”

Em seu quarto pressuposto, o autor faz um chamado para nos alertar que queiramos ou não, todo saber intelectual possui uma “estilização da existência”, ou seja, a ciência precisa se expressar de modo “*a saber dizer o seu tempo*”. Para Maffesoli (2007 a, p. 41), “há um estilo do cotidiano feito de gestos, de palavras, de teatralidade, de obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, do qual é preciso que se dê conta, ainda que, para tanto, seja necessário em contentar-se em tocar de leve, em afagar contornos”. O autor retrata que a ciência precisa se mostrar através da constante entre a “empatia e a forma”, com a escrita reflexiva, polifônica, aberta, sem que estas características a façam perder o seu rigor científico, mas propicie interesse aos diversos protagonistas sociais.

Maffesoli defende que:

Começamos, a saber, o que temos a dizer, mas ainda não sabemos a forma de dizê-lo. [...] não há dúvida de que seus argumentos sobre a não-legibilidade, a crítica que faz certa aparência científica.

Este pressuposto foi claro durante o processo de pesquisa, percebi que a empatia pela temática, pelos significados que poderiam surgir, manteve o interesse na busca do reconhecimento do cotidiano de cuidado neste momento. Houve a interação entre as idéias e os sujeitos de pesquisa, estando o pesquisador mediando este diálogo.

e) Quinto pressuposto: um pensamento libertário

Em seu quinto e último pressuposto, Maffesoli (1988, p. 41), afirma que “bem mais fecundo é trabalhar pela liberdade do olhar”. Dessa forma, um pensamento que sabe preservar a flexibilidade e mesmo as próprias imperícias é rico em qualidade e em criação original. O pensamento libertário tem apoio na noção de tipicidade, desse modo, o autor considera o pesquisador como ator e participante, ressaltando que, em algumas metodologias, há certa interação que se estabelece entre o observador e seu objeto de estudo.

Assim, há convivência, às vezes cumplicidade e empatia. É nesse momento que “a compreensão envolve generosidade de espírito, a proximidade, a correspondência [...] podemos apreender ou presentir as sutilezas, as matizes, as discontinuidades de tal ou qual situação social”. (MAFFESOLI, 1988, p. 43). Podemos perceber que Maffesoli (1985, p. 8), tendo como quadro de referência a sociologia compreensiva, está mais preocupado “em compreender o sentido que os atores atribuem às relações sociais em que estão envolvidos”. Esse aspecto relacional possibilita o olhar para o micro, sem deixar de relativizar o macro. Deste modo, é capaz de oportunizar a expressão de um cotidiano de trabalho que envolve o ser humano em suas múltiplas dimensões do viver.

Estas principais noções de Maffesoli inspiraram a reconhecer as categorias de análise que surgiram no estudo e fundamentaram o diálogo entre a teoria e a prática de cuidado da Enfermagem às famílias.

CAPÍTULO 5 - RAZÃO SENSÍVEL: UM ENTRELAÇAMENTO METODOLÓGICO PARA PESQUISAR O QUOTIDIANO DE CUIDADO DA ENFERMAGEM NA HOSPITALIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL

Durante a elaboração do referencial teórico-filosófico, constatei a importância de preparar o referencial metodológico dentro da linha de pensamento do filósofo e sociólogo escolhido. Michel Maffesoli não determina um caminho linear e didático, com etapas prontas para se chegar aos dados de pesquisa, mas alimenta a possibilidade de que o mesmo esteja ligado aos elementos constitutivos da razão sensível, centrado nas faces do cotidiano, ao nascimento natural do próprio cotidiano por meio da forma, da percepção das sensações, sentimentos, emoções coletivas significantes ao mundo das imagens, ao imaginário social. Logo, precisei ler e reler as obras de Maffesoli para identificar possibilidades metodológicas. Neste sentido, analisei estudos que seguiram as noções teórico-filosóficas de Maffesoli, principalmente, as teses de doutorado do Programa de Pós-Graduação da UFSC, no período dos últimos cinco anos, que tiveram parceria com a Sorbonne - Paris nos doutorados sanduíches e também as realizadas na UFSC. Os principais estudos encontrados foram de: Ghiorzi (2004), Nitschke (1999), Fernandes (2007), Araruna (2007), que utilizaram como referencial teórico-filosófico as obras do autor. A leitura destes estudos enriqueceu meu olhar e, certamente, justifica o motivo de minha escolha, pois a visão de outros estudiosos sobre temas diversos com base na razão sensível e o cotidiano que Maffesoli discursa, abre opções metodológicas, mas converge para o ponto de fusão da idéia principal do autor: a liberdade científica sem a perda do rigor e respeito científico envolvidos por sensibilidade e compreensão de que tudo é bom, uma vez que eleva a reflexão e produz conhecimento.

Nesta perspectiva, unindo as leituras das teses, às obras do autor, bem como, outros autores que se identificam com a temática desenvolvida, parti para a idealização e preparo das etapas metodológicas. Descrevo as mesmas da maneira que delinee para alcançar o objetivo proposto para este estudo, porém, trago afirmações de autores conhecidos em nosso meio que contribuem para formalizar o significado de metodologia e sua importância para toda a construção de um estudo.

Conforme Minayo (1992), o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade são entendidos como metodologia. A mesma autora, apoiada por demais autores, (MINAYO et al., 1994), complementam, ao relatar que metodologia é a articulação de

conteúdos, pensamentos e existência. Fazendo-se a ressalva, de que tanto os conteúdos, quanto os pensamentos, fazem parte da existência “ciência e metodologia intricavelmente engajadas”. (MINAYO et. al., 1994, p. 23).

Minayo (2007, p. 35) relata que:

Na sociedade ocidental, a ciência é a forma hegemônica de construção do conhecimento, embora seja considerada por muitos críticos como um novo mito da atualidade por causa da sua pretensão de ser o único motor e critério de verdade. Particularmente, eu discordo com os que absolutizam o sentido e o valor da ciência, pois desde que existe o Homo sapiens, criou formas de explicar os fenômenos que cercam a vida e a morte e o lugar dos indivíduos na organização social.

Creio que Minayo reflete muito bem esta busca frenética por uma verdade absoluta e que acaba por reduzir o que a vida quotidiana mostra em seu fundamento. Nas relações, nos espaços de socialidade é que emerge o sentido das coisas, e somente quando se olha por este prisma é que se pode chegar a determinadas noções, que o momento trouxe como verdade de uma época, sendo esta a riqueza da pesquisa qualitativa, ou seja, a abertura e flexibilidade de olhar um fenômeno por diversos prismas e ao se retomar este olhar, outras perspectivas surgem como saber de algo que ainda não havia se mostrado. A autora reafirma que:

Desde tempos imemoriais, as religiões, a filosofia, os mitos, a poesia, e a arte têm sido instrumentos poderosos de conhecimento, desvelando lógicas do inconsciente coletivo, da vida cotidiana e do destino humano. O que a ciência possui de diferente em relação às outras modalidades de saber?

Corroborando com o que Maffesoli (2007a), fala sobre o constante retorno que fazemos aos aspectos inerentes ao viver, e Minayo (2007), também descreve que as sociedades humanas possuem um determinado espaço de existência, cuja formação social está alicerçada na cultura que é específica para cada comunidade (tribo). Elas vivem o presente, marcado pelo passado e projetado para o futuro, que, dialeticamente, as marcas pregressas se mostram em uma re-construção constante do que está posto e do novo que surge. Considerando estas possibilidades de buscar livremente as interações no campo de pesquisa, respeitando a vontade das pessoas de se tornarem-se partícipes desta intenção de novas descobertas sobre o cuidado de Enfermagem às famílias no Hospital, é que o processo foi apaixonante e complexo, repleto de antigas e novas sensações e percepções do quotidiano Hospitalar da Enfermagem cuidadora e das famílias.

5.1 TIPO DE ESTUDO

A característica principal deste estudo, em função da questão norteadora que o rege, está centrada em uma abordagem qualitativa fenomenológica, associada à sociologia compreensiva que é base do referencial teórico escolhido. Isto se justifica pelo fato de que a questão norteadora buscou compreender **como se expressa o cotidiano de cuidado da Enfermagem às famílias na Hospitalização materno-infantil**. Para isto, as noções trazidas por Michel Maffesoli nestas duas últimas décadas foram o alicerce deste estudo e com este olhar, com os principais elementos desta teia, foi possível desvelar alguns aspectos do cotidiano de cuidado da Enfermagem às famílias Hospitalizadas na área materno-infantil de forma interativa e sensível.

Para Tápia (1982), um objeto ou fenômeno é o que é. Somente um horizonte à luz do qual pode ser visto e descrito como sendo isto ou aquilo e é do exercício da pergunta que se aprenderá o rumo ou caminho a ser seguido na trajetória da explicitação, desencadeando novos significados. Neste sentido, o horizonte é a rede complexa do cuidado que precisa ser sensível e visualizado pela equipe de saúde na concepção de que o todo é parte e a parte compreende o todo, logo, não havendo uma linha de delimitação aos achados da pesquisa e a busca de novos encontros.

Os estudos na área da família têm se utilizado de diversos mecanismos para a aproximação com a realidade, entre eles, a observação participante e a entrevista temática ou aberta, destacando-se nas pesquisas, uma vez que possibilita ao pesquisador estar junto em parte do cotidiano que busca desvelar. Autores como Marcon (2002), Denardin (2002), Monticelli (2002) entre outros, utilizaram destes instrumentos para coletar dados em pesquisa qualitativa. Esta forma de pesquisar exige do pesquisador: sensibilidade e capacidade de “tentar” despir-se de julgamentos ou pré-conceitos nascidos de sua vivência, embora acredite que nossas experiências é que nos inquieta em busca de novos desafios como significou para mim, este estudo. No encontro com a realidade das equipes de Enfermagem da Instituição escolhida para a pesquisa, foram observados os gestos, as expressões de palavras, os significados que os mesmos atribuem ao cuidado que realizam com as famílias. Junto destes profissionais e das famílias, pude apreender o sentido que dão as ações de cuidado às

famílias⁴.

A observação em pesquisa qualitativa é uma opção metodológica rica por deixar o pesquisador apreender o significado dos fenômenos que ali se mostram. Kakehashi e Pinheiro (2006, p. 105), relatam que “a observação em pesquisa não é só olhar, significa um olhar específico sobre o fenômeno que se deseja conhecer”. Este método permite que se obtenham dados não possíveis por meio de outros métodos, como por exemplo, a entrevista, questionários, enfim, pois durante a observação o pesquisador pode atentar para o que a linguagem não-verbal expressa, a temporalidade que os fatos ocorrem, o comportamento grupal, o individual, e estes podem, além de ser dado de pesquisas, ofertarem subsídios para a análise e interpretação posterior de outros dados. (KAKEHASHI e PINHEIRO, 2006).

Para Gil (2007, p. 113), a observação participante:

Consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste caso, o pesquisador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Daí por que se pode definir observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida do grupo a partir do interior dele mesmo.

Historicamente, a técnica de observação participante foi introduzida na pesquisa social por antropólogos em estudos das sociedades primitivas. Desde então, tem sido utilizada como técnica marcante nas pesquisas qualitativas. (GIL, 2007). Nos estudos realizados pela Enfermagem, os métodos de observação possuem grande aplicabilidade, na opinião de Kakehashi e Pinheiro (2006, p. 104), “o enfermeiro consegue uma posição privilegiada para observar, durante suas atividades, o comportamento de pacientes, a equipe de Enfermagem, as famílias”. As autoras corroboram que os dados obtidos por meio da observação poderão ser utilizados para o aperfeiçoamento da prática profissional e suscitar novas questões de pesquisa, evoluindo, desta forma, a ciência **Enfermagem**.

Concordo com elas, pois pude experienciar a riqueza de informações que nascem deste momento e também a força da presença no campo pesquisado que estabelece uma aproximação e abertura para que a observação seja efetiva.

Para Kakehashi e Pinheiro (2006, p. 106), “a observação participante implica na participação ativa do pesquisador na situação investigada, na qual, ele interage com os

⁴ Compreendo por ações de cuidado, todas as possibilidades que a Enfermagem possa desenvolver para o bem-estar das famílias, desde um sorriso, até os procedimentos mais complexos para salvar, manter ou deixar que vidas sigam seu curso natural.

sujeitos de pesquisa. Possibilita a apreensão da realidade explicitada pelos participantes envolvidos no fenômeno em estudo”. Mas como em todo método científico para coleta de dados, há vantagens e desvantagens que o pesquisador precisa ter ciência durante o preparo do projeto e ao longo do processo.

No entender de Kakehashi e Pinheiro (2006), a principal vantagem da observação participante é o contato direto com os sujeitos de pesquisa e sua aproximação com a perspectiva dos sujeitos sobre o objeto de estudo. Também apresentam como vantagem, o desvelamento de novos aspectos a ser pesquisado, a partir do estudo vigente e na condição de um dos sujeitos da pesquisa encontrar-se impossibilitado de comunicar-se oralmente, é possível apreensão de dados através da linguagem não-verbal.

Na concepção de Gil (2007), a observação participante tem como vantagens, o rápido acesso aos dados sobre as situações habituais em que os membros das comunidades se encontram envolvidos, acesso a dados que o grupo considera privado, e ainda a possibilidade de captar palavras de esclarecimento que acompanham o comportamento dos sujeitos.

Quanto às desvantagens, tanto Gil (2007) e Kakehashi e Pinheiro (2006), concordam que a participação do pesquisador nos grupos afins, o risco de não conseguir se envolver e manter a confiança com o grupo é menor, mas quando este precisa migrar para observar outros grupos, pode gerar o fechamento do mesmo, e assim, estratificar um pequeno retrato, fragmento da realidade. Muitos dos sujeitos podem modificar seu comportamento durante a observação pelo pesquisador e agir de modo tendencioso, e pode haver um viés na percepção do pesquisador, quando este deixa suas emoções, aspectos pessoais, ideológicos interferir em sua coleta de dados a partir da observação.

Mas ambos estudiosos concordam que, à medida que os sujeitos de pesquisa se adaptam a presença do pesquisador, é comum retomarem seu comportamento habitual, favorecendo o estudo. Precisa haver paciência e conhecimento do pesquisador sobre estas vertentes antes que este não consiga retomar seu foco de observação. Esta característica é essencial ao pesquisador para que ele possa interagir e comunicar-se, além de manter-se atento ao que se processa no campo de pesquisa, para que nada se perca, uma vez que está observando a realidade de um cotidiano.

Assim, comprometida em manter estes aspectos inerentes ao processo de pesquisa, pude verificar que, com a observação livre, análise documental, e as entrevistas abertas, esta pesquisa gerou condições para elencar subsídios que expressaram as imagens que a Enfermagem traz, acredita e mostra no seu cotidiano de cuidado, e como enfrentam o

quotidiano Hospitalar.

Para minha surpresa, a pesquisa já mostra alguns resultados que nasceram das interações durante as etapas de coleta de dados, principalmente, as entrevistas. Estas provocaram na Enfermagem, das três áreas, uma reflexão que os direcionou em busca de medidas, mesmo que simples, a princípio, porém, com a preocupação de focar seu cotidiano de cuidado às famílias, discutindo este assunto nas reuniões de equipe. Com estes dados, penso que poderemos lançar a campanha geradora da visibilidade deste fazer da Enfermagem, que, a priori, estava adormecido e que despertou para novas direções e necessidades quando estimulados a refletir sobre a temática.

5.2 O LOCAL

Este estudo foi desenvolvido em um Hospital Escola do Sul do Brasil, público, envolvido com pesquisa, ensino, extensão e cuidado à comunidade. É uma Instituição que possibilita a realização de pesquisas, integrando-as como formação continuada, o que estimula e motiva a participação expressiva de profissionais da Enfermagem. Desde sua inauguração, a Enfermagem luta para ampliar o potencial de pesquisas e adequação da metodologia de assistência que atualmente é alicerçada por Wanda Horta (1979). A escolha deste local, deve-se à familiaridade que tenho com esta área do cuidado em Enfermagem, facilidade de acesso e prévio conhecimento da Instituição, além de um campo rico para a coleta de dados.

Esta Instituição tem como prioridade o ensino, a pesquisa, a extensão e assistência para a comunidade. Por ser um Hospital de médio a grande porte, tem desenvolvido esforços para garantir um cuidado de qualidade para a comunidade que não se concentra apenas na cidade de Florianópolis, grande parte de seus pacientes são provenientes do interior do estado e circulam na Instituição, dando-a um volume intenso de atendimentos.

O Hospital Universitário em parcerias com pessoas engajadas na sua manutenção pública, tem levantado bandeiras em prol da população de baixa-renda, apesar do sofrimento atual com a falta de recursos humanos cada dia maior. Mas, como seu fundador, Doutor Ernani Polydoro Santiago, acreditar é vencer, ele apostou e hoje o HU sobrevive às diversidades econômicas e estruturais da política vigente, por ter ainda um seleto grupo de recursos humanos que abraça a causa.

O estudo foi desenvolvido na área materno-infantil do Hospital Universitário, uma vez que, é nestas três áreas: Pediatria, Neonatologia e Alojamento conjunto, que as famílias se encontram mais presentes em detrimento da idade dos membros Hospitalizados, e pelo nascimento que é um evento familiar importante.

A **unidade de internação pediátrica** é a mais antiga das três áreas, sendo que foi inaugurada em 1980, junto com a abertura oficial do Hospital, que na época não contava com a maternidade. Atualmente, a unidade de internação pediátrica passou por uma reforma geral, cujos fomentos foram oriundos do Governo Federal e da parceria do Grupo Social Gente Feliz e a Associação Amigos do HU. Na ocasião, fora realizado um pedágio nas ruas de Florianópolis a fim de angariar verbas para a obra e para a conscientização da população sobre o papel que os profissionais desta Instituição abraçam, na busca de ampliar e valorizar o cuidado com qualidade e competência.

A mesma possui 35 leitos, divididos em 30 leitos para Hospitalização e 05 para observação por 24 horas, de crianças cuja condição de saúde pode ser revertida em menor tempo de permanência no Hospital. A Unidade conta com uma sala ampla, denominada refeitório, porém, esta além da alimentação, tem como objetivo reunir as famílias, as crianças internadas para ver filmes, brincar, participar de festividades como o Natal, Dia das Crianças, aniversário de alguma criança Hospitalizada, encontro com a Psicóloga, com as Estagiárias recreacionistas e atividades de educação em saúde. As crianças e suas famílias, com faixa etária entre o nascimento e 14 anos 11 meses e 28 dias, são provenientes de todo o estado de Santa Catarina, entretanto, o maior volume de atendimentos está entre os moradores da grande Florianópolis e cidades circunscritas como São José, Palhoça, Santo Amaro e outras. A equipe de Enfermagem atua sem aparatos eletrônicos de ponta, nesta Unidade o recurso mais expressivo é o humano.

A **unidade de alojamento conjunto (AC)** é uma das diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que desde 1990 deu às famílias a oportunidade, o direito de ficar com seu filho desde o nascimento até sua alta, com incentivo na amamentação livre e também a participação do pai, desde a sala de parto até sua alta Hospitalar. As mães, ao saírem do centro obstétrico, são levadas para acomodações no AC e um berço fica ao lado de sua cama para o bebê. Para os pais ou outro acompanhante, existe uma cadeira para sua permanência. O alojamento conjunto também presta serviços a gestantes de alto risco, há o grupo de casal grávidos, realizado em parceria com as docentes da área materno-infantil do Curso de Graduação em Enfermagem. A Unidade conta com 24 leitos, distribuídos para estas

situações mencionadas. Na ocorrência de abortos, mães HIV positivas que não podem amamentar, na medida do possível, estas são protegidas de comentários, evitando-se a exposição diante das demais. O atendimento do AC também segue a mesma população que procura a Pediatria, todavia o número é maior de gestantes da grande Florianópolis. Quanto à faixa etária, nesta Unidade, em função da característica da gestação, não há idade mínima ou máxima estabelecida, em situações de conflitos com menores de idade, as famílias são acionadas para comparecerem ao Hospital, conforme a legislação vigente nacional. O principal recurso desta Unidade também é o humano. O banco de leite dá apoio às puérperas e orientam quando necessário.

A **unidade de neonatologia**, também está consoante com as demais áreas da materno-infantil, é, de preferência, o atendimento das crianças nascidas no Hu, embora por vezes, receba de outras Instituições. Tem centrado em suas atividades o programa de mãe canguru, a sala de cuidados intermediários e à de cuidados intensivos. Está bem capacitada em relação aos profissionais que ali atuam, bem como, o suporte material de monitores, respiradores, incubadoras e outros. Os bebês que ficam na neo, geralmente precisam de atendimento especializado logo após o nascimento.

Alguns bebês ficam para ganho de peso, controle glicêmico, cirurgias, fototerapia, enfim, abordagens intensivas de cuidado para a manutenção da vida. Quando estão melhores, mas ainda necessitam de cuidados Hospitalares, há interface com a Pediatria que recebe estas crianças e suas mães. Dentro da neonatologia, em função dos riscos de infecção e da alta facilidade dos bebês serem acometidos de infecções secundárias, as mães possuem horários para estar com seus filhos. Quando não estão amamentando ou retirando leite para os bebês, ficam no chamado “hotelzinho”, que é um quarto com quatro leitos para abrigar essas mães. Neste último ano foi construído outro espaço próximo da neo que acabou ficando como um novo espaço para suprir as demandas de mães que ficam no Hospital por causa de seu bebê. Há momentos de atividades interativas com a Psicóloga e o Serviço Social que acompanham essas mães. A equipe multidisciplinar tem reuniões periódicas para discutir as necessidades da área da maternidade.

5.3 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Os envolvidos no estudo foram os enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem da equipe de Enfermagem que interagem com as famílias no cotidiano de cuidado na Instituição Hospitalar, nas unidades de internação pediátrica, alojamento conjunto e neonatologia, e representantes das famílias que estiveram durante o período de pesquisa acompanhando seu membro familiar Hospitalizado, e que aceitaram participar do estudo conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A).

No projeto de qualificação não estava claro o número de participantes, apenas havia delimitado que precisaria de uma amostra significativa de cada unidade, ou seja, que pudesse desvelar o olhar de profissionais de todas as categorias e das famílias. Contudo, ao término do levantamento de dados, em decorrência, principalmente, da saturação de dados, permaneci com 27 sujeitos. Dentre estes, 07 enfermeiros, 10 técnico-auxiliares de Enfermagem e 10 representantes familiares sendo, na totalidade as mães das crianças e puérperas. A faixa etária de todos os sujeitos ficou entre 18 e 50 anos.

A escolha dos sujeitos da pesquisa se deu a partir dos **princípios éticos** em pesquisas com seres humanos e também com **os critérios definidos** que foram:

- aceitação de livre vontade de participar do estudo;
- para a equipe de Enfermagem, era necessário estar atuando na Enfermagem há, no mínimo, 02 anos na área materno-infantil;
- estar disponível e em condições de interagir com a pesquisadora;
- para as famílias, era necessária a condição emocional para interagir com a pesquisadora e não haver sentimento de punição ou alteração no cuidado realizado pela equipe de Enfermagem nas 03 Unidades;
- as famílias precisariam estar no Hospital mais de 48 horas e
- ter como amostra, profissionais de todos os horários em que a Enfermagem atua nestas 03 áreas.

Após a escolha dos sujeitos de pesquisa, percebi que em função das dificuldades institucionais que enfrenta um alto déficit de profissionais, as entrevistas tinham de ser agendadas com antecedência, por vezes, eram desmarcadas, o que não possibilitou a participação de um número maior de profissionais, embora, ao descrever os dados, a saturação destes foi expressiva. Estes foram respeitados em suas atividades, seus compromissos, a fim

de não causar problemas no andamento do processo de trabalho de cada profissional em sua Unidade. Sempre foi pedida a concessão para minha entrada nas Unidades à chefia do setor.

Quanto às famílias, a maioria delas havia passado pelas Unidades pesquisadas e estas tinham um olhar amplo das diferenças e das similaridades das Unidades, sendo que todas as famílias estavam, no, mínimo há 03 semanas nas Unidades. Estas vivências das famílias de participar do cotidiano das 03 Unidades, e por estarem por muito tempo no Hospital, foi um elemento importante para a pesquisa. Vale ressaltar que os momentos de alimentação, descanso, repouso, visita e outros, foram respeitados, de forma a não expor os sujeitos a estresse desnecessário.

5.4 DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO

Antes de iniciar qualquer tipo de pesquisa que envolva seres humanos, os pesquisadores precisam ter em mente as vulnerabilidades dos sujeitos e as suas próprias. Estas não devem estar apenas considerando os aspectos legais, mas também, considerando os seres humanos em sua essência. A ética é um dos princípios que está intrínseco no processo de pesquisa, no entanto, requer do pesquisador, um retorno às noções básicas para evitar que todo seu esforço não seja validado cientificamente em detrimento da falta de respeito das diretrizes estabelecidas pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que define os riscos da pesquisa tanto em nível biológico, social, cultural, moral, espiritual, psicológico, presente nas relações humanas. (BRÊTAS e OLIVEIRA, 2006).

A resolução 196/69 do CNS determina quatro princípios que todas as pesquisas com seres humanos devem seguir: a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. A **autonomia** considera a preservação da participação ou desistência do sujeito de pesquisa sem coação, coerção e nenhum tipo de limitação ou dependência. Este é o momento em que o pesquisador deve esclarecer, em palavras simples, do que trata o estudo, a garantia do anonimato dos participantes e a não-obrigatoriedade de prestar as informações e de não se manter, no estudo caso deseje desistir.

No caso da **não-maleficência**, implica o respeito à privacidade do sujeito de pesquisa e a garantia de não submetê-lo a constrangimentos que possam gerar desordens emocionais, sofrimentos físicos ou sociais, expressando que todos os riscos são previsíveis e devem ser

explicitados aos sujeitos de pesquisa. **Na beneficência**, a consideração maior se dá sobre as possibilidades que o sujeito possui de se beneficiar com a pesquisa em outro momento, a sua contribuição poderá ampliar um serviço, como no caso deste estudo, trazer novas possibilidades de a Enfermagem inserir cada vez mais a família em seu cotidiano de cuidado, de modo que, em um futuro próximo, estes sujeitos possam estar experienciando os benefícios de sua participação. A **justiça** por si só retrata sua importância, uma vez que vem minimizar os riscos, os ônus aos sujeitos vulneráveis e a garantia de uma abordagem equânime aos sujeitos participantes, sem perder o foco do sentido humano da pesquisa.. (BRÊTAS e OLIVEIRA, 2006).

Durante todas as etapas desta pesquisa, tais princípios foram respeitados, de forma que além do termo de consentimento livre e esclarecido ter sido lido junto com o participante da pesquisa, o anonimato dos mesmos fora garantido, sendo que todos foram identificados por pedras preciosas (profissionais e famílias) de acordo com a escolha dos envolvidos. Optei por identificar todos os participantes por pedras preciosas a fim de evitar possíveis reconhecimentos e descontentamentos entre os envolvidos no estudo.

As pedras preciosas tem significado de beleza, pureza, misticismo, formas que ornamentam espaços, e por estas características as escolhi para identificar os sujeitos deste estudo que foram e serão ao longo dos tempos preciosidades que ampliarão o potencial do cuidado, seja de famílias em Instituições Hospitalares, seja no domicílio, ou nas ruas sem destino, mas farão a ornamentação da ação mais plena de sensibilidade e desvelo que o ser pode realizar: cuidar e ser cuidado. Ressalto que utilizei como metáfora para a discussão dos dados e contribuições finais, a imagem do trem e a viagem, para explicitar um pouco do que fora esta trajetória de pesquisa e vivência.

Este estudo, após a banca de qualificação junto ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética da UFSC, sendo aprovado (Anexo 1). Somente após todos os trâmites legais e liberação da Instituição, a pesquisa fora iniciada. Ao entrar no campo, o mesmo foi repassado à Comissão de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital e uma carta foi redigida para a permissão de minha entrada nas Unidades, pois apesar de atuar nesta área há 12 anos, o respeito pelo ambiente, e espaço de compartilhamento das equipes precisava desta conduta, o que percebi me aproximou mais das equipes e também trouxe facilidade na abordagem das mesmas.

Foi um momento de extremo prazer, pois ao realizar a coleta dos dados para a

pesquisa, fui conhecendo melhor as pessoas, despertei o pensar de muitas delas, como em mim nasceu um reencantamento por profissionais e famílias que fazem do meu cotidiano de cuidado, um ambiente de relações afetuosas que possibilita a troca de energias no dia-a-dia conturbado dos Hospitais. Despertou, inclusive, o interesse dos profissionais em saber antecipadamente os dados, se as pessoas estavam sendo honestas em suas respostas, como estava ocorrendo nos demais setores, o que me deu gás para continuar, e deixar em suspense os achados da pesquisa para a defesa da tese.

5.5 APROXIMAÇÕES COM A REALIDADE: A COLETA DE DADOS

O estudo na área de saúde da família, na Enfermagem, tem utilizado de maneira expressiva as entrevistas como um instrumento importante, haja vista que, neste momento, pesquisador e sujeito do estudo interagem enquanto as perguntas são respondidas. Percebi que houve muita reflexão durante as entrevistas, momento de trocas ricas que perpassaram o profissional, o pessoal, a identificação, os medos, as ansiedades institucionais e pessoais. Sabe-se que há inúmeras possibilidades instrumentais para coletar dados de pesquisa, porém o pesquisador, precisa preocupar-se com a forma de exercer esta liberdade de escolha dos instrumentos, considerando a faixa etária, o nível sócio-cultural e intelectual para não promover o distanciamento em função de perguntas complexas demais.

Para evitar este problema, ao criar o instrumento de entrevista e também o formulário de avaliação documental, ambos foram validados pelas Professoras Doutoras Ingrid Elsen e Ana Izabel Jatobá de Souza, especialistas em Saúde da Família (Apêndice B). Esta conduta configura a preocupação com o rigor científico do estudo, que, em primeiro lugar, precisa ser considerado próprio para a comunidade na qual será aplicado.

Agora descrevo os passos que segui no processo de coleta de dados:

- **Análise Documental:** busquei avaliar dez prontuários de cada clínica de internação, ambientes já descritos. Verifiquei se existiam registros que sinalizassem ações de cuidado da Enfermagem às famílias que transitam nestes setores. Na Instituição escolhida para a pesquisa é desenvolvida a metodologia da assistência de Enfermagem (MAE), onde os enfermeiros realizam o processo de Enfermagem dos pacientes, iniciando quando chegam até sua alta, alicerçados pelo referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta. Os enfermeiros

utilizam as informações descritas pelos técnicos e auxiliares de Enfermagem, somando sua avaliação da situação do dia, no momento de contato com o paciente que ocorre geralmente na passagem de visita, e registra estes dados em forma de evolução de Enfermagem. É preconizado pela Instituição, enquanto filosofia de cuidado, que todos os pacientes tenham sua evolução diária com prescrição voltada às suas necessidades humanas básicas afetadas, e depois que estes forem avaliados, verifica-se se os resultados foram positivos, ou se há a necessidade de reformular as prescrições. Como estes documentos ficam no prontuário e abrange o pensamento e ações de cuidado de toda equipe, optei por avaliar o prontuário em busca a partir dos descritores: **família, acompanhante, pai, mãe, avó, familiar, cuidado à família, e referências à família**. Esta busca se deu no **histórico de Enfermagem, prescrição de Enfermagem, e evolução de Enfermagem**. Desenvolvi então um quadro mostrando as poucas vezes que surgiram tais descritores nos prontuários analisados, que consta nas próximas páginas.

- **Observação livre da dinâmica de cuidado da Enfermagem:** Esta ocorreu de modo livre durante todo o processo de coleta de dados. Apesar de ser livre, havia no meu imaginário, o roteiro focalizado nas ações de cuidado da Enfermagem às famílias, como abordam as famílias, sua interação com as famílias e entre si, o que fazem no dia-a-dia, enfim, qualquer atitude que pudesse auxiliar na percepção e compreensão da expressão do cotidiano de cuidado da Enfermagem nestas áreas.

- **Entrevistas semi-estruturadas:** conforme já descrevi, segundo a visão de autores que discursam sobre as possibilidades instrumentais para a coleta de dados, as entrevistas, sem dúvida, foram o carro-chefe desta estrada. Estas foram realizadas por último, após a avaliação dos prontuários que me aproximou das equipes, e um período de observação que realizei entre de outubro de 2007 a agosto de 2008. Formulei dois instrumentos de entrevistas, um para os profissionais, e outro, para as famílias, com perguntas simples que abordaram: a descrição do cotidiano para ambas, o conceito de família para os profissionais, as demandas de cuidado que as famílias solicitam para a Enfermagem, o significado da expressão cuidado de Enfermagem às famílias, qual o foco do cuidado de Enfermagem na visão dos profissionais e como sugerem que as famílias possam ser cuidadas nas unidades Hospitalares. Para as famílias, questionei como é o cotidiano delas no Hospital, como as famílias são cuidadas no Hospital, seu relacionamento com a equipe e o sentimento de estar no Hospital, e as sugestões que nos dariam para cuidar das famílias no Hospital. Em síntese, foram abordadas estas temáticas, as perguntas estão no (Apêndice C).

5.6 REGISTRANDO A POTÊNCIA DAS PALAVRAS EXPRESSANDO-SE EM IMAGENS

Para registrar a potência das palavras e as imagens que daí emergiram, visualizadas em cada face, nos movimentos corporais, silenciosos, mas informativos, optei por seguir o que Nitschke (1999, p. 84-85) utilizou em sua tese de doutorado. Alicerçada em Ludke e André (1986), utilizou-se do Diário de campo, adotando o que os autores sugerem em etapas que apresento a seguir: “Notas de Observação ou Interação”; “Notas do Pesquisador ou Notas Reflexivas”; “Notas Metodológicas” e “Notas Teóricas”.

Essas notas são descrições realizadas pelo pesquisador logo que o mesmo deixa o campo e passa ao papel as descrições de tudo que vivenciou, ou seja: nas “Notas de Observação ou Interação” (NO ou NI), é o espaço de relato das interações estabelecidas, contemplando a descrição dos sujeitos e ambiente; o desenvolvimento dos diálogos; os eventos marcantes, atividades realizadas; o comportamento do próprio observador frente às situações vividas, e outros aspectos de cunho interacional que existir.

Já, as “Notas do Pesquisador ou Notas Reflexivas” (NP ou NR), é o momento onde o pesquisador registra os seus sentimentos, suas percepções e reflexões próprias do pesquisador e na interação com os sujeitos de pesquisa.

As “Notas Metodológicas” (NM), estão relacionadas aos aspectos inerentes às técnicas e métodos utilizados na busca de explorar o problema definido de pesquisa, registrar como foi a coleta de dados, se houve vieses, dificuldades, necessidades de modificação, enfim, as tomadas de decisões sobre as possíveis alterações nos rumos da pesquisa, sem que houvesse alterações de sua essência e não prejudicasse o rigor do estudo.

Nas “Notas Teóricas” (NT), são relatadas reflexões sobre aspectos teóricos, ou seja, faz-se um diálogo contínuo entre o pesquisador, a realidade, seus pares, os autores das referências bibliográficas, o filósofo que guiou o olhar para tal fenômeno e o orientador do estudo.

Nitschke (1999, p. 75), ao comentar as noções de Ludke e André, sugere que cada registro precisa ter a indicação do dia, hora, local e o período de observação, interação, enfim, do que viveu. No Diário de campo, os registros precisam ser realizados e em sua lateral, no papel, uma margem precisa ser deixada para a codificação dos dados, “insights”, as categorias de análise, noções, os elos entre teoria e as falas dos sujeitos e observações gerais.

As anotações precisam descrever a realidade, e para isto precisa que ocorra no momento mais próximo e oportuno após a obtenção das informações, de modo que se evite perder as idéias relevantes dos dados, e que não comprometa a interação pesquisador - sujeito do estudo.

Durante a realização deste estudo, busquei unir todos os dados, ou seja, as falas das entrevistas, as notas estabelecidas e explicadas acima, a observação de forma que os dados fossem articulados e complementares para a resposta da questão norteadora deste estudo. Importante ressaltar que, todo o processo de análise, foi realizado com o foco direcionado nas categorias e nos pressupostos da razão sensível de Maffesoli, sendo estas, as lentes que me acompanharam em todo processo em um movimento espiralesco de análise juntamente com outros autores que se aventuraram por estas estradas. Deixo um exemplo desta forma de análise no (Apêndice D).

Mas, registrar os dados é um desafio, principalmente as observações feitas do ambiente, das relações, posturas, que, inevitavelmente, levaram-me a descrevê-las e analisá-las.

5.7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS A PARTIR DAS NOÇÕES DE MAFFESOLI SOBRE O QUOTIDIANO E A RAZÃO SENSÍVEL

Sustentando a análise e discussão dos dados deste estudo, adotei o que Maffesoli (1984, p. 25), propõe como categorias para análise da vida quotidiana, bem como, seus pressupostos teóricos e da sensibilidade (já descritos no capítulo anterior). Vale ressaltar que não se trata de uma triangulação de dados como método de análise, mas sim, a junção dos diálogos, que deram origem as imagens que foram tecendo a tese que se mostra nas linhas e entre linhas da escrita, partindo do que fora explicitado pelos participantes. Assim, para analisar os dados elencados durante todo o processo de pesquisa, desenvolvi o processo cujos momentos descrevo a seguir:

- **Análise das observações:** após a descrição do que foi observado no cotidiano de cuidado da Enfermagem na área materno-infantil, foram identificadas a proximidade e as repetições que se mostraram nas três áreas pesquisadas, bem como, as diferenças em relação à atuação da Enfermagem e das próprias clínicas.

- **Análise das informações dos prontuários:** partindo das informações contidas nos prontuários, foi realizada a análise preliminar, objetivando compreender em qual momento do universo da Enfermagem materno-infantil suas ações de cuidado, seja com a família ou não, estavam explicitadas nos documentos. Foram unidas as palavras-chaves procuradas e o contexto que apareceram.

- **Análise das entrevistas:** foi realizada, identificando categorias primárias, que emergiram das próprias palavras dos entrevistados, somando-se os insights da pesquisadora descritos por notas teóricas, metodológicas, reflexivas e interativas, chegando, então, às categorias finais geradas pela proximidade e diferenças de idéias. Assim, surgiram vários temas, estes foram agrupados conforme apareciam similares nas entrevistas, ou discrepantes, descrevendo-os, abaixo, como os elementos do cotidiano com os profissionais e com as famílias.

Os **temas identificados** primeiramente como elementos do Quotidiano dos Profissionais foram:

- Confluências entre emoções, sentimentos e dissensões;
- Entre a rotina e a resistência;
- Entre o ideal e o real;
- Confrontando a prática com as possibilidades de fazer melhor;
- O olhar para a família é pessoal depende de cada um;
- Quotidiano temporal;
- Quotidiano de repetições;
- Necessidade de preparo para atender esta clientela;
- Noturno e Diurno: duas realidades diferentes para o cuidado;
- Foco no indivíduo;
- Foco nos procedimentos e
- Identidade e ações pautadas no doméstico.

Os temas do Quotidiano das Famílias foram:

- Entre o ideal e o real (contato com os serviços de apoio, distanciamento, um cuidado idealizado, dificuldades de interação, foco do cuidado no indivíduo);

- A rotina, o cansaço e o estresse (horários padronizados, afastamento da família, distanciamento da equipe, preocupação com os que ficam em casa, necessidades e desejos, ausência de diálogo com a equipe de saúde;

- Rejeição e preconceito;

- Influências dos problemas da família ampliada;
- Interações positivas com outros profissionais da equipe de saúde;
- Identidade entre as famílias (auto-ajuda);
- Superação das dificuldades pelo bem das crianças;
- O Hospital: imagens que se entrecruzam e
- Momentos de alegria (quando as notícias são animadoras).

Após a releitura e aproximação dos temas identificados, a priori, nasceram quatro grandes áreas temáticas: as imagens do cotidiano de cuidado dos profissionais, as imagens do cotidiano das famílias, as imagens de cuidado às famílias no olhar dos profissionais, e as imagens das famílias sobre o cuidado de Enfermagem.

Em cada uma destas categorias, que se configuraram em capítulos desta tese, há elementos provenientes das imagens, tanto das famílias, como dos profissionais que vivenciam este cotidiano de cuidado dentro do Hospital, sendo imprescindível na discussão destas, a luz do referencial teórico, desenvolver então mais um capítulo para reafirmar mais claramente o alcance do objetivo apresentando, a saber: As Interfaces do Cotidiano de Cuidado da Enfermagem e as Famílias na Área Materno-infantil.

CAPÍTULO 6 - APRESENTANDO AS NUANÇAS DO PROCESSO DE PESQUISAR SENSIVELMENTE: AS IMAGENS DO VIVIDO

Este capítulo pretende apresentar e descrever os elementos fundamentais que surgiram nos relatos dos entrevistados, a partir dos registros das transcrições das entrevistas, a observação de campo, bem como, os dados documentais do prontuário. Estes dados foram agrupados por convergências e diferenças das idéias-chaves, determinando uma primeira definição temática, ou seja, as subcategorias. Após a releitura destas, minuciosamente, surgiram os grandes temas denominados de categorias. A descrição de todo o processo contém elementos essenciais para a compreensão de *como se expressa o cotidiano de cuidado da Enfermagem na Hospitalização da área materno-infantil*. Para que se torne uma leitura clara e facilite a compreensão do tema central do estudo, organizei o capítulo de modo a apresentar todos os temas relacionados aos profissionais, e após, das famílias.

A união destes elementos possibilitou o caminho para chegar ao objetivo almejado, e para manter o “sentido” desvelado às imagens, nas falas, nas interações estabelecidas durante o processo. A fidelidade das idéias foi mantida para que os contornos da vivência e tudo o que se aplica a estas pudessem emergir ao pensamento dos leitores, identificando a intensidade de cada voz, do que foi dito, do que não foi, e também do que fora idealizado.

Penso que as nuances que dão forma a este estudo, sem torná-lo uma forma definitiva, não revelam a totalidade do cotidiano de cuidado da Enfermagem na área materno-infantil, em função da multiplicidade de perspectivas, a partir das quais se poderiam investigar neste universo, além da complexidade que mostra a quem deseja mergulhar nele.

Os participantes do estudo permitiram perceber uma parcela deste universo, embora o todo esteja na parte e a parte no todo, como se refere Morin (2005). Porém, as alternâncias que o cotidiano apresenta, nos felicitam ao reencantamento pela vida, pela maneira de viver de cada pessoa, seja no ambiente profissional, ambiente de Hospitalização, enfim, este movimento do viver é o próprio cotidiano. É neste também que novas noções se constroem e se reconstroem a partir da interface das culturas através de interações sociais.

Cada movimento dinâmico de relação e interação entre quem cuida e é cuidado, faz emergir novos elementos ao olhar de outros pesquisadores que se aventurarem nestes caminhos do cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias. Deste modo, as imagens que se mostraram são como fotografias de uma experiência que cremos ter conhecimento quando

a pesquisamos, mas, na verdade, sabe-se que há muito mais a ser desvelado, pois cada momento vivido é único e varia conforme o tempo que rege este viver, ficam as muitas expressões e percepções a serem descobertas, encontros e desencontros a serem ultrapassados, enfim, como nos fala Maffesoli (2007), é um constante retorno à vida.

Então, este capítulo traz os aspectos principais: a descrição do processo a partir do qual foi possível chegar aos indicadores significativos, a apresentação da observação de campo, a descrição documental, e, finalmente, as categorias que serão discutidas à luz do referencial teórico e demais autores que perpassaram nestas áreas do conhecimento, no capítulo seguinte.

6.1 DESCREVENDO AS IMAGENS OBSERVADAS: O QUOTIDIANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS NA ÁREA MATERNA-INFANTIL

Observar ambientes o qual você transita diariamente pode trazer facilidades para a entrada no campo de pesquisa, conforme citaram os autores, ou melindrar seus colegas que desejam mostrar uma realidade de cuidado de Enfermagem, em sua unidade de trabalho próximo do ideal, pois acabamos nos sentindo “donos” daquele ambiente e tudo o que está inserido nele, podendo nos confundir enquanto profissionais com a abordagem doméstica e não-profissional em nossas relações.

Durante seis meses, iniciei a observação das áreas já descritas, com o olhar de pesquisadora, primeiramente, pensei que fazê-la sem um roteiro mínimo de delineamento para os caminhos a seguir, seria mais rico e simples, além de livre das amarras do chamado “tem que ser”. Porém, percebi que devido à complexidade que envolve o cotidiano de cuidado da Enfermagem, era necessário focar nos meus objetivos, pois, caso contrário, acabaria com dados para muitas teses. Durante as idas e vindas ao campo de pesquisa, muitos encontros e desencontros com o cuidado de Enfermagem se fizeram presentes, no cotidiano observado de três equipes de Enfermagem do Hospital Universitário, área materno-infantil, sendo elas: a Unidade de Internação Pediátrica, Alojamento Conjunto e Neonatologia. Inicialmente, precisei me despir do imaginário que havia construído ao longo de 16 anos na Enfermagem, desde minha formação no Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC em 1992, e após, na vida profissional, onde o referido Hospital era símbolo de uma Instituição em que a

Enfermagem possui identidade. O campo escolhido para a pesquisa é meu local de trabalho, um Hospital que ousei sonhar fazer parte, gerei expectativas e construí ideais para alcançar e ajudar no crescimento de minha profissão. Foi uma paixão que nasceu dos bons exemplos de uma Enfermagem forte, competente, crítica, que não se acomoda com as diversidades e dificuldades, além de que, parecia haver uma “áurea” de crescimento intelectual neste ambiente.

De fato, é um Hospital que sempre acolhe os envolvidos no crescimento de sua profissão, compartilha idéias, e possui como seu maior bem, os recursos humanos para o cuidado, próximo do ideal para a população que o procura. Mas, como qualquer acadêmico sedento de novos conhecimentos e com a fantasia de “transformar” tudo, como se fosse possível fazer mágica, os sonhos passaram a vislumbrar o que se mostra atrás das cortinas, nos bastidores. Os olhos meio que lacrimejantes, às vezes, via o que o coração não desejava ver e sentir, e como toda contradição, em outras vezes, fez-me vibrar de alegria, por saber que faço parte deste cotidiano. Mas, para quem deseja melhorar, mesmo que em pequenas proporções sua profissão, como desistir? Não, o impacto inicial se transformara em desafio.

No primeiro encontro com a realidade do cotidiano de cuidado da Enfermagem, que por vezes está determinado por uma vida corrida, mecanizada, repetitiva e com aparência de “não ter sentido” modificá-lo, causou-me decepção, a princípio. Parecia que, apesar de eu estar buscando conhecer como a família é cuidada pela Enfermagem em seu cotidiano, se ela é vista como foco de cuidado ou se há outra abordagem, havia a esperança de ver que esta possibilidade de cuidar da família no Hospital poderia existir, apesar da hipótese que levantei para sustentar esta tese, justamente da ausência, ou insuficiência desta prática na Enfermagem Hospitalar. Maffesoli, brilhantemente, relata em suas obras afirmando que: “o lugar faz o elo”. (MAFFESOLI, 2004).

Que elo? Perguntei-me. E mais uma vez Maffesoli (2004, p. 6) me trouxe uma luz: “só podemos partir para a descoberta de nossa alma utilizando o espelho dos homens que nos olham”. Assim, parti para o campo de pesquisa buscando o rigor científico como base e também o distanciamento necessário para se olhar um fenômeno livre de interferências sentimentais, ideologias pessoais, do que se pensa já estar visto, conhecido e consolidado sem tomar partido entre o que se deseja e a realidade que se mostra.

Maffesoli (2004, p. 10), fala com propriedade que:

Há uma impermanência das coisas, de modo geral, o que equivale falar que aquilo que é, nem sempre o que foi, e necessariamente nem sempre será. O relativismo consiste em relacionar os diversos elementos da vida e em testar

o fluxo vital, portanto, qualquer dogmatismo caduco favorece a sensibilidade teórica que prefere a humildade das coisas à pretensão dos conceitos.

Então, alicerçada nos fundamentos da razão sensível e menos engessada com a insistente ansiedade de transformar tudo, retornei ao campo de pesquisa e consegui descortinar outras dimensões do cotidiano de cuidado de Enfermagem. Conheci outras faces de um cotidiano que acreditava já conhecer muito bem, e cheguei ao ponto do conhecimento que coube para este momento, e que motivou o nascimento deste estudo: *o cotidiano de cuidado da Enfermagem às famílias na área materno-infantil*.

Realizei observação livre participante, análise documental e entrevistas em três Unidades ligadas ao atendimento materno-infantil do Hospital. Estas estratégias, utilizadas metodologicamente, aconteceram simultaneamente, para que as pessoas se acostumassem com a minha presença e permitissem a inserção no campo, pois a observação, a priori, dá-nos sensação de espionagem, provoca medo de errar na frente do colega, acaba, por vezes, causando inibições. Porém, com o passar do tempo, fui naturalmente sendo acolhida e até esperada.

6.1.1 Observando o cotidiano de cuidado da equipe de Enfermagem do alojamento conjunto (AC)

Durante a realização da observação de campo no alojamento conjunto, participava das conversas com os profissionais da Unidade, em função de nos conhecermos, principalmente nos encontros de corredor, nos momentos de empréstimos de materiais, enfim, nas situações ligadas ao cotidiano de cuidado de Enfermagem. Foram estas vivências que facilitaram minha entrada nesta, e nas demais Unidades e a receptividade de todos. Alguns ficavam brincando entre si, dizendo que iria entrevistá-los e que seriam famosos, e outros encorajavam seus colegas a participarem do estudo, pois este poderia melhorar o que fazem nas suas Unidades.

Percebi que não houve resistências para a participação nas entrevistas e quando solicitava liberação para analisar os dados relatados pela Enfermagem nos prontuários,

deixavam-me livre para a busca documental. Mas, em contrapartida, sinalizaram muitas vezes que eu não encontraria muitas informações devido à “*falta de tempo*” para realizar a Metodologia de Assistência de Enfermagem (MAE). Senti que os profissionais produzem um jogo de esconde e mostra, defesa e exposição de seus anseios diante do que reconhecem ser sua função e o qual não realizaram, buscando alternativas justificáveis para tal situação. Mas, em contrapartida, mostraram-se abertos para contribuir a um fazer de Enfermagem de forma diferente e com transparência. Era a maneira de eles justificarem as dificuldades que previamente imaginavam que eu encontraria na análise documental realizada nos prontuários.

Durante meu trânsito nas Unidades da área materno-infantil, sustentei a cada dia minhas hipóteses que delinaram minha tese: as famílias estão representadas pelo acompanhante e estes se encontram em uma dimensão estereotipada, ou seja, igual para todas, seguem sempre o mesmo curso, em especial nas orientações de alta, e estas são focadas no indivíduo. Apenas o familiar acompanhante que se faz presente e, ocasionalmente quando este se torna questionador, acaba sendo inserido no processo.

Não há o foco do cuidado de Enfermagem para a família, mas sim no seu contexto, e, principalmente, no indivíduo. A preocupação da equipe de Enfermagem está voltada para o curativo a ser feito em casa, a amamentação, a não deixar que as sogras, avós, insistam com seus conhecimentos populares, enfim, existe uma multiplicidade de olhares que ocorrem individualmente pelos membros da equipe, e o cuidado de Enfermagem as famílias expressa-se na condição e referencial de cada ator desta trama, o cotidiano Hospitalar, entende e conceitua a família. Permito-me ousar dizer que o cuidado de Enfermagem às famílias no Hospital é solitário, silencioso, doméstico e sem o domínio científico que exige.

Avalio que estas ações estão invisíveis no imaginário dos profissionais pelo pouco conhecimento científico do que já temos desenvolvido sobre o tema família e suas necessidades. Não identificam que é o cuidado de Enfermagem à família, enquanto foco de seu cuidado, não vêem à família uma unidade de cuidado, onde seus integrantes precisam uns dos outros para avançar no processo de viver e ser saudável. E, nesta perspectiva, a família precisa ser cuidada enquanto unidade cuidadora social para manter suas forças, potências, e até fragilidades para que este sistema se auto- regule, segundo Elsen (1992), Souza (2005), Nitschke (1999), Boehs (2002), Ângelo (1999), Wright e Leahey (2002), defendem em seus escritos e discursos. Na verdade, todos os enfermeiros que se inserem no mundo do cuidado de Enfermagem às famílias, defendem esta posição em relação ao cuidado destas.

Esta invisibilidade e dicotomia no cuidado de Enfermagem às famílias no cotidiano

da Enfermagem estão relacionadas às formas na qual estes profissionais foram abordados no ensino, sobre o cuidado às famílias. A maioria dos membros da equipe está formada por mais de 10 anos, e mesmo os mais atuais, expressaram em suas atitudes que a família, apesar de considerá-la importante, persiste a imagem que dificulta o trânsito do trabalho, exige tempo demais, é estressada, deixa o familiar Hospitalizado, angustiado. Portanto, os profissionais geram inúmeras justificativas para evitar uma relação de intimidade com as famílias.

Durante as observações das ações de cuidado que realizei na maior parte do tempo sem que estes percebessem, verifiquei uma solidificação automática de ações de cuidado de Enfermagem como uma seqüência “normatizada”, ou “rotinizada” própria das pessoas e do funcionamento da Unidade ao cuidar das pessoas. Os profissionais acreditam que estas ações de orientação que se limita à mulher sobre os cuidados com seu filho é a idéia principal do cotidiano de cuidado que vive, exaltam esta fala e esta ação de cuidado todo o tempo, e percebi a alegria que sentem ao fazê-la, pois há uma idéia de autonomia, capacidade de ensinar como a mulher pode cuidar de seu filho. Fazem orientações bem elaboradas, consistentes em relação a todas as necessidades fisiológicas, como cuidar do coto do bebê, ensinar a mãe no banho de seu filho, a troca de curativos nas episiorrafias, com as mamas, a involução uterina, enfim, conseguem atender esta dimensão biológica do cuidado de Enfermagem. Observei, também, que existe a consciência de que estes cuidados realizados não os satisfazem, quando conseguem, chamam o pai para participar destas orientações, mesmo que de objetivo fisiológico.

O movimento dos profissionais de Enfermagem, no seu dia-a-dia, segue uma rotina pré-estabelecida, que se fortalece com o passar dos anos, tais como: chegar ao Hospital, receber as informações do plantão que antecedeu seu turno, procurar os prontuários dos pacientes que foram designados para o seu cuidado naquele dia, sendo a prática comum das Unidades, o cuidado integral, ou seja, cada funcionário fica responsável por um número X de pacientes, desenvolvendo com este, suas ações de cuidado, e ao término destas rotinas há um sentimento compartilhado de dever cumprido.

Por diversas vezes ouvi os profissionais relatarem nos corredores, ou na sala de medicação e no balcão que “*o dia está ganho, pois minhas tarefas foram realizadas*”. Estas ações se resumem na preparação de medicamentos, avaliação de sinais vitais, controles de sangramentos, anotações na folha de observação complementar, orientações de acordo com a população da unidade, recebimento das puérperas.

O acolhimento destas mulheres que acabam de receber mais um papel social, de ser

mãe, ocorre com mais ou menos sensibilidade, dependendo do profissional. São eles que buscam o binômio mãe e bebê no centro obstétrico, e a interação entre eles se estabelece neste primeiro contato e depende da forma como o profissional a aborda. Olhando o comportamento das famílias, estas escolhem o profissional que interagiu melhor com as mesmas para retirar suas dúvidas, solicitar às demandas que surgem durante o processo de Hospitalização, na maioria, aqueles profissionais que as respeitaram e se mostraram solícitos, compartilhando das dores e sabores de viver a maternidade.

Na maior parte das vezes, os membros familiares que visitam a puérpera, o acompanhante, ou outro membro familiar, adquirem postura passiva diante de normas e rotinas, mas utilizam de linguagem corporal, não-verbal para transmitir suas insatisfações relativas às ansiedades e dificuldades que estão ultrapassando. Estas insatisfações, por vezes, expressam-se em atitudes rudes, reclamações entre seus pares e companheiras de quarto. Quando há um cuidado direcionado a elas, às famílias, eles também reconhecem e verbalizam, deixando lembrancinhas para a equipe da Unidade, cartinhas para os profissionais que mais interagiram, há expressões através do choro, quando a emoção do cuidado realizado com amor se mostra.

As famílias, quando enfrentam a situação de Hospitalização, precisam acionar a rede de apoio social para poder organizar toda a dinâmica que vive fora dos muros do Hospital e sozinhas, ficam perdidas, ansiosas, e, certamente, acabam gerando nas equipes uma demanda maior de atenção. Para elas, o que fazer para manter os demais filhos em segurança, o que fazer com a falta alimentar em casa, quem vai aceitar ajudá-los neste período? As mulheres se angustiam com os maridos que ficaram sozinhos, as redefinições de papéis, e estes fatores deixam as famílias vulneráveis. Estas situações se mostraram no cotidiano de cuidado da Enfermagem no alojamento conjunto e é facilmente verificável quando as mulheres pedem alta Hospitalar antecipada e justificam sempre que é por causa dos demais filhos que ficaram em casa, sozinhos.

Ângelo e Pettengill (2005, p. 982-988), realizaram um estudo sobre as vulnerabilidades da família, objetivando definir um conceito com base na literatura e na experiência das famílias. As autoras afirmam que na literatura pode-se encontrar em artigos prioritariamente internacionais, como os de Philips CA. Vulnerability in family systems: application to antepartum (1992), Ross-Alaolmolki K, Heinzer MM, Howard R, Marszal S. Impact of childhood cancer on siblings and family: family strategies for primary health care. (1995) e Cody A. Helping the vulnerable or condoning control within the family: where is

nursing?(1996), a preocupação em relação às vulnerabilidades das famílias que experienciam a Hospitalização indiferente da situação que experimentam, ou seja: o nascimento, a doença, a morte entre outros. Segundo as autoras, os estudiosos do mundo todo que estão trabalhando esta temática ainda enfocam as vulnerabilidades a partir da visão dos profissionais, e não das famílias, que são as pessoas que realmente as sente e vive. Para estas, o enfoque ainda é proveniente do paradigma biomédico. (ANGELO e PETTENGILL, 2005).

As autoras relatam que o resultado da análise conceitual dos artigos as levou a compreender que a ameaça da perda da autonomia das famílias fica estabelecida e ao comparar com as vivências familiares, reafirmam que estas experienciam a Hospitalização influenciadas por situações já vividas, e conforme tenha sido a experiência, este fator irá contribuir para dificultar ou facilitar o olhar para as vulnerabilidades familiares. (ÂNGELO e PETTENGILL, 2005).

Como este estudo foi desenvolvido com famílias que acompanhavam o processo de Hospitalização de um filho, Ângelo e Pettengill (2005, p. 985), detectaram que:

Os problemas, demandas e as interações dentro da unidade familiar vão se manifestando, conforme vai vivenciando a Hospitalização do filho. A ruptura da unidade familiar provocada pela doença e Hospitalização, leva ao desequilíbrio na capacidade de funcionamento da família, gerando conflitos, distanciamento e alteração na vida familiar.

Para Ângelo e Pettengill (2005, p. 985), “soma-se a isso os conflitos gerados na interação com a equipe, caracterizado pela falta de diálogo entre família e equipe”. Esses elementos intensificam a vulnerabilidade das famílias que se sentem oprimidas, desrespeitadas e moldadas ao mesmo tipo de abordagem de cuidado.

Diante do progresso que este estudo promoveu, as autoras Ângelo e Pettengill (2005, p. 987), desenvolveram um conceito de vulnerabilidade das famílias, focando a Hospitalização infantil, que acredito estar consoante com o que venho apresentando nos detalhes da observação realizada. O conceito fala que:

Vulnerabilidade, em uma situação de doença e Hospitalização de um filho, é a família sentir-se ameaçada em sua autonomia, sob pressão da doença, da própria família e equipe. Os elementos desencadeadores são as experiências vividas anteriormente, o acúmulo de demandas que comprometem sua capacidade para lidar com a situação e o despreparo para agir. Os atributos definidores da vulnerabilidade estão relacionados ao contexto da doença que gera incerteza, impotência, ameaça real ou imaginária, exposição ao dano, temor do resultado, submissão ao desconhecido e expectativas de retornar à vida anterior; ao contexto da família com desequilíbrio em sua capacidade de

funcionamento, tendo desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos familiares; ao contexto Hospitalar com conflitos com a equipe, marcado pela falta de diálogo, desrespeito e afastamento de seu papel. Como consequência, a família alterna momentos em que não consegue fazer nada, com outros em que tenta resgatar sua autonomia, sendo, portanto, um movimento dinâmico e contínuo que atribui uma transitoriedade a seu sentimento de vulnerabilidade ao longo da experiência da doença e Hospitalização da criança. A ameaça à autonomia exprime o significado de vulnerabilidade para a família nessa circunstância.

Durante a observação realizada nesta Unidade, percebi que as famílias são coadjuvantes no processo de nascimento da criança, a mulher, agora mãe, tem seu corpo visto como uma fonte alimentar, que precisa exercer esta função. Como em todas as situações da vida, existem diferenças entre a abordagem dos profissionais, o que ficou muito claro para mim, nas três Unidades durante a observação e também nas entrevistas. Volto a afirmar que existem muitos profissionais que se preocupam com o estado emocional da mulher, questionam como está sua percepção quanto ao novo papel de ser mãe, mesmo que já tenha outros filhos, enfim, possuem sensibilidade na abordagem da mulher e do bebê. Apesar de a família ser “virtual”, no processo de cuidar da Enfermagem, observei que todos os profissionais se preocupam com o futuro destas, principalmente, as mais carentes, as que têm história familiar de violência, porém, os *muros do Hospital* possuem a *imagem de limite* e, portanto, é difícil envolver os membros familiares neste cotidiano de cuidado da Enfermagem, e me pareceu que não se sente falta de desenvolvê-lo, uma vez que muitas estratégias terão de ser pensadas, precisará de muito esforço para ocorrer uma transformação deste paradigma vigente .

Quanto às características do cuidado de Enfermagem realizado no alojamento conjunto, há diferenças com relação aos procedimentos de Enfermagem, há uma série de controles a serem feitos, como o controle de lóquios (sangramento pós-parto), suturas pós-parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido, curativos, medicamentos que são, na maioria das vezes, por via oral. O banho do bebê, o primeiro, a equipe de Enfermagem realiza para ensinar à mãe a fazer em casa, neste momento, por ocasiões, o pai acompanhante e/ou a avó, que está junto, participam do processo. Nestes períodos, pude verificar que há certa tendência em valorizar o binômio mãe e bebê. A atenção dos profissionais se volta para o foco do cuidado aos indivíduos, dividindo o cuidado para a mãe e para o bebê.

Nesta Unidade, pude experienciar durante o processo de observação que há uma

lacuna onde os profissionais desejam realizar e o que os motiva. As diferenças na linguagem e na postura destes, durante o cuidado de Enfermagem que realizam, modificam de pessoa para pessoa, bem como, as concepções sobre o que é família.

Por vezes verifiquei que a linguagem verbal era incompatível com a linguagem corporal, alguns estavam naquele espaço, porém, seu pensamento estava fora das paredes delimitadoras do ambiente Hospitalar, transformando o cotidiano de cuidado em um movimento repetitivo de ações específicas que se desenrolam espontaneamente pelo ato de repetição. Nestes momentos pude ver o cuidado focado na doença, no curativo, no banho, totalmente enredado e enfadado pela ausência de motivação.

Em contrapartida, os mesmos profissionais surgiam no outro dia motivados, conversadores, entusiasmados com o seu fazer. Na minha leitura, esta apresentação do cotidiano de cuidado da Enfermagem no alojamento conjunto mostra a contradição cultural, institucional e pessoal. No mesmo tempo em que se mostram solícitos e pacientes com as mulheres, seus bebês, pais, avós, ou o acompanhante, lembrando que o foco principal é o indivíduo e, por vezes, o contexto das famílias, ocorre uma junção do saber doméstico com o saber técnico-científico, e as vivências na Unidade entre os membros da equipe interfere diretamente na abordagem que estes realizam junto de quem cuidam pela identificação com seu modo de viver doméstico.

A união da equipe de Enfermagem na sala de lanche se mostrou inerente e necessária no cotidiano de cuidado da Enfermagem nas três Unidades pesquisadas. Este encontro observado no alojamento conjunto, assim como nas demais Unidades, trata-se de um respiradouro, ambiente simbólico gerado para amenizar as ansiedades, pôr as conversas em dia, que perpassam desde situações pessoais, trocas de experiência, sugestões para festas, enfim, momento de “*esquecimento*” do trabalho.

Todos gostam de compartilhar deste tempo, em que o mundo externo à sala de lanche parece parar, é também neste espaço, na maioria das vezes, que conversam sobre cada situação familiar dos pacientes que estão cuidando, das situações que estes passam, todavia, logo desistem de pensar alternativas para ajudar estas famílias, pois acreditam que o que está fora do Hospital, não é do alcance da Enfermagem.

A responsabilidade destas ações fica para o Serviço Social e a Psicologia. Sabemos que o ideal é que tenha pessoas da Enfermagem na Unidade para que o ambiente e as puérperas e seus filhos não fiquem sem cuidado, mas é como um código ético e estético desta tribo, que precisa se alimentar unida, e se fica alguém de fora é porque há algo errado, é uma

forma de isolamento, de afastamento uns dos outros.

Mas é interessante o senso de responsabilidade, pois nas três Unidades, os profissionais têm a preocupação de avisar aos demais membros da equipe de saúde local, aos acompanhantes e próprios pacientes, onde estão e que basta chamá-los quando precisarem. Esta é a expressão da razão imersa na sensibilidade para as pessoas que deles dependem.

Durante o período de observação na Unidade de Alojamento Conjunto, pude ver que há uma repetição de tarefas seqüenciais que formalizam a imagem da clínica, da equipe de Enfermagem, bem como demais profissionais. Percebi a existência de um relacionamento profissional saudável, houve mudança de chefia de Enfermagem, esta foi acolhida muito bem pela equipe de Enfermagem o que mostra receptividade e acolhimento desenvolvidos. Vislumbrei possibilidades de despertar a curiosidade de se tentar ampliar o foco de cuidado do individual e contextual para as famílias, na realização das entrevistas onde validei os dados que observei e também a vontade de transformação que algumas pessoas afirmaram desejar.

Com relação ao contato com as pacientes e seus bebês, percebi que há um distanciamento de algumas mulheres à aproximação de outras, diagnósticos do tipo HIV/AIDS motiva o distanciamento, e o nascimento de um bebê grande, bonito, propicia a aproximação. Esta característica observada neste campo também ocorre nas demais Unidades, e em todas é discreto e silencioso, entretanto, por vezes as famílias percebem e colaboram para afastar ainda mais as equipes de seu familiar Hospitalizado, e também os demais membros da família. Há um fechamento em concha, que dificulta a visão das famílias sobre o fazer da Enfermagem e, por conseguinte, a falta de humanização no cuidado de Enfermagem, e o mecanicismo de seus atos.

Penso que estas atitudes que se expressam no cotidiano de cuidado, ou de não-cuidado, são impensadas pelos profissionais que acabam cuidando das pessoas domesticamente, com um olhar restrito apenas às patologias e seus riscos, de forma muito popular, sem cientificidade. Creio que o senso comum prevalece nestes momentos e o inconsciente estimula estas ações que, infelizmente, as famílias ficam vulneráveis e os profissionais também, pois criam mitos populares que nos delimitam enquanto profissão Enfermagem à imagem de tarefeiros, sem coração, descuidados, enfim, estereótipos dolorosos de se ouvir.

Apesar destas diversidades observadas, algo me proporcionou alegria e motivação para continuar a lutar ainda mais para a transformação da Enfermagem para um futuro melhor, pois pude conhecer os profissionais e ver que estes gostam do que fazem, tem

consciência que trabalhar com mães, bebês, famílias, exige dedicação, amor, sensibilidade e isto é o potencial a ser explorado pelas coordenações destas equipes, valorizando este potencial para transformá-lo em um cotidiano de cuidado de Enfermagem motivado, eficiente, com olhar ampliado às pequenas coisas, que estão ao nosso alcance, que apenas precisam ser reconhecidas para então se tornar parte deste cotidiano.

6.1.2 Observando o cotidiano de cuidado da equipe de Enfermagem na pediatria

Esta parte do estudo foi muito difícil para mim enquanto pesquisadora, pois é nesta Unidade que atuo há 12 anos como Enfermeira, estando atualmente como chefia desta. Antes mesmo de me abstrair dos papéis que me competem neste ambiente, já tinha em mente o que provavelmente encontraria. Este pré-conhecimento está atrelado às minhas próprias experiências, uma vez que, por diversas vezes, propus atividades de aproximação com as famílias, atividades grupais, enfim, e a falta de motivação também estava marcante na Pediatria como um obstáculo a ser vencido. Foi difícil compreender que os interesses das pessoas se moldam à forma que vive e seu conhecimento, além dos seus objetivos.

Na Enfermagem temos divisões de categorias profissionais distintas pelo nível de formação acadêmica, e estes diversos graus de conhecimento pode ser um fator limitante para buscar novas idéias e fazê-las acontecer, não apenas por um mês, uma semana, mas como inerente os processo de cuidar. Conceber a família como foco de cuidado dentro da Instituição Hospitalar está muito distante da realidade automatizada e reforçada por anos. O que fazer com as famílias se é a criança que está doente? Qual o motivo de cuidar das famílias? Quando é preciso fazer isto?

Foi interessante trocar as lentes dos óculos, trocar a camisa e modificar o crachá, sempre que entrava na Unidade me apresentava como pesquisadora, no meu crachá da Instituição fiz uma nova identificação como doutoranda de Enfermagem e todos riam, queriam a todo tempo me trazer para dentro do círculo da equipe como chefia, como membro efetivo deste grupo de pertencimento. Precisei me concentrar firmemente em meus objetivos para não ceder às insistências dos meus colegas de equipe, por uma característica pessoal de diplomacia e afetividade que tenho no convívio com todos. Aos poucos, foram entendendo minha posição e a seriedade da pesquisa, combinamos que após eu terminar meu período de

coleta de dados daquele dia, eu ficaria mais um tempinho para um café.

Por ser a Unidade em que trabalho, não houve resistência a nenhuma atividade proposta, as entrevistas fluíram tranqüilamente, bem como, a observação e análise documental. Diferente das demais Unidades, as pessoas queriam participar por desejar a mudança. Obviamente, não foi unânime esta postura, mas na Pediatria há um grande número de técnicas de Enfermagem, recém-formadas na Graduação em Enfermagem, e estas se mostram engajadas em buscar melhorias, à medida que se deram conta do que o estudo se tratava e realizavam uma análise do filme mental de suas trajetórias na Pediatria.

Durante o processo de observação na Pediatria, também pude sustentar as minhas hipóteses em relação a como se expressa o cotidiano de cuidado da Enfermagem às famílias nesta Unidade. Da mesma forma que ocorreu no AC, às famílias não recebem cuidados especializados da Enfermagem, não há definido para as famílias o cuidado com o foco nelas. Estas se mantêm como contexto, e, principalmente, a criança é o foco central da equipe de Enfermagem, e estes priorizam as técnicas na seqüência rotineira que foi sendo estabelecida naturalmente, além dos próprios horários institucionais, como alimentação, principalmente. Ocasionalmente, há um olhar para o familiar acompanhante, uma ação individual para a família de acordo com o referencial do profissional.

A rotina da Unidade também tem suas características, segue-se a passagem de plantão, retirada de medicamentos, preparo de medicamentos, então, há a ida aos quartos para iniciarem suas atividades. O humor na Pediatria é mais leve, penso que a criança faz as pessoas se tornarem mais brincalhonas, percebi que há uma boa relação com os acompanhantes, exceto, nas situações de estresse, que a equipe também ansiosa e cansada acaba discutindo entre si e com os familiares, ficam mais ríspidos. Mas não é o habitual destes, a grande maioria gosta de cuidar das crianças, fazem carinho, pegam no colo, o que gera nos acompanhantes, segurança e até intimidade. Geralmente, a equipe recebe elogios por seus feitos, principalmente, quando respeitam algumas características típicas das famílias, como horário do banho em horários diferentes, preferências alimentares, ajudam à mãe, pedindo uma comidinha a mais entre outras posturas que levam ao cuidado destas.

Algumas situações de cuidado para além do paciente se mostraram presentes na Pediatria, sendo o acompanhante, o motivador de discussões sobre a problemática visualizada na história familiar da criança. Mas as ações de cuidado se resumem a resolver a situação local, como exemplo, quem pode vir trocar de acompanhante para a mãe descansar, ou dar uma cesta de alimentos para quando estiver com alta, enfim, ações localizadas, pontuais e

paliativas. Afirmo que estas são tão importantes quanto qualquer outra abordagem, uma vez que, diminui as ansiedades geradas no momento, mas que precisam de reavaliação para não haver frustrações futuras em nós, profissionais, e nas famílias, pois quando a cesta acaba, quando não houver mais nenhum profissional para reorganizar a dinâmica familiar, como estará a potência desta família para se auto-regular enquanto sistema?

Existem alguns diferenciais na Unidade Pediátrica que já ocorrem há anos e gerou a integração dos demais profissionais da equipe de saúde. Estas interações se mostram no cotidiano em momentos de festas desenvolvidas em datas comemorativas, como o Dia das Crianças, Natal, aniversários de crianças Hospitalizadas, Páscoa, Dia do Índio entre outras situações. Para que estas festividades ocorram, contamos com voluntárias treinadas pela Associação Amigos do HU, que ajudam, doando as guloseimas, a equipe de Enfermagem, Psicologia e Serviço Social especialmente, contribuem com refrigerantes, o Hospital com cachorro-quente, e este diferencial acaba, de certo modo, aproximando a equipe das famílias que nestes dias podem trazer seus demais filhos, além, também, da visita ampliada que acontece em todo o Hospital e foi um avanço que a Enfermagem lutou.

Outro diferencial que existe na Pediatria é o grupo de intercâmbio, este é composto de representantes das categorias profissionais de nível superior que se reúnem às terças-feiras, no período vespertino. Possui Enfermeiro, Assistente Social, Médico, Psicóloga e Acadêmicos destas áreas. Este grupo discute o caso de crianças em situação de risco, principalmente, dificuldades nas relações da equipe com os acompanhantes, que, geralmente, são as mães. Não se avançou ainda no estabelecimento de estratégias para se buscar como cuidar desta família, integrá-la ao Hospital, as pessoas que cuidam de seus filhos, o que farão na alta Hospitalar, apenas há encaminhamentos que acontecem individualmente, principalmente pelo Serviço Social e a Psicologia.

Embora esta iniciativa seja um bom suporte para a equipe e o para o cuidado que se desenvolve nesta Unidade, é a persistência de alguns profissionais que o mantém, mas as ações de cuidado da Enfermagem como dos demais profissionais estão limitadas também as paredes do Hospital e as dificuldades que encontramos em realizar a referência e contra-referência com as estratégias de saúde da família nas unidades básicas. Mas, em contrapartida, estes pequenos passos podem iniciar a diferença no cotidiano de cuidado da Enfermagem, pois acredito que, a estrutura e características da Unidade, e o fato de ser criança doente, demanda maior atenção e compaixão.

A Pediatria é uma Unidade aberta, o trânsito de pessoas é alto, até mesmo

especulativo para ver as crianças doentes, e isto gera sentimentos contraditórios na equipe, por vezes, incomodada com tanta gente, por sofrer junto com a criança e as mães em função dos procedimentos invasivos, motivadas pela identificação materna, que traz o reconhecimento das dificuldades que as mães com seus filhos doentes vivem. Mesmo sendo claro que o foco de cuidado da Enfermagem é a criança, e, por vezes, o acompanhante, quando este solicita, vemos a necessidade de conhecer quem é esta família que cuidamos. A maioria delas se ajuda entre si, e pude verificar que para evitar solicitar ajuda da Enfermagem, preferem manter este acolhimento entre si para garantir que alguém que está na mesma situação olhe seu filho durante o banho, para comerem entre outras necessidades.

Boehs (2002, p. 95-6), refere que:

Para o atendimento das necessidades do familiar, a equipe de Enfermagem é solicitada, comumente, no início da internação, mas logo os familiares descobrem que existe outro recurso, os familiares das outras crianças internadas [...] os familiares acompanhantes formam uma rede de solidariedade, que poderia inclusive ser denominada como família de dentro. Esta rede de familiares acompanhantes tem duas maneiras de se ajudar: atendendo as necessidades dos familiares acompanhantes e auxiliando no cuidado das crianças internadas.

Esta citação de Boehs (2002), que trouxe a contribuição sobre a aproximação da Enfermagem e das famílias no processo de internação pediátrica retrata claramente o que também percebi na Pediatria, os profissionais acabam entendendo que esta é a dinâmica adequada de cuidado, que as famílias podem ajudar o que eu concordo, pois aproxima as interações, mas acaba por fazer deste modelo, o seu cotidiano de cuidado, o que, na verdade, não é responsabilidade das famílias e sim, das equipes. As famílias estão acompanhando seus filhos para que fiquem bem, emocionalmente, para facilitar as ações da Enfermagem, mas não para realizarem o trabalho por nós. Preocupa-me esta situação que se mostra a cada dia mais estabelecida como parte do cotidiano de cuidado da Enfermagem Hospitalar, pois é um caminho contrário ao que se concebe como arte de cuidar, especialmente de famílias.

Há os aspectos positivos desta relação, que é a comunicação, a sensação de não estar sozinho, bem como, a união em grupo para manter a força, caso seja preciso solicitar direitos dos acompanhantes. É a sensação de pertencimento em um lugar desconhecido e cheio de desafios a vencer. Observei que na internação pediátrica esta tática de convivência é estabelecida pelas famílias que já possuem um histórico de reinternações, pois já conhecem as equipes, formaram seu juízo e valores relativos aos profissionais, então acabam por ciceronear

as famílias recém-chegadas.

Cuidar das famílias, pressupõe olhar todos os seus segmentos, o que está interligado em sua dinâmica de vida, e na Pediatria, bem como, na Unidade de Neonatal, há um olhar mais aberto, em momentos fortuitos, relativos à importância da família estar presente, pois estamos cuidando da criança em um momento de doença, que vai de simples diagnósticos à enfermidades que levam ao óbito. Embora tenha percebido que nas situações que a família (completa) deseja estar ou saber da criança, a equipe fica sem chão, sem saber como abordar, então, a velha desculpa das infecções nos salvam neste momento.

Mas, mesmo com esta idéia que as famílias destas crianças estão cada dia mais vulneráveis com as artimanhas que as doenças os faz passar, estes se encontram também na linguagem Hospitalar como incômodos, frases do tipo: *as crianças não são problemas, mas as mães... estas... só atrapalham*. Estas idéias são compartilhadas pela maioria dos profissionais da Unidade, mas como já relatei não é possível generalizar, há as diferenças que acredito ser o que mantém o equilíbrio da convivência no Hospital entre equipe, acompanhante e Hospitalizado.

Na Pediatria, as famílias também estão representadas pelo acompanhante e estes se encontram em uma dimensão estereotipada, conforme já mencionei, ou seja, igual para todas, seguem sempre o mesmo curso, em especial, nas orientações de alta, e estas são focadas na criança. Apenas o familiar acompanhante que se faz presente e, ocasionalmente, quando este se torna questionador, acaba sendo inserido no processo, a fim de determinar quem será o cuidador principal, quem continuará a dar as medicações, enfim. A alta não é planejada durante o processo de Hospitalização, e, ao final, são muitas as informações dadas ao acompanhante, que muitas vezes reinternar com a criança três a cinco dias após a alta pela mesma patologia.

Na maioria das vezes, o nível de exigência para que compreenda as orientações são comparados ao nível de saber do profissional e a família passa a ser classificada como negligente, pois não ofertou a medicação como foi “mandado”.

O foco do cuidado de Enfermagem está normalmente no indivíduo, e sua preocupação está voltada para as técnicas que terão de ser desenvolvidas em casa, com a criança e se esquecem de reforçar a importância do amor, do carinho, das relações, entre nós e eles mesmos. Existe uma multiplicidade de olhares que ocorrem individualmente pelos membros da equipe, e o cuidado de Enfermagem às famílias se expressa na condição e referencial de cada ator desta trama, como cada profissional entende o que é família.

Permito-me ousar dizer que o cuidado de Enfermagem às famílias no Hospital é solitário, silencioso, doméstico e sem o domínio científico que exige. Até nas falas dos profissionais é possível verificar esta afirmação, quando os mesmos dizem: *“agora que sou mãe eu entendo melhor estas coitadas, ficam sem dormir, sem comer, sem o carinho dos maridos, quando tem, agora eu até me arrependo de ter às vezes xingado elas”*. (Ágatha amarela).

Avalio que estas ações estão invisíveis no imaginário dos profissionais pelo pouco conhecimento científico do que já existe sobre o tema família e suas necessidades. Na verdade, cuidar de crianças, essencialmente, está interligado as famílias aos profissionais, mas esta interação é velada, pouco valorizada, e talvez, por isso, não identificam as famílias como um grupo que também necessita de cuidados, e que, em muitos momentos, precisa ser o foco de sua atenção, além da criança. Os profissionais não vêem as famílias como uma unidade de cuidado, onde seus integrantes precisam uns dos outros para avançar no processo de viver e ser saudável. Creio que esta forma de atuação é doméstica, pouco profissional, quando eles estão em crise familiar e acabam se identificando com as situações no cotidiano de cuidado que seu papel exige, ficando sem rumo e sem conhecimento científico para dominar a tendência de identidade, da comparação, da domesticação de suas ações de cuidado e não-cuidado, conforme nos relembra Souza. (2005).

Um exemplo da dicotomia e individualização do cuidado Hospitalar se mostrou durante o período de observação na Unidade: Pela manhã, uma senhora me abordou, ela estava acompanhando o neto Hospitalizado há cinco dias e referiu ter solicitado para que “alguém” da Enfermagem verificasse sua pressão arterial. Explicou-me que era hipertensa e estava com muito sono, pensava que a pressão havia baixado muito. Da solicitação da senhora de 60 anos, cinco noites sem dormir, se passaram 12 horas até que pedi para uma colega verificar sua pressão arterial. Perguntei-me: isto é cuidar da família? Não é mesmo! Preciso mudar os olhares, o paradigma, mesmo que leve muitos anos, mas a Enfermagem não pode deixar perder sua essência: CUIDAR.

Em contrapartida, na mesma manhã, uma família que estava recebendo alta, veio me parabenizar pela equipe que é muito atenciosa, simpática, competente. Nestes momentos de contradição, percebi que da mesma forma que ocorreu nas demais Unidades, o fato de seu filho ter sido bem cuidado, não ter ocorrido erros com medicamentos, não ter ficado sem alimentação, e eles não terem “pago nada por isso”, é um benefício ímpar, pois a maioria já passou por outras internações e vivenciaram situações piores, e então se tornam agradecidos.

Além disso, há profissionais que fazem o diferencial, conseguem olhar além do que os olhos treinados para o individual vêem, e este é o maior motivo que me levou a desenvolver este estudo, pois ao desvelar estas facetas do cotidiano de cuidado da Enfermagem, podemos unir estes profissionais com o olhar mais amplo e, juntos, motivar a transformação dos paradigmas, derrubarmos os muros Hospitalares e convivermos e cuidarmos das famílias junto de quem as trouxe até o Hospital.

Analisando esta trajetória, é fácil identificar quanta alternância existe no mundo Hospitalar, quando o assunto é cuidado da família como foco da Enfermagem. Parece haver um vai e volta entre o antigo, que era rígido, engessado e arcaico, e ao novo, na busca da flexibilidade, de alternar possibilidades, rever situações.

Este desvelamento realizado através da observação do cotidiano de cuidado da Enfermagem me remete as noções de pós-modernidade na perspectiva de Maffesoli, pois este descompasso é a maneira de nos encontrarmos rumo às necessidades deste novo tempo. É a junção de tudo o que foi ensinado que era certo e errado para a Enfermagem fazer dentro do Hospital, um misto de insatisfação dos envolvidos, famílias, equipes de Enfermagem, interações do conhecimento antigo e as novas idéias, para a chegada de um futuro melhor, embora inacabado, uma vez que, a certeza não existe, mas a transformação sim, basta olharmos para o cotidiano.

6.1.3 Observando o cotidiano de cuidado da equipe de Enfermagem na neonatal

O cotidiano da equipe de Enfermagem da neonatologia difere um pouco das demais Unidades, em função da especificidade de que tal ambiente é restrito, pois se trata de uma Unidade fechada, com as características de uma UTI.

As famílias têm pouco acesso à Unidade, os horários de visita são reduzidos para evitar riscos de elevação de infecção para os bebês prematuros. As mães fazem o método canguru, podem alimentar seus filhos com seu leite, fazer a troca de fraldas, participarem do banho, dependendo das condições de saúde da criança. Como observado nas demais Unidades, os profissionais são competentes, respeitam as crianças, fazendo silêncio, desenvolvendo as técnicas de Enfermagem com cuidado e carinho. Porém, não foi diferente o foco de atenção da equipe, este também se mostrou focado na criança.

Na neonatologia foi a Unidade que permaneci menos tempo, observando o campo, pois por estar mais próxima da Pediatria e também por compartilhar com eles, um ambiente ao lado da unidade por 12 meses, enquanto a Unidade de Internação Pediátrica estava sendo reformada, já conhecia bem a realidade desta equipe.

Durante o processo de observação na neonatologia, também pude sustentar as hipóteses com relação às imagens do cotidiano de cuidado da Enfermagem às famílias nesta Unidade. Da mesma forma que ocorreu no AC e na UIP, às famílias não recebem cuidados especializados da Enfermagem, não há planejamento de atenção e cuidado para as famílias, e o cuidado está centrado nos bebês e suas mães, que são fonte de alimento.

Do mesmo modo, as rotinas se manifestaram, os profissionais seguem o mesmo ritual das demais Unidades, priorizam as técnicas na seqüência rotineira que foi sendo estabelecida naturalmente, além dos próprios horários institucionais, como alimentação, entrada de visitas, horário de amamentação, enfim, as rotinas do setor. Ocasionalmente, há um olhar para o familiar acompanhante, e para a família de acordo, porém, dependendo da idéia e conhecimento do profissional.

A rotina da Unidade também tem suas características, segue-se a passagem de plantão, retirada de medicamentos, preparo de medicamentos, mas os quartos não existem, são salas grandes que acolhem os bebês de cuidados intensivos, de média complexidade e para ganho de peso e fototerapia.

Na neonatologia, há um ar diferente, de seriedade, de preocupação constante, típicos de Unidades de cuidados intensivos, mas também, pude ver momentos de descontração e alegria entre os profissionais, principalmente, na hora de seu respiradouro, a sala de lanche. A equipe parece ter uma boa relação entre eles da Enfermagem e com a medicina, que na neonatologia, está sempre presente.

É um mundo mais denso, de vários contextos, que valeu a pena ser conhecido mais proximamente. Muitas imagens se mostraram idênticas às da UIP e do AC, em um entrelaçamento que considero inerente ao mundo pediátrico.

PED	Família	Acompanhante	Pai	Mãe	Avó	Familiar	Cuidado à família	Referências à família
01		x						
02		x						
03		x						
04		x						
05		x						
06		x						
07		x						
08		x						
09		x						
10		x						

NEO	Família	Acompanhante	Pai	Mãe	Avó	Familiar	Cuidado à família	Referências à família
01		x		x				
02		x		x				
03				x				
04				x				
05								
06								
07				x				
08				x				
09		x						
10				x				

Quadro 1 - Avaliação documental: alojamento conjunto, pediatria e neonatologia: histórico de Enfermagem

Neste quadro é possível verificar que no histórico de Enfermagem apenas o descritor acompanhante e mãe. Em nenhum momento a família é concebida como unidade de cuidado e a ser cuidada pela Enfermagem. Fica explícito que, ao receber as famílias para o processo de Hospitalização, apenas pessoas chave da família são consideradas e a mãe surge na maioria dos históricos como responsável pela vivência da Hospitalização e elo com a família que ficou do lado de fora do Hospital.

AC	Família	Acompanhante	Pai	Mãe	Avó	Familiar	Cuidado à família	Referências à família
01				x				
02				x				
03				x				
04								
05								
06				x				
07								
08								
09								
10				x				

PED	Família	Acompanhante	Pai	Mãe	Avó	Familiar	Cuidado à família	Referências à família
01				x				
02								
03		x		x				
04		x						
05								
06		x						
07		x						
08		x						
09		x						
10		x						

NEO	Família	Acompanhante	Pai	Mãe	Avó	Familiar	Cuidado à família	Referências à família
01		x		x				
02								
03								
04				x				
05								
06				x				
07								
08		x						
09								
10				x				

Quadro 2 - Avaliação documental: alojamento conjunto, pediatria e neonatologia: prescrição de Enfermagem

Na prescrição de Enfermagem não houve diferenças no que se relaciona a abordagem da família como unidade de cuidado e a ser cuidada. O fato de surgir o descritor mãe e acompanhante estavam ligados a tarefas que estes necessitariam desenvolver com seus filhos,

ou encaminhamentos previstos para o serviço social, psicologia, não havendo uma prescrição formal para a família.

AC	Família	Acompanhante	Pai	Mãe	Avó	Familiar	Cuidado à família	Referências à família
01								
02				x				
03								
04								
05								
06				x				
07								
08								
09								
10				x				

PED	Família	Acompanhante	Pai	Mãe	Avó	Familiar	Cuidado à família	Referências à família
01				x				
02				x				
03		x		x				
04	x							
05								
06								
07	x							
08				x				
09		x		x				
10		x		x				

NEO	Família	Acompanhante	Pai	Mãe	Avó	Familiar	Cuidado à família	Referências à família
01								
02				x				
03								
04								
05				x				
06								
07								
08								
09								
10				x				

Quadro 3 - Avaliação documental: alojamento conjunto, pediatria e neonatologia: evolução de Enfermagem

Já na evolução de Enfermagem a família aparece, porém o significado de sua

abordagem estava relacionado a problemas que as mesmas estavam desenvolvendo na unidade, situações percebidas pelos profissionais, porém sem uma visão mais ampla de cuidado de Enfermagem, além da concepção de que os demais profissionais da esfera social é que precisariam resolver tais situações. Em alguns casos a Enfermagem até avaliava e previa ações de cuidado para as famílias, mas o cuidado ficava restrito a pessoa da família que se encontrava no Hospital acompanhando a criança.

CAPÍTULO 7 - O QUOTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL: AS IMAGENS MULTIDIMENSIONAIS DOS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS

As idéias, sem o amor que as fecunda, são como o sol de inverno, que ilumina, sem dúvida, mas cujos raios não impedem que alguém fique gelado. (BERSIER).

Neste capítulo, pretendo apresentar como o cotidiano da Hospitalização se mostra aos profissionais de Enfermagem e às famílias da Unidade de Internação Pediátrica (UIP), Unidade de Alojamento Conjunto (AC) e Unidade de Neonatologia (NEO). Inicialmente, apresentarei o que foi surgindo das imagens de cada categoria profissional: enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, considerando que cada um destes, devido a sua formação acadêmica, poderia enriquecer este estudo a partir do olhar que lança sobre o cotidiano que vive. Esta idéia partiu das nuances que foram se tramando na descrição das entrevistas, nas observações de campo e nos registros dos documentos dos prontuários.

Apresentar o que emergiu das falas destes sujeitos, revela-nos, as imagens que estes foram construindo durante seu processo de viver pessoal e profissional. Ou seja, o cotidiano da Hospitalização materno-infantil foi se revelando, a partir das imagens que os sujeitos deixaram emergir de seu imaginário durante nossas interações no processo de pesquisa. Segundo Maffesoli (1984, p.107):

A imagem, aquilo que parece, é, como se sabe, inteiramente secundarizada no produtivismo ocidental, na melhor das hipóteses ela passa do luxo ao supérfluo de alguns momentos de lazer. Essa situação é encontrada ao nível do pensamento; na verdade e em resumo, pode-se concordar que a atitude “científica”, consiste em revelar causalidades, em discernir o que, sob a simples aparência, é o “verdadeiro”. E, no entanto, ao mesmo tempo, como deixar de reconhecer tudo o que liga a ordem social à superfície das coisas, ao reino das imagens.

Durante todo o processo de conhecimento do cotidiano destes profissionais e famílias na área materno-infantil, foi possível avaliar a importância da aparência na vida cotidiana, uma vez que esta, ligada ao sentimento do efêmero, da repetitividade do ciclo, causa impacto perceptível em todas as situações da vida social. (MAFFESOLI, 1984). As imagens foram o meio de trazer a configuração do real vivido pelos profissionais e às famílias

no processo da Hospitalização. Desta maneira é que se tornou possível mergulhar neste contexto Hospitalar de tantas interações, que foram sendo desenhadas a partir das imagens que cada um trouxe e que, ao se “olhar de fora”, pode-se ver uma teia de inter-relações próprias dos seres humanos.

Destaco que *compreendo como interações*, todas as trocas, as relações que se processam entre as pessoas, as pessoas e o ambiente, as pessoas com elas mesmas, através das expressões ditas e apenas pensadas, entre as inúmeras formas de comunicação, corporal, oral, sendo estas, relações positivas ou não. Mas, que sempre deixam algum aprendizado. As interações ocorrem no cotidiano, quando compartilhamos histórias de vida, sofrimentos, alegrias, quando nos aproximamos das famílias no Hospital, ou nos afastamos. A vida é sentimento, então somente nas interações é que a própria vida é vivida.

Então, para mergulhar na leitura deste cotidiano expresso por imagens trazidas por seus principais protagonistas, é preciso reconhecer quais as imagens que os profissionais e famílias trouxeram de seu cotidiano. Logo, é a partir das imagens que surgiram no processo de interação que apresentarei como é *o cotidiano da Hospitalização materno-infantil para os profissionais de Enfermagem*. Do mesmo modo, mais adiante, farei a apresentação do que as famílias trouxeram como *imagens do cotidiano a partir de sua vivência dentro do Hospital nas Unidades de Internação Materno-Infantil*, descritas acima.

A voz destas famílias, na grande maioria apresentadas pela mãe, (estando, por vezes, o pai também presente) foi o ponto de partida para a análise e discussão dos dados, pois é na fala de cada família que surgiu a imagem que se teve do cotidiano da Hospitalização materno-infantil, o que também direcionou a compreensão das necessidades que o cuidado às famílias incita para sua evolução em todos os ambientes que transitam.

A análise e a discussão, nascidas desta grande aventura que foi mergulhar neste cotidiano, serão apresentadas à luz do referencial teórico-epistemo-metodológico da Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli, a partir da razão sensível. Buscando a compreensão do cotidiano, envolvendo convergências, similaridades e os elementos que apareceram como diferenças nas imagens trazidas pelos profissionais e as famílias das três áreas pesquisadas, estas foram organizadas por categorias e subcategorias. Assim, a priori, os dados foram inicialmente analisados por cada Unidade, categoria profissional, e as famílias, para conhecer o cotidiano materno-infantil, de acordo com as particularidades de cada Unidade, as diferenças e as similaridades das imagens próprias deste cotidiano Hospitalar.

7.1 AS IMAGENS DOS PROFISSIONAIS SOBRE O QUOTIDIANO DA HOSPITALIZAÇÃO MATERNO-INFANTIL

O cotidiano para os profissionais se mostra recheado por elementos que delineiam as imagens que estes construíram ao longo dos anos de experiência nesta área, na interação com as crianças, suas famílias e seus pares de profissão. Este cotidiano se constitui de *rotinas, eventos esperados e inesperados*, que se mesclam na fala dos profissionais, e se tornam visíveis aos olhos destes, quando param para refletir como é esse cotidiano da Enfermagem da Hospitalização na área materno-infantil. A dinamicidade do cotidiano se apresenta nas imagens que os próprios profissionais vislumbram ao descrever *rotinas* que se repetem diariamente, mas que podem ser transformadas dependendo do: cuidado que realizarão, de quais são as pessoas que receberão este cuidado; das imagens que possuem sobre as famílias, a criança, bem como, sobre o cuidado que realizam com as crianças, o qual, por sua vez, também é parte das imagens do que este ser criança significa para eles, apontando para o movimento de retro-alimentação circular-helicoidal que existe neste processo de construção e expressão de imagens.

Este cotidiano é multifacetado, multidimensional, complexo, mas como todo e qualquer cotidiano, com inúmeras possibilidades de exploração “intelectual” com o objetivo de aprender com quem precisa de cuidado de Enfermagem, com quem cuida e também deseja ser cuidado pelas famílias, pelo grupo de pertencimento, por si mesmo. Este se mostra aos profissionais de Enfermagem por meio de imagens que foram denominadas como subtemas ou subcategorias de discussão:

7.1.1 O cotidiano se mostrando nas rotinas

As rotinas adquiriram imagens significativas aos profissionais da Enfermagem da área materno-infantil, simbolizando, ou caracterizando, a maneira de viver destes profissionais, o seu cotidiano de cuidado. Sabem que a repetição é natural ao cotidiano, ou como diz Maffesoli (2007 a, p. 41):

Há um estilo do cotidiano, feito de gestos, de palavras, de teatralidade, de

obras em caracteres maiúsculos e minúsculos, do qual, se deve dar alguma conta. Ainda que para tanto, seja necessário contentar-se em trocas de leve, em afagar contornos, em adotar um procedimento desvolto. [...] retroalimentação constante entre forma e empatia.

As rotinas, apesar de ter um significado socializado no senso comum como algo chato e repetitivo, “aquilo que se faz sempre, do mesmo modo”, também é reconhecida como uma forma de organização do serviço da Enfermagem. Em uma análise paradoxal, aos olhos de alguns profissionais, ora a rotina é vista como igual à noção de cotidiano, e, outras vezes, como parte dele. Assim, repousa sobre a rotina, a possibilidade de descrever o cotidiano dos profissionais de Enfermagem através de imagens relacionadas a ela.

Nas imagens trazidas pelos profissionais da equipe de Enfermagem da Pediatria, da Neonatologia e Alojamento Conjunto, estes apontam para a imagem de que o cotidiano tem as rotinas como parte de sua conjuntura. Estas são expressas pelos profissionais através da descrição de como é a rotina deles.

NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA...

O cotidiano em Pediatria envolve: a **passagem de plantão, a leitura do livro de intercorrências** para ver **quem é o paciente mais grave antes da visita** aos quartos, bem como, a **divisão de pacientes** que ocorre entre os técnicos e auxiliares de Enfermagem. Divisão esta que é responsabilidade destes, apenas informando ao enfermeiro. Mais tarde há o **momento de fazer a metodologia de Enfermagem:**

sentar o bumbum na cadeira e escrever, escrever, escrever, tentar pensar o máximo possível. (Shimú).

Essencialmente, para alguns enfermeiros, o cotidiano possui a imagem de uma coisa chata, rotineira, o que leva a pensar que estes confundem a noção de cotidiano sob o prisma do senso comum como já citado. Mas, apesar de identificarem que a rotina é parte, ou o próprio cotidiano do cotidiano, estes profissionais mantêm o sentimento de felicidade por trabalharem na área em que gostam e com as pessoas que gostam. Este sentimento **a respeito da convivência em grupo, de realizar sua profissão com amor** é mais um elemento constitutivo do cotidiano. Embora saibamos que, em muitos momentos, o estresse profissional seja alto e traga alguns momentos de desencantamento com o que fazem, parece

que o cotidiano, com todos estes elementos enredados, acaba estabelecendo uma tensão conflitual, dita por Maffesoli (2007a, p. 41). Nesta, o profissional vai se transformando com o tempo, opera mudança de valores e aprende a “saber ouvir o mato crescer, isto é, estar atento a coisas simples e pequenas. Gerir o saber estabelecido e atinar com o que está prestes a nascer. É uma harmonia conflitual”. É quando o profissional se apaixona novamente pelo seu cotidiano, remetendo-nos ao reencantamento do mundo trazido por Maffesoli.

Vale ressaltar que, entendendo rotinas, como ações que ocorrem diariamente, sendo já esperadas pelos profissionais. É uma necessidade de organização da prática do cuidado no âmbito Hospitalar, de modo que seja possível a atenção para as individualidades, as características expressas por cada família, às necessidades expostas. A rotina só possui prioridade dentro do cotidiano de cuidado no Hospital, quando consideradas as complexidades do ser humano e do ambiente em que este se situa.

Gadotti (2003, p. 24), ao trazer a temática de aproximação entre rotina e cotidiano, provoca-nos, comentando que é no “cotidiano que podemos aprender a nos olhar, aprender a falar, a ouvir, ver, a viver uma vida banal ou não. A banalidade está em não reconhecer o valor de cada instante, a só atribuir valores aos grandes momentos, aos momentos heróicos da vida”. Concordo com a fala deste autor, pois foi possível vislumbrar estas nuances nos relatos dos profissionais e das famílias, a ordem da valorização que estabelecem de acordo com a vida de cada pessoa, de sua compreensão de mundo, sua cultura e seu entendimento entre o que é ser e o que é ter.

Neste sentido, as rotinas que caracterizam as atividades que os profissionais realizam em suas Unidades, e que foram descritas claramente pelos profissionais da Pediatria e do alojamento conjunto, é comum a outros estudos que abordaram, de maneira indireta, o dia-a-dia da Enfermagem em um Hospital pediátrico. Boehs (2002), relata que, ao observar um dia da equipe de Enfermagem, eventos como a passagem de plantão, com informações compartilhadas antes nos corredores, na passagem de plantão oralmente, depois e antes de os profissionais terminarem seus turnos. As rotinas estão presentes no cotidiano da Enfermagem e acontecem todos os dias, repetindo-se, dando-nos a impressão de que ocorrem de maneira semelhante, e que apenas as informações são diferenciadas.

Na verdade, aqui, encontramos com o mito do eterno retorno; há a volta, a repetição, mas de um modo diferente. Este diferente é, justamente, a singularidade de cada ser humano, de cada família, na sua especificidade do viver e do conviver. É assim que as informações se mostram diferenciadas, pois, afinal, nos falamos de seres únicos, plurais, multidimensionais e

complexos.

As atividades de cuidado às crianças também são análogas às encontradas neste estudo, segue-se o banho, as medicações, as passagens de visita médica e de Enfermagem, há preocupação com a alimentação, as copeiras são mencionadas. Enfim, compartilham de rotinas semelhantes. Percebe-se assim, que na formação de Enfermagem, em todas as categorias, existe um ensino para que a rotina se coloque como elemento constitutivo do cuidado de Enfermagem. Seria para evitar que elementos importantes deste cuidado sejam negligenciados? Isto nos remete a idéia já trazida por outros autores como Rezende (1995), Erdmann (1995), Nitschke (1995), inspirados em Maffesoli, esta repetição também traz segurança, dizendo que “apesar de tudo e depois de tudo”, estamos ali, repetindo, ou seja, continuamos vivos! Pois só repete quem continua vivo!

Maffesoli (1988, p. 194), refere que o cotidiano pode nos mostrar:

Manifestações por meio da fala, do riso e do gesto, os quais se esgotam nos próprios atos, que impregnam o dia-a-dia, os quais são vividos no presente e nele se esgotam. É a “ética do instante”, ou seja, é o aqui e agora.

Para ilustrar o que Maffesoli (1988, p.194) relata sobre a “ética do instante”, do aqui e agora que também se ancora na “ética do emocional”, trago a fala de Lápis Lazúli:

Hoje, por exemplo, teve uma única internação. Então o que eu fiz? Conversei uma porção com uma mãe que chegou, uma menina de 17 anos, uma menina que está vindo pela primeira vez para Florianópolis internada, de Bom Retiro. (Lápis Lazúli).

Em relação à “ética do emocional”, aquela que diz que fazemos nossas escolhas movidos por nossas emoções e sentimentos, vale trazer o exemplo abaixo, registrado na fala de Shimú. É a afirmação do sentimento de amor pela escolha da Enfermagem pediátrica de uma das enfermeiras que participou do estudo:

E apesar dos “vinte e lá vai fumaça” de Enfermagem, vinte e cinco anos agora esse ano e vinte anos de Pediatria, eu continuo tão apaixonada como no começo. Bom, eu trabalho no que eu gosto, com pessoas que eu gosto. Escolhi da maneira mais inesperada possível, eu adoro Pediatria, não era a minha praia, era o que eu achava pelo menos. (Shimú).

A ética do emocional e a ética da estética, trazidas por Maffesoli, se mostram na fala

acima. A escolha realizada pela profissional há 25 anos, porém, a escolha que determina o hoje, no aqui e agora, sua postura, sua maneira de viver, enfim, este cotidiano de cuidado de Enfermagem na Pediatria, gostando do que faz e trabalhando com quem se gosta é uma forma de estar saudável e viver com amor e sensibilidade este instante.

Nas imagens trazidas pelos técnicos e auxiliares de Enfermagem há similaridades com as imagens dos enfermeiros, em muitos momentos dos relatos, quando descrevem como é o seu cotidiano na Hospitalização em Pediatria. Estes relatam as rotinas, bem como, a quebra destas rotinas, enfim, as múltiplas facetas que consideram importantes em seu cotidiano profissional. É presente no cotidiano destes profissionais a **passagem de plantão**, com algumas nuances que se destacam diferentes das imagens dos enfermeiros. Para os técnicos de Enfermagem, este possui três momentos, ou seja: as **informações que recebem nos corredores pelos colegas que estão retornando para suas casas; as informações passadas pelo enfermeiro que possui esta atribuição formal instituída, e depois do plantão, quando se deparam com a realidade**, descritas por estes como a fala a seguir:

Crianças graves, doentes não de doença, mas de carinho. (Pérola Negra).

As imagens de cuidado nascem também no momento em que os profissionais estão realizando suas rotinas. A passagem de plantão, somente, não dá conta de mostrar a realidade da situação de cada criança, cada família. É preciso olhar nos olhos, buscar reconhecer o que cada um necessita de cuidado. A fala acima destaca bem esta imagem, quando relata, que às vezes, a criança não está *doente de doença, mas de carinho*. Como relatam os profissionais, *“as famílias podem não saber o que é carinho”*, pois talvez não tenham tido significativamente o suficiente, mas sabem e reconhecem o calor de um olhar que a identifica e se coloca ao seu lado.

Estas imagens nascem no cotidiano, estando interligadas aos elementos que o compõem e são percebidas pelos profissionais quando estes estabelecem interações com as crianças e suas famílias e se colocam na posição de “olhar e ver realmente o que se mostra”.

Maffesoli (2005, p. 125-6), refere que:

Admite-se hoje que a aparência, a superficialidade, e a profundidade da superfície, estão na ordem do dia. [...] pode parecer paradoxal dizer que o mundo visível existe, ou ainda, é banal indicar que a imagem está onipresente no social. Contudo, raras são as análises que retiram toda a lógica destas constatações. Tão poderoso é o fantasma da autenticidade, tão enraizado está, a preocupação intelectual de procurar a verdade além do que se vê.

A maioria dos técnicos e auxiliares de Enfermagem compartilham destas imagens de rotina em Pediatria. Definem, claramente, que há uma rotina de cuidado, e que esta já é instituída pelo Hospital, estando bem articulada. Creio que esta “articulação” trazida pelos profissionais está relacionada à organização, o respeito no auxílio entre os colegas de turno e também com as famílias.

A motivação destes profissionais é o cuidado de crianças, que é um ser diferente de se trabalhar, uma vez que envolve mais carinho, atenção, muita criatividade, levando-os paradoxalmente a sair das rotinas pré-estabelecidas. Seguir esta rotina da Unidade que é: pegar a passagem de plantão, conhecer a criança pelo nome, “tirar” as medicações prescritas pelo médico e os cuidados de Enfermagem, são eventos de responsabilidade definidos e aceitos pela importância que possuem. Porém, quando chegam aos quartos das crianças, conhecem-nas, e se apresentam para elas e para o acompanhante, acreditam que estejam diante de um diferencial das demais Unidades do Hospital, pois lidam com crianças e as mesmas exigem muito mais que um adulto, quebrando, muitas vezes, as rotinas.

Quando os profissionais elegem prioridades entre os seres que cuidam, são capazes de burlar normas, decisões médicas entre outras. Além do mais, os profissionais da Enfermagem escolheram que trabalhar com crianças é diferente, “exige mais criatividade.” Parece-me que este “ser diferente de trabalhar”, desperta a criança interior que todos temos dentro de nós, e devido às convenções sociais, evitamos dar-lhe espaço para que se manifeste. Deste modo, ao cuidar da criança, a equipe se apóia na prática do **lúdico**, brinca mais, permite-se utilizar de meios criativos como desenhos, roupas com bordados de motivo infantil, brinquedos pendurados no jaleco, filmes, joguinhos, caracterização para as festas temáticas, e outras formas de estarem mais próximos do mundo da criança.

Winnicott (1982), discorre que a brincadeira proporciona a formação de relações emocionais e, conseqüentemente, o desenvolvimento de contatos sociais. O que é possível compreender segundo as imagens trazidas pelos profissionais. Nestes momentos, parece haver um cuidado mais expandido, livre de amarras, o que confere liberdade para a abordagem da criança, e sua conquista no processo de cuidado. Maffesoli (1995, p.130) diz que: “A potência da mágica da imagem é essencialmente uma potência de agregação, de fascinação. Ela cria o mistério que tem por função unir os iniciados entre si, favorecer o reconhecimento daqueles que assim sentem”.

A imagem do ser criança leva à força, à imaginação do que se pode criar para que ela ultrapasse os limites da Hospitalização, e possa retornar ao seu lar com o menor estresse

possível desta experiência. É a chamada razão sensível como meio para cuidar. Bellato, em sua tese de doutorado, encontrou algo próximo desta constatação que se apresenta como imagens do cotidiano profissional que cuida de crianças. As regras abrem suas portas para o lúdico, a criança é compreendida pelas pessoas de modo geral, como um ser para brincar, se divertir, ser alegre. A Hospitalização pode estas necessidades infantis, mas alguns profissionais sentem prazer em quebrar estas regras e brincar junto com as crianças.

Bellato (2001, p. 89), relata que:

O lúdico, sendo dimensão imanente ao viver humano, precisa ser melhor compreendido, pois não é o fato de “se fazer nada”, de “descansar” que o torna prazeroso, e sim, o fato de ser uma escolha, entre tantas possíveis, feita pela própria pessoa, não podendo ser imposto.[...]o lúdico também só ganha sentido na comunhão, na partilha, na socialidade.

O dia-a-dia, na fala dos profissionais, é o espaço para dar atenção para os dois lados, ou seja, é o presenteísmo com suas “pequenas coisas, pequenos eventos”, mas que faz a diferença no cotidiano das pessoas, das famílias, dos profissionais. As rotinas como *pegar o plantão* é um ponto de partida para saber o que virá pela frente, pois consideram que o trabalho da Enfermagem é uma continuidade. Esta continuidade é uma fonte geradora de forças, pois tanto para os profissionais, como para as famílias, o poder do instituído pode dificultar a capacidade de se compartilhar o lúdico, a estética da vida Hospitalar, não apenas para “tratar uma doença”, mas sim um cotidiano, onde perpassem estes aspectos inerentes ao viver e que são respiradouros para todos.

Os profissionais técnicos seguem sempre a ordem de “retirar” as medicações, para não perder a rotina, depois se direcionam aos quartos, vêem as crianças que ficaram sob sua responsabilidade na divisão de pacientes, como já relatado pelos enfermeiros. Eles ressaltam que este momento é para ver como a criança está, conferem se estão como foi passado no plantão, conversam com as mães ou acompanhantes, “retiram” da prescrição de Enfermagem médica os cuidados que a criança irá precisar através da metodologia de assistência.

Faz parte do cotidiano pediátrico, assim como nos demais espaços, **conhecer as mães, chamá-las pelos nomes, marcando-os ao lado do nome da criança**. Na Pediatria, esta prática ocorre nas visitas após o recebimento do plantão; Depois, as prioridades são vistas e determinadas e, em seguida, os profissionais realizam os encaminhamentos. A **passagem de visita** tem como finalidade saber se estão sendo bem tratados, se estão precisando de alguma coisa. Em situações ocasionais, os enfermeiros relatam que as mães brigam umas com as

outras, deixando a Unidade um pouco tumultuada e como ações para amenizar este tipo de evento na Unidade, procuram fazer com que as mães e suas crianças se sintam confortáveis, **amenizando os problemas através de conversa**. Às vezes, os enfermeiros não conseguem esse vínculo, e estas brigas que acontecem no dia-a-dia das Unidades, é considerada, por eles, como uma culpa por não terem feito a acolhida correta destas famílias.

A falta de diálogo, ou conversa, considerando que, a meu ver, ambos se mostram como troca entre interagentes, e não um monólogo, o que pode ser entendido como a linha de união entre profissionais e famílias, haja vista que, estes dizem que se não houve conversa, abertura para a exposição dos sentimentos, pode-se evidenciar que este aspecto leve as distensões entre os profissionais e as famílias.

É interessante observar nas descrições dos profissionais acerca do cotidiano, que estes possuem preocupações que são afins, seguem uma base para a imagem do cotidiano que deixaram emergir em suas falas: buscar conhecer a criança a partir de seu olhar, se o que lhes foi passado é a realidade da criança; o nome das mães; identificarem as prioridades; enfim, todas as ações que fazem, a partir da passagem de plantão, mostra o quanto são responsáveis e desejam cuidar bem das crianças e de quem as acompanha. Isto reforça o que tenho dito desde o nascimento do projeto desta tese: *estes aspectos vêm ao encontro da afirmação sobre o fato de o foco da assistência ainda não ser a família, mas sim, a criança*. Penso que neste momento em que se enfoca o cotidiano da Hospitalização, pode-se levantar que a preocupação com a família, principalmente, dirigida à mãe, já aparece, mas como contexto já que o foco é a criança!

Os profissionais falam em acolher a família, e em várias situações vivenciadas no campo de pesquisa, pude observar que no cotidiano destes, é possível identificar que tentam realizar este acolhimento, principalmente, quando as famílias chegam, mas este se dá de forma rápida e incipiente. Entretanto, ao longo da estadia no Hospital, este acolhimento parece se diluir em doses homeopáticas, no dia-a-dia, e este vínculo vai aumentando, de acordo com o tempo de permanência da criança no ambiente de Hospitalização.

Dependendo do profissional de Enfermagem, as mesmas atividades são “olhadas” por ângulos diferentes, com outras imagens de um mesmo evento. Na visão de uma das profissionais entrevistadas, a **passagem do plantão** significa conhecer como foi a dinâmica da criança no dia anterior. Por trabalhar no período noturno também, crê na fidedignidade dos dados que estão sendo passados e anota tudo. Refere que, se caso não consiga pegar o plantão completo, não se sente bem. O fato de escrever tudo, segundo ela,

é para eu, se alguém perguntar, eu lembrar tudo de cabeça. (Jade).

Na idéia destes profissionais, a passagem de plantão tem uma importância tal que se sentem desrespeitados quando desejam ouvir o plantão e alguns colegas não respeitam este momento de troca de informações que é o que determina a continuidade do processo de cuidar. Muitas vezes, este desrespeito dos colegas se torna motivo de discussões. A passagem de plantão fornece informações indicando o tipo de cuidado que precisa ser dado à criança. A fala de Jade reflete bem esta preocupação:

Então eu gosto sempre de escutar, porque eu acho que quando eu “tô” falando eu também gosto de ser escutada, então é um retorno que eu dou à pessoa, estou atenta, escutando e olhando e então eu vou saber quais os cuidados que eu vou dar à criança. (Jade).

Esta preocupação, trazida pelos profissionais de Enfermagem, infere que a continuação da rotina em retirar as medicações, dar banho, alimentar a criança, pode se transformar em algo definido por eles como “um cuidado que a gente tem que fazer e, às vezes, é diferenciado”, ou seja, as mudanças nas ações de rotina podem ser diferenciadas em função da particularidade de quem estão cuidando. Este cuidado diferenciado vem corroborar com as rotinas que são existentes e necessárias, mas que dentro deste cenário, há situações em que estas precisam ser modificadas para almejar a necessidade da criança. É o momento dos conciliáveis, quando o profissional percebe que neste mundo de rotinas que, por vezes, julgam ser difíceis de burlar, quando há a lógica sensível, sem deixar de realizar seu papel profissional com responsabilidade, respeitando os princípios científicos, é possível desenvolver um cuidado de Enfermagem capaz de atender as diferenças do ser humano.

Maffesoli (2005 a, p. 81-82), afirma que:

Basta portanto, atentar para os sinais do tempo, para ver que nossas sociedades são animadas, de modo orgânico, pelo jogo das imagens, e que podemos caracterizá-las, de várias maneiras, por um estilo que acentua ao mesmo tempo à estética, o cotidiano e o comunicacional, ou o simbólico. [...] antes de extrair as conseqüências epistemológicas de tal constatação, pode-se, em um primeiro momento, mostrar que a forma é de fato a matriz que gera todos os fenômenos estéticos que delimitam a cultura pós-moderna.

Nesta lógica que Mafessoli nos fala que as rotinas são as matrizes de como os

profissionais irão trilhar seus caminhos no exercício do cuidado às famílias, e dependendo de sua capacidade intelectual, bem como, a observação atenta, a escuta e a sensibilidade de um olhar para o fenômeno, estes conseguem abstrair o essencial a cada pessoa que cuidam.

NO ALOJAMENTO CONJUNTO...

Não é diferente o cotidiano para os profissionais do alojamento conjunto. Estes também seguem uma série de atividades todos os dias que confere a imagem de rotinas estabelecidas, bem evidenciada na fala deles.

Na visão de uma das enfermeiras participantes da pesquisa, ao chegar ao setor: **se pega plantão**, quando está na chefia do setor, nem sempre possui a obrigação de estar presente na passagem do plantão, mas há dias em que há o planejamento de participar da passagem de plantão. As chefias, bem como os enfermeiros assistenciais, costumam olhar se tem algo pendente dos dias anteriores, integram de tudo o que aconteceu na sua ausência. Após este diagnóstico situacional, iniciam seu dia, na tentativa de resolver as coisas que ficaram **pendentes**. A partir da imagem de *que está tudo equilibrado na Unidade* e se há uma enfermeira somente para a assistência, as chefias, no caso, procuram manter seu foco na resolução das **pendências** que são atribuições prioritárias dos gestores de cada unidade. Mas, quando há necessidade de ajuda com a assistência, aí essa é prioridade.

Apesar de seguir a regra comum às Instituições Hospitalares, os profissionais têm em seu preparo acadêmico, o que é depois reforçado no dia-a-dia como profissionais, que as “pendências” que são os exames, os protocolos e outros, devem estar sempre organizados, pois estão atrelados ao trabalho de outros profissionais, deixando o enfermeiro principalmente, na situação de dualidade: não sabe se privilegia o contato, a interação, a preocupação com os problemas das famílias, ou se atendem as demandas burocráticas. São raros os profissionais que colocam em primeiro lugar o cuidado direto em detrimento do burocrático. A solução, na maioria das vezes, é delegar funções de cunho administrativo, de planejamento de materiais para assistência para bolsistas, ou seus colegas técnicos de Enfermagem, favorecendo o distanciamento.

A **passagem de visita**, é o momento de maior observação de **como as mães estão interagindo com os bebês, como está o funcionamento das mamas, como as mães estão se sentindo após ter este bebê**. As mamas são vistas como um elemento funcionalista da mulher, estando, por vezes, como algo desconectado delas. Como se corpo, órgãos, fossem

elementos funcionais e “a pessoa”, “o ser”, estivesse em segundo plano. Não raro é o sentimento de impotência que muitas mulheres apresentam por não conseguirem amamentar, e nesta lógica do dever ser, dever fazer, muitas famílias entram em desarmonia no processo de nascimento da criança, em detrimento de uma sociedade funcionalista, mecanicista. Maffesoli (2007b, p. 174), corrobora para ilustrar esta passagem, quando aborda:

Sensibilidade amplamente vivenciada e pouco pensada estabelece uma estreita relação entre o bem-estar e o bem pensar. Um e outro não mais como elementos isolados da realidade, mas como pólos complementares do que podemos designar como inteireza natural e social.

Ao analisar esta inteireza que Maffesoli traz, é importante considerar que não há uma divisão exata entre o que se pode e o que se deseja fazer, no caso da amamentação, pois, se a mulher que se torna mãe, não estiver em um momento de bem-estar, amamentar será um ato de violência contra ela e, certamente, para a família. Portanto, pensar-bem é uma tônica para as decisões em conjunto.

Este é um intervalo para a conversa com as mães, as puérperas, momento em que os profissionais perguntam se as mães têm outros filhos e verificam com quem ficaram estas crianças. Na maioria das vezes, as mães ficam ansiosas, por este motivo, pois para elas, este período em que ficam no Hospital pode ser extenso demais, pois seus filhos estão em casa sem cuidados. Muitas querem já ter alta no primeiro dia.

No Alojamento Conjunto, os profissionais procuram dar um espaço para as mulheres puérperas falarem sobre seus anseios, para saberem como ficaram os outros filhos em casa. Apesar de este espaço ser oferecido, é incipiente o movimento da Enfermagem para minimizar este estressor, que é a família que ficou fora do Hospital. Na maioria das vezes, a ação de cuidado é saber alguma informação e repassá-las às mães, mas estas continuam a desejar a alta antecipada, conforme a fala abaixo:

não, mas eu quero ir embora, eu deixei minha criança com a vizinha, eu deixei com a minha mãe, ela trabalha fora. (Quartzo Fumê).

Os enfermeiros identificam que é preciso “**tocar o serviço**” e atuam definindo as coisas que irão fazer, a partir destas demandas que vão aparecendo nessa visita. Fazem os encaminhamentos necessários para o Serviço Social, e para a Psicologia. Orientam as mães, informando que os outros filhos podem vir visitá-las, e conhecerem o irmão, o que para elas é

uma novidade, pois, em outros Hospitais, não têm esta abertura. Na percepção destes profissionais, são tantas as situações a serem resolvidas, que passam a maioria do tempo em função das demandas que surgem, sem um planejamento para ações que possam envolver a família e até as próprias mães no aprendizado de como cuidar de um bebê. A fala desta profissional é um desabafo:

Então... é o tempo todo dando orientações e resolvendo as demandas que vão surgindo durante o dia. (Ágata Verde).

Para os profissionais técnicos e auxiliares de Enfermagem do alojamento conjunto a rotina também aparece como principal elemento constitutivo do cotidiano. Os profissionais enfatizam que a primeira coisa, ao chegar à Unidade, é **“olhar os prontuários,” “tirar” os cuidados, medicação, controle dos sinais vitais**, sendo estas atividades bem tranqüilas para eles. Em seguida, **passam nos quartos, fazem a medicação, verificam os sinais vitais**. Depois, seguem com **os banhos dos recém-nascidos**, que realizam em uma sala específica para isto.

Segundo eles, quando possível, levam **as mães para acompanharem o banho de seus filhos**, mas as mães que não estão em condições físicas adequadas, costumam deixar que elas os acompanhem no dia seguinte. Do mesmo modo, que na Pediatria, eles são capazes de **quebrar rotinas** em detrimento do cuidado à mãe, mas não percebem este fazer como um modo de tornar a rotina flexível.

Alguns profissionais enfermeiros relatam que o alojamento conjunto possui uma característica bem rotineira, o que se verificou também nas demais Unidades, sendo esta, a maior similaridade entre elas. Para eles, há algumas coisas que habitualmente **tem que** se fazer ao paciente. Procuram estar atentos nas questões que surgem como: verificar se há exames das pacientes pendentes, verificar os batimentos cardíacos-fetais nas gestantes de alto risco, e coisas que são colocadas como rotina por eles, que acontecem todos os dias. Buscam também ver o que há de necessidade no setor, falta de materiais, organização do setor para melhorar o serviço. Embora, muitas vezes, os profissionais relatem que:

o volume de trabalho dentro da rotina é tão grande que não sobra tempo para mais nada. (Topázio).

A lógica do Hospital, como um lugar com a finalidade de curar, segundo afirma

Bellato (2001), é a imagem dos profissionais quando não conseguem perceber que são capazes de quebrar rotinas, e que poderiam torná-las prazerosas, descontraídas, permitindo a renovação das imagens de rotinas monótonas. Revitalizando o instituído e ampliando as possibilidades de cuidar, inclusive olhando a família como um sistema e o cuidado de Enfermagem a partir dela, e não, depois dela.

Revelam que, basicamente, as atividades para os acompanhantes são poucas, raramente ocorrem, e se resumem a conversas no leito, conversas com os pacientes, e neste momento é que verificam como a paciente está se sentindo em relação à internação. Às vezes, tem uma mãe que está um pouco angustiada, e para estas situações procuram a **conversa** como meio de minimizar este sentimento. Segundo este profissional, sua ação é:

Quando possível faço piadinhas para tentar alegrar, tentar dar um conforto à paciente, explicando que aquilo tudo vai ter um fim. No momento tem sido basicamente conversas, às vezes, indicar esse pessoal que passa do livro, vai dar uma volta. Basicamente, esse tipo de ação. (Topázio).

O Lúdico, que contempla as brincadeiras, as piadinhas, a música, o livro, é uma maneira de cuidar bem peculiar da sensibilidade do profissional. Esta forma de cuidar remete ao que Maffesoli (2005 a, p. 86), denomina como um princípio simples da reflexão sobre a forma, ou seja, para o autor, “ater-se à própria coisa, não ficar procurando indefinidamente aquilo ao qual se poderia remeter tal fato, tal fenômeno, tal situação. Ficar nos limites da forma é fazer com que ela diga tudo o que tem a dizer”. Princípio visto sobre as rotinas, as imagens trazidas pelos profissionais do seu fazer, nada mais é do que a forma, e é nesta que repousa o real.

Para outros, há contradições na imagem que possuem do cotidiano do AC. Uns referem que no cotidiano não há rotinas, e outros identificam que a rotina faz parte do cotidiano e está bem presente no dia-a-dia deles. Na fala de um destes profissionais, a imagem de cotidiano se mostra bem delimitada por ações consideradas pela equipe como um todo, sendo rotina, este diz que:

o cotidiano é atender as intercorrências que possam surgir nesse período de trabalho, em relação a algum problema que possa ocorrer com o bebê ou a puérpera é uma preocupação constante, além das demandas que ficaram para ser vistas à tarde em função do que a enfermeira passou da manhã. É preciso verificar os encaminhamentos em relação a exames, procedimentos e metodologia, bastante complexos. (Ágata Amarela).

Todas estas imagens caracterizam o cotidiano, imagens que se mostram a partir da fala dos profissionais, que nascem de acordo com a realidade que estes vivem no seu dia-a-dia, de forma a evidenciar que o cotidiano realmente se mostra na maneira de viver das pessoas, como elas olham para suas ações, o que sentem diante do espelho da vida. Apesar de estarem evasivos, nas primeiras falas, para relatar como é seu cotidiano, em todos os setores, o que como tempo de minha permanência nos setores promoveu maior aproximação, todos trazem elementos inerentes ao ambiente Hospitalar, da vida particular, das relações que estabeleceram, e todas estas imagens estão entrelaçadas no imaginário de cada profissional, a partir dos significados que dão para sua própria vida.

Sabe-se que as Instituições Hospitalares precisam de rotinas e normas para resgatar e manter o controle da alta complexidade de suas funções à comunidade. Apesar de as rotinas, serem vistas por alguns profissionais como empecilhos de atuação junto às famílias, as rotinas são parte do cotidiano e não haveria o equilíbrio entre o racional e o emocional necessário para administrar Instituições deste porte. Porém, as rotinas também existem para que o cuidado humano, destes seres que chegam ao Hospital, não ocorra ao acaso, mas com sensibilidade e responsabilidade. O movimento e a ludicidade destas rotinas dependerá somente dos profissionais se prepararem para isto.

Um paciente que está morrendo, com prognóstico reservado, precisa de muitos procedimentos ou de muita atenção e “ouvido”; uma mãe, com seu bebê prematuro no berçário, precisa de mais ou menos conversa que seu bebê! Um profissional que adoce precisa de mais ou menos explicações que um leigo. As respostas estão em cada situação e em cada contexto. Depende, inclusive, da capacidade de observação, de comunicação e de interação que o profissional tenha. Corramos o risco de ser “diferentes” do comum. É correndo riscos que nos tornamos valentes. (SILVA, 2004, p. 17).

NA NEONATOLOGIA...

Ao chegar ao cotidiano dos profissionais da equipe de Enfermagem da Unidade de Internação Neonatal, surgem diversidades na maneira de os profissionais relatarem as imagens que possuem de seu cotidiano. Para eles, o cotidiano se compõe **de atividades de educação, assistência, e a parte administrativa do serviço**. Relatam que **fazem assistência aos bebês recém-nascidos, orientam os familiares e visitantes quanto às rotinas do setor, ensinam os pais nos cuidados ao RN e ajudam as chefias na parte administrativa**. Falam

das rotinas que também estão presentes neste setor, porém, não se detiveram a descrevê-la passo a passo, embora, pontuem as atribuições, principalmente, dos enfermeiros, descritas na filosofia da Instituição.

As orientações são relacionadas às rotinas do setor, ou seja, as normas de entrada, saída, e demais regras para proteger a Unidade que é considerada área de risco aos bebês, devido aos índices de infecções. Estas regras dificilmente são burladas pelos profissionais, mas o fazem, quando é possível. Os horários de visita são reduzidos a poucas pessoas, sendo um setor que não fica disponível para visita de alunos em demanda exagerada. A Unidade acolhe desde crianças recém-nascidas muito graves, que tem prognóstico reservado, até bebês que estão apenas aguardando ganhar peso para conhecerem seus lares.

Por estes motivos, as imagens dos profissionais desta Unidade, acerca do cotidiano oscila muito, entre prestar assistência ao bebê e sua famílias e também a parte administrativa-burocrática que viabiliza e articula este cuidado. Na concepção destes profissionais, todas as ações que inferem a atenção deles, desde os procedimentos invasivos, a capacidade de gerenciar materiais, medicamentos, e a preocupação em ensinar os pais, que estão constantemente entrando na Unidade para ver seus filhos, são as rotinas do setor, e estas os ajudam a desempenhar o melhor que podem seu cotidiano de cuidado.

Os profissionais de Enfermagem, como já mencionado, não revelam todas as atividades que exercem no cotidiano de cuidado da Enfermagem de forma descritiva, mas ressaltam o que possui maior significado para eles. Um destes profissionais identifica o início de sua atividade laboral como técnico de Enfermagem, que começa às 13 horas nessa Unidade. Sua fala nos remete a reflexão sobre a temporalidade, ou seja, o tempo de cuidar, de estar no Hospital, pois o início do seu horário de trabalho significa que este precisa “vestir a camisa” da seriedade, da responsabilidade, da atenção. Este tempo inicia e termina, havendo um período onde o esperado e o inesperado acontece, é a imagem do ciclo e de continuidade, expressa quando há o retorno de outros profissionais da Unidade que chegam para o recebimento do plantão. Silva (2004, p. 17), traz-nos uma reflexão oportuna sobre o tempo do Hospital, falando-nos sobre a temporalidade no ato de cuidar. A autora diz que:

Talvez o tempo do cuidado dependa do valor que damos a ele. Se soubermos valorizar os pacientes enquanto e quando estivermos com eles, talvez possamos otimizar o tempo, o tempo da vida! E aceitemos melhor o tempo que nos ensina que nada possuímos.

Acredito que esta falta de tempo contínua que sentimos, seja dentro ou fora do Hospital, parece uma angústia sem fim, e Silva (2004) faz-nos repensar, exatamente, sobre as nuances do quotidiano, ou seja, a maneira que estamos vivendo nosso quotidiano, o tempo que estamos nos permitindo para cada pedacinho deste.

Como em todo quotidiano, há o fator do inesperado, presente neste quotidiano da neonatologia, que deixa sempre os profissionais em alerta. Este movimento de viver entre o que já se está habituado a realizar, e o que está por vir (o novo) é um movimento típico do quotidiano da Enfermagem, das Unidades, da vida.

Segundo os profissionais, esta Unidade requer muita atenção da Enfermagem aos Recém-Nascidos (RN) no sentido de higienização, alimentação, medicação etc, além de incentivar o vínculo entre os bebês com seus pais, que é feito através de orientação e interação com estes pais na realização dos cuidados com os bebês. Na sua fala, um profissional diz que:

Além de incentivar e vincular os bebês com seus pais, no sentido de orientação e interação nesses cuidados. (Diamante)

O quotidiano da neonatologia, assim como das demais áreas pesquisadas, é comparável a uma caixinha de surpresas. As imagens como foram vistas até o momento, se mesclam, se parecem, há contornos semelhantes, porém, os significados são pessoais, partem das vivências que estes profissionais tiveram em suas vidas, tanto no mundo do Hospital, quanto em suas origens, e esta particularidade do individual e do coletivo, é que faz a magia do quotidiano ser especial e gerar a inquietude, uma vez que, este, jamais será revelado em sua complexidade. Este movimento, a sinergia, a idéia de um aspecto helicoidal de viver, é necessário no quotidiano Hospitalar da Enfermagem, como também na vida, para que possa valorizar todas as nuances presentes no viver que, por vezes, passam silenciosas e ocultas aos nossos olhos preocupados com “o aqui e agora”.

A rotina, nada mais é do que um “território flutuante” como Maffesoli (2001, p. 181) refere:

O território flutuante, quer dizer, um território que não predispõe coisas estabelecidas com seu cortejo de certezas e hábitos esclerosantes, mas um território como ponto de partida. É, acrescento, o que vai permitir abalar as certezas do espaço, as aquisições do tempo, as aparências do corpo e as ordens do discurso. Abalo no sentido de Deus, ruptura da quietude e da norma, tudo isso levando à transição.

7.1.2 O cotidiano se mostrando como respiradouro

Diante das dimensões apresentadas pelos profissionais inerentes às suas imagens sobre o cotidiano, vimos emergir desafios, sentimentos e contradições que são gerados entre o que idealizam e o que é a realidade deste cotidiano. Levando-os a viver situações de extremo estresse, no processo de cuidado materno-infantil. Assim, para conseguirem conviver com estas nuances próprias da vida, mas que podem causar “doenças na alma”, como as situações vividas pelas famílias que compartilham com os profissionais o cotidiano da Hospitalização, é preciso haver alguma maneira para a manutenção e o resgate do ser saudável. Os profissionais da saúde precisam *estar bem* para poder *cuidar bem*, o que relembra a antiga, mas sempre atual frase de Wanda Horta (1979): “somos gente que cuida de gente”. Criam-se então os respiradouros!!!

Alguns momentos do respiradouro aparecem como: o descanso noturno; a conversa na sala de lanches; ser “um grande quebra-cabeça”, a criação de um ambiente acolhedor, como uma casa, para o cuidado de si e do outro. O descanso noturno ocorre quando é possível, para depois se retomar a passagem de plantão, reencontrando os que estão chegando, sendo uma maneira de fechar o ciclo de 12 horas de trabalho. A imagem de que o cotidiano parece ser linear, por ser determinado para os profissionais através de uma carga-horária, mostra-se, na verdade, paradoxalmente, como um constante ir e vir, permeado por descobertas e reencontros, e ao retorno de seu ponto de partida, que é o próprio ritmo da vida.

Segundo Mafessoli (2007b), retorna-se sempre ao ponto de partida. Pode-se aqui fazer uma analogia com uma viagem, parte-se de um lugar, transita-se por diversas estradas, umas longas, outras curtas, enfim, chegamos ao ponto que foi a partida, que agora se transfigura em ponto de chegada. Assim é o cotidiano dos profissionais de Enfermagem da Pediatria, da Neonatologia, e do Alojamento Conjunto.

Os profissionais conversam, na sala de lanche, assuntos relacionados ao plantão em si, aspectos da vida particular, em um momento de encontro com seus pares. A sala de lanche aparece como um local para respirar, trocar idéias, segundo a fala de Cristal Azul:

E depois não pode faltar o café, a gente troca idéias também, né? Às vezes o papo fica tão bom e a gente se passa, o papo fica tão bom... Mas eu sempre aviso que eu estou no café. E a gente fica conversando, até assunto pessoal, profissional. (Cristal Azul).

No Alojamento Conjunto, tanto os enfermeiros, como os demais membros da equipe de Enfermagem, concordam que quando “sobra um tempo”, na verdade costumam é relaxar mesmo, estender um pouco a conversa na sala de lanche, tomando um pouco de café. Para estes profissionais, o uso específico deste tempo para desenvolver atividades com as famílias não existe. É possível entender que estes profissionais olhem para este “*tempo sobrando*” como uma possibilidade de re-energização para retomar suas atividades, haja vista que também é o momento de respiradouro deles.

De Masi (2000, p.16) relembra que:

A principal característica da atividade criativa é aquela que praticamente não se distingue do jogo e do aprendizado, ficando cada vez mais difícil separar estas três dimensões que antes, em nossa vida, tinham sido separadas de uma maneira clara e artificial. Quando trabalho, estudo e jogo coincidem, estamos diante daquela síntese exaltante que eu chamo de “*ócio criativo*”. [...] o resultado disso tudo não é o *dolce far niente*. Com frequência, não fazer nada é menos doce do que o trabalho criativo.

Porém, este comportamento parece lhes trazer angústia se é certo ou errado ter este momento. A fala do profissional abaixo sugere um misto de sentimentos ao gerenciar este “tempo que sobra”, entre atividades para cuidar das famílias, cuidar deles, enquanto profissionais e seres humanos, que também precisam, e a compreensão que este tempo poderia ser utilizado para se fazer algo de diferente da rotina estabelecida. Ele relata que:

Agora fazer uma ginástica, não tem. Essa coisa assim, a malandragem se torna mais evidenciada. “Ah, coisa boa que está calmo!” As fofoquinhas ficam mais prolongadas. (Ágata Amarela).

Foi interessante analisar que na Unidade de Neonatologia, os profissionais não mencionaram em suas falas, este aspecto clássico do cotidiano da Enfermagem, mas durante a observação do campo, verifiquei que realizam, de modo muito semelhante, “a paradinha” para o café. Estes, do mesmo modo que na Pediatria e no Alojamento Conjunto, realizam as atividades ditas rotineiras, fazem os encaminhamentos necessários e quando a situação das crianças permite, encontram-se para o café, onde respiram suas angústias, suas alegrias, seus ganhos e suas perdas. Compartilham com seus pares, assim como fazem os demais colegas da área materno-infantil, o valor da presença, da companhia, da sensação de pertencimento a este cotidiano.

Em todas as Unidades, apesar de significarem que *não é correto*, que todos os

profissionais se afastem do setor para o lanche, há uma *ética da estética*. *O estar junto* se sobrepõe a qualquer regra, pelo prazer de partilhar o comer, que é uma tradição forte de ligação entre as pessoas, de união, e também, o momento de poder olhar nos olhos, reconhecer-se, enfim, viver junto. Segundo Nitschke (1999), comer junto não é somente nutrir-se, *mas nutrir o estar junto*. A única situação que desfaz esta prática dos profissionais é a criança, a puérpera, que estão em situação de risco. A responsabilidade com a vida alheia é maior, e, muitas vezes, estes profissionais sequer se alimentam para não sair de perto de quem necessita de sua atenção.

Menzani (2004, p. 155), ao registrar seu entendimento desta fase que todo profissional passa, em relação à falta de tempo e o tempo que ele necessita para respirar, relata que “o profissional é visto como aquele que tudo tem que resolver, e não porque tenham poder para isso, mas é como se as pessoas os vissem como depósitos de problemas com a obrigação de solucioná-los”. E os profissionais sofrem quando não conseguem desenvolver funções que consideram essenciais. Nascem os sentimentos paradoxais, entre a necessidade de respirar para continuar e a cobrança de que este “tempo sobrando” deveria ser ocupado com atividades de interação com as famílias.

Honoré (2007, p. 142) refere-se a esta necessidade de um respiradouro ao afirmar que:

O fato de estar constantemente mantendo a mente ativa constitui um desperdício do nosso mais precioso dom natural. É verdade que o cérebro é capaz de operar maravilhas sob intenso estímulo. Mas ainda é capaz de muito mais quando tem a oportunidade de desacelerar um pouco de vez em quando. Reduzir a atividade mental pode melhorar a saúde e proporcionar tranquilidade interior, maior concentração e a capacidade de pensar mais criativamente. Em suma, pode nos dar a *sabedoria do vagar*.

Mas não é apenas na sala de lanche que o respiradouro se ancora. Há espaços dedicados ao profissional, em seu imaginário, que este considera uma forma de estar mais próximo de sua casa, de cuidar de si, de estar presente no cotidiano que compartilha com seus pares.

Os profissionais da Neonatologia trouxeram uma imagem inusitada que se mostra como um respiradouro. Estes se percebem como “um grande quebra-cabeça”, onde cada um deles tem importância para manter completo este cotidiano, sendo uma tribo! Esta imagem reflete a idéia de valorização profissional que estes possuem com seu trabalho, e consigo

mesmos, uma vez que, sendo valorizado, cresce o sentimento de pertença, de fazer parte, de ser indispensável, sendo esta uma forma de respiradouro! Esses sentimentos fazem emanar forças para que continuem no processo de cuidar dentro do cotidiano Hospitalar. Na fala de Brilhante está bem especificada esta compreensão que surgiu como um elemento novo ao que foi expresso como parte do cotidiano apresentado até agora por eles:

Na verdade, a equipe de Enfermagem na Unidade é um grande quebra-cabeça, em que cada um de nós é uma peça importante. (Brilhante).

Eles relatam que seu cotidiano é uma mistura de sentimentos, que interligam o foco no trabalho, na sua individualidade, no grupo, e no paciente, tudo isto imbricado na trama de ser e fazer ações e atitudes em prol de um todo, que nem sempre é possível. A proximidade que sentem de relacionar o cotidiano profissional com o cotidiano familiar, doméstico, é uma das tarefas que estes profissionais desempenham em seu cotidiano, quando buscam sua identidade, diante de tanta diversidade e complexidade de pensamentos e responsabilidades.

Cuidar do ambiente e todas as dimensões que o compõe como as relações, as interações, as ações de cuidado, as atividades de ensino, orientação e outras mais, aparece nas falas dos profissionais que ao passo que buscam proporcionar para as famílias, que estas se sintam “como se estivessem em casa”, dito pelos profissionais da Pediatria também, na Neonatologia, os mesmos falam deste cuidado para si mesmos, conforme exemplifica a fala de Brilhante:

O nosso dia-a-dia é uma mistura de sentimentos e trabalho, individual e em grupo, onde o foco mais importante é o paciente e sua integralidade. Nosso objetivo maior é cuidar de quem precisa da equipe e da nossa Unidade com carinho especial, aquele que temos pela nossa casa. (Rubi).

Esta necessidade de sentir-se acolhido, como ocorre em suas casas, é uma imagem que os profissionais criaram para respirar, mas, sobretudo, para crer que no trabalho, na ordem do profissional, também há a possibilidade de ser humano! Ter momentos de alegria, interações afetuosas. Trazendo esta dimensão simbólica de que o doméstico, a casa, é um espaço de conhecimento, de certezas, de acolhida. Bellato (2001, p. 97) diz que:

É neste espaço amado e vivido intensamente que o ser se sente seguro, estável, protegido. A intimidade que aí desfruta, exerce sobre ele grande e irresistível atração, incutindo-lhe um grupo de hábitos orgânicos [...] a casa se apresenta como um ninho, o aconchego, o porto-seguro, o lugar-lembrança que guarda seu retorno.

Maffesoli (2005 b, p. 97-99), corrobora para a reflexão do doméstico:

As múltiplas sociedades ou grupos que constituem essa última vão procurar suas memórias numa vida enraizada, nos prazeres quotidianos que são vividos aqui e agora. [...] o recentramento no “território” não significa de modo algum, um fechamento hermenêutico, de um para com o outro, muito pelo contrário. É pura e simplesmente, outra maneira de colocar as relações simbólicas que constituem uma sociedade.

Esta imagem, trazida pelos profissionais da Neonatologia, sobre o quotidiano, sua maneira de respirar, neste dia-a-dia, contribui para ilustrar que o universo Hospitalar visto na sua totalidade, ou seja, a Instituição, com suas hierarquias, seus delineamentos, atribuições, ligações extra-Hospitalares para manter sua subsistência, configura-se como um mundo de significados burocráticos, pouco compreendidos pelos profissionais das Unidades. Existem discussões, decisões, resoluções que as Diretorias precisam realizar, e mesmo administrando de forma democrática, não é fácil a absorção do complexo funcional do Hospital para quem fica envolvido apenas em seu ambiente. Mas também, sinaliza para que estas mesmas hierarquias estejam disponíveis à sensibilidade de olhar as imagens que são o substrato da vivência de cada profissional, reconhecendo que, sem o ser humano na Instituição, não é possível o cuidado.

Cada Unidade de Internação, Ambulatório, Emergência e outros, possuem suas relações interpessoais, suas formas de resolver distensões, de comemorar os ganhos e compartilhar os sofrimentos, mas, cada cantinho possui a sua história construída pelos que se envolvem com o quotidiano, já que este é a sua maneira de viver. Estes profissionais vivem suas experiências neste quotidiano e é aí que reside o grande respiradouro!

Este quotidiano também abraça o indivíduo, e o grupo, guiado pelas necessidades de cuidado que os profissionais têm. O cuidado de si é um fator relevante, pois, o ambiente, físico e simbólico, em que passam a maior parte do tempo de seus dias, gera a necessidade de “estarem bem”, emocional e fisicamente para compartilhar com as crianças, suas mães, pais, colegas de dia-a-dia, um cuidado de Enfermagem, permeado pelo profissionalismo, mas, sobretudo, por uma ética da estética.

7.1.3 O cotidiano se mostrando nas imagens de famílias que os profissionais construíram

Os profissionais da Enfermagem, ao refletirem como é o cotidiano da Hospitalização, trazem imagens sobre as famílias que surgem a partir de suas vivências, postura, educação, formação, e interações que estabelecem com as mesmas. O entendimento do que é ser família em suas relações dentro e fora do ambiente Hospitalar faz com que identifiquem as famílias, considerando-as como: *as pessoas que chegam ao Hospital com seus filhos para a Hospitalização que vieram das ruas, cheias de problema; e não sendo só a criança, pois esta criança pertence a uma família, que tem necessidades, fome, enfim, são famílias da contemporaneidade*. Tudo isso envolve a criança que está ali. Destacam que se a mãe dessa criança está reclamando, muitas vezes, ela está reclamando da vida dela, das coisas dela. Neste momento, podemos nos remeter à reflexão de que as famílias são identificadas neste cotidiano como contexto, uma vez que, nas próprias falas, os profissionais dizem que não é só a criança: esta pertence a uma família.

As mudanças no ritmo da vida social estão atingindo a essência das pessoas que se expõe aos riscos da violência totalitária de uma sociedade desigual, e estas famílias chegam ao Hospital com estas distorções sociais, e as mazelas humanas que acabam aparecendo em forma de reclamações. Estas ocorrem expressando esta desigualdade, o mecanicismo social da falta de identidade. As famílias estão vivendo uma sociedade de consumismo, onde o ter é mais importante que o ser, e estas definições que a sociedade impõe, levam-nas à perspectiva de desconfiança de tudo e de todos. Por vezes, as famílias ficam no silêncio dos anônimos para evitar que seja discriminado no ambiente Hospitalar, e mantêm este silêncio pela chamada ditadura da cultura de que o profissional da saúde, e o pessoal do Hospital irão cuidá-los e curá-los e, por isto, não podem desrespeitar suas ordens. Isto nos remete à Baudrillard quando nos provoca e escreve o seu “à sombra das maiorias silenciosas (1993)”. Mas isto também não seria uma resistência silenciosa que Maffesoli nos sinaliza?

Acredito que este silêncio, seja sim, uma forma de as famílias expressarem suas revoltas, suas angústias, seus desafetos. Uma resistência silenciosa sobre o caos do trágico que se encontra o processo de cuidar, na Saúde, de modo geral.

Neste aspecto, inerente também ao cotidiano, a revolta é comportamento dos profissionais, haja vista, que estes não compreendem tal postura, inclusive por se identificarem com estas famílias, e ao mesmo tempo, temê-las, pelas situações de barbárie em

que vivem e que mostram no cotidiano da Hospitalização.

Porém, estas famílias chegam sedentas de humanidade, de calor fraterno, de acolhimento, de respeito e de dignidade, enfim, de uma ética da estética e do emocional, à busca de equilíbrio deste social. Neste ambiente, mostra que nas delimitações das paredes dos Hospitais, as regras, os limites, o poder que sempre pareceu nos proteger, hoje requer releitura, sendo que as nuances da pós-modernidade nos subsidiam para uma compreensão que podem sinalizar um caminho, inclusive para que os profissionais possam buscar capacidades, potências, maneiras para o cuidado das famílias que se mostram na contemporaneidade.

Por vezes, a equipe está em um momento de vida em que não se consegue entender tais diversidades e se questiona. As famílias chamam a atenção da Enfermagem, querem ser vistas e consideradas como seres de cuidado e que cuidam. Para os profissionais, as famílias se mostram emocionadas com a diferença do mundo no qual vieram. No Hospital, em um contra-ponto, estão sendo acolhidas, chamadas pelo nome, têm lugar aquecido, têm respeito, dignidade e, por isso, nem desejam sair deste espaço, exceto quando há situações mal resolvidas fora dali, como filhos que ficaram sozinhos, companheiros que podem expor as demais crianças aos riscos de violência sexual, falta de alimentos, responsabilidades com a Escola, enfim, atribuições comuns à mulher e mãe, presentes nas dinâmicas familiares.

Maffesoli (2001), fala sobre esta noção de busca pela atenção, pela emoção, pelo afeto, que na modernidade foram amplamente destituídos do ser humano. O indivíduo deveria ser único, seus contratos sociais, sua vida, suas ações o levavam à lógica da identidade única, aquela que limita a uma única imagem. Para o autor:

A metáfora do nomadismo pode nos incitar a uma visão mais realista das coisas: pensá-las em sua ambivalência estrutural. Assim, para a pessoa, o fato de que ela não se resume a uma simples identidade, mas que desempenha papéis diversos através de identificações múltiplas. Da mesma forma, no que concerne à vida social, o vaivém constante que existe entre os mecanismos de atração e de repulsa.

Durante a realização de procedimentos como a medicação, os profissionais observam as famílias; são nestes instantes que observam o que foi dito acima, ou seja, as diferenças dos tipos de doença, os papéis sociais das famílias, percebem que, nem sempre, a doença que trouxe a criança e sua mãe ao Hospital é física, por vezes, é a **doença de carinho**. Compreendem que as famílias também precisam de apoio, principalmente, na parte afetiva.

Na concepção destes profissionais, as famílias não sabem o que é isso, não aprenderam, portanto, falta carinho para todos.

O pai não sabe, a mãe não sabe, a criança não recebe carinho. (Pérola Negra).

Este ritual, que, a priori, parece apenas mais uma rotina de fazer medicação, é o momento de encontro de alguns profissionais que “olham” para as famílias, as crianças e revelam estas imagens, **da doença de carinho**. É a ética da estética se mostrando mais uma vez! Para Maffesoli (2007 b, p.17):

É preciso saber catalisar o que é vivenciado justamente porque é vivenciado. A crítica não basta, em certos momentos, ela priva de ar o espírito, contra a rotina universitária, contra a azáfama de sua tagarelice, é preciso saber elaborar um pensamento radical diretamente voltado para a existência.

Algo pertinente a este cotidiano, mas que também se mostrou nas demais Unidades, é a opinião pessoal dos profissionais, e estes passam suas idéias para as famílias, de acordo com suas crenças. A fala seguinte mostra exatamente como esta nuance é típica das interações que ocorrem no cotidiano:

Eu acho que a era das avós já passou faz tempo, eu sempre procuro passar para elas que não tem essa de você ter um bebê e achar que a sua mãe tem que cuidar do seu bebezinho, ela não estará 24 horas por dia para te socorrer, então tu tem que sair daqui segura para saber o que fazer com o seu bebê em casa. (Turquesa).

Revedo a fala acima, é possível identificar que as culturas, as imagens, podem interferir nas ações de cuidado dos profissionais, uma vez que, são as famílias, quem precisam definir o grau de importância de seus membros para compartilhar suas vivências. Não faz parte do papel profissional, pré-julgar quem deve ser o responsável direto por algum cuidado. A dinâmica familiar é esquecida, os arranjos familiares negligenciados, enfim, a família na sua singularidade, e unicidade não é considerada neste processo de cuidar. Tais posturas profissionais não significam que seja o objetivo do profissional fragmentar a família, de estabelecer as regras com igual consciência, mas de repetir suas experiências pessoais para as pessoas que cuidam.

Elsen (1994, p.68-9) afirma que:

A saúde da família, embora diferente da saúde de seus membros, está, no entanto, interligada à mesma. Desta forma, uma família funciona como um sistema fechado em termos de comunicação, não trocando energias com outros subsistemas, pode influenciar negativamente a saúde de seus membros, que terão problemas para iniciar relações com outras pessoas não pertencentes ao círculo familiar. Igualmente as famílias nas quais a agressividade é a forma comum de relacionamento podem afetar a integridade física ou emocional de seus membros. Por outro lado, famílias saudáveis que dão apoio aos seus membros, que são flexíveis a mudanças em seu funcionamento para atender a suas necessidades, têm permitido ao indivíduo doente manter aderência ao tratamento, possibilitando sua reabilitação e ou recuperação da saúde.

Neste caso, o cotidiano além de se mostrar na imagem que os profissionais têm das famílias, vale destacar que entrelaçam, nesta noção, o que suas famílias representam para si. É significativa a junção que estes profissionais fazem entre as famílias que surgem no Hospital e o que conhecem de família em sua particularidade familiar. Elsen (1994, p.62), já falava desta dificuldade que os profissionais da saúde possuem ao compreender a noção de família.

Segundo a autora, “na vida diária, quando falamos de família, não nos parece necessário defini-la. Partimos do pressuposto que todos têm em mente um significado idêntico, uma vez que a maioria de nós faz parte de uma unidade familiar”. Talvez esta dimensão do entrelaçamento do pessoal com a profissional seja um fator motivador para que os profissionais definam ações de cuidado para a família ter com seus bebês, quando determinam que *o tempo das avós já acabou*, sem refletir que as dinâmicas, os tipos de relações familiares se diferem cada dia mais e, portanto, conferindo a complexidade de ser família, bem como, de cuidar da saúde da família como foco, ao invés de avaliá-la como contexto do indivíduo.

Maffesoli (2007 b, p.111-3), destaca que:

Romper o preconceito individualista que marcou a cultura ocidental não é fácil. A opinião comum transformada em opinião especializada, secreta, decreta que o individualismo é onipresente. Ninguém o prova, trata-se de um postulado. [...] a consciência de si, pivô das filosofias ocidentais, conduz este sujeito senhor de si, e protagonista essencial de um contrato social racional e voluntarista. Ao passo que a consciência em seu sentido moral, vincula-se essencialmente ao outro. Tudo isto também é constitutivo de uma realidade plural, que não se resume ao que pode ser quantificável, mas que se abre para o imaterial da relação.

Mas, embora a fala e algumas posturas denunciem que os profissionais ainda estejam

focados na doença, na cura, na estabilidade de realizar técnicas, ainda que, sensivelmente, é esperançoso vislumbrar nas falas destes profissionais que há um sentimento de importância das famílias, de reconhecimento que estas estão dentro do cotidiano da Hospitalização, e por isso, desejam ser cuidadas como um sistema e não como fragmentos. E é nestas falas, mantidas em sua fidedignidade, que emergiu a noção que estes possuem de “família”.

A “*noção de família*” se mostra a partir das imagens de cotidiano que os profissionais da área materno-infantil trouxeram, sendo para eles **a família**:

A família é um bem precioso de Deus. Um presente de Deus, instituído por ele mesmo, que é a base da sociedade; sem a família não é possível estruturar uma sociedade, todos querem fazer tantas coisas, mas há a necessidade de estruturação familiar. Família é a base, é o chão, é poder voltar para casa, ter com quem chorar e lamentar. Para que um organismo funcione é necessário que cada célula funcione, depois os órgãos e depois o organismo como um todo. Família é tudo. Sem família a gente não tem por que viver.

A família é a base de tudo, é o princípio, tem um papel muito importante na vida, é a base familiar que dá o referencial, e se houver um elo familiar de educação, amor, diálogo, união, as crianças se tornam adultos bem formados e quando formam suas famílias, levam este exemplo de base, junto. É um núcleo de convivências, unidos por laços afetivos e que compartilha o mesmo ambiente.

É a base de tudo, é o pai, a mãe, os irmãos, os tios e avós, mas independente de ter laços consanguíneos, são pessoas que estão juntas por afinidade, por afeto, que se ajudam, é um refúgio, um ambiente onde existe um apoio, onde existe união e respeito. É quem acredita no que faço, família é a nossa raiz, nosso alicerce, o começo, a base de tudo.

A família não é somente a relação entre você e esposo, filhos, pai e mãe, muitas vezes, é no seu lugar de trabalho, mais que com a própria família, pois você cria um vínculo grande. Família é a do trabalho, a de parentesco, todas precisam de atenção, pois são envolvidas por emoções e sentimentos. Família são pessoas que vivem juntas, nem sempre com o mesmo laço sanguíneo.

No primeiro momento, a família possui a imagem de pai, mãe, avós... os que vivem numa casa só, mas depois se estende a todos os outros parentes e, também a família que a gente pode chamar de trabalho, ou de grupos de amigos, considerados como se fossem da família, é uma afinidade que existe entre as pessoas.

Há vários tipos de família, principalmente com essa mudança social, as pessoas têm outras visões, família é superimportante, é o que dá força, o que alimenta para viver. A família é a que dá o suporte, que faz a diferença quando se precisa de cuidado. Família é o elo mais importante que existe. Na família, as pessoas precisam umas das outras, que elas trazem algumas coisas de um passado, de vidas anteriores, que possui essa ligação por bem ou por mal.

É na família que aprendemos a conviver pelo prazer da convivência. É a relação familiar, é a paz dentro de casa, é ter muito diálogo com todos, para se manter esse elo sempre acima de tudo. É a força do amor que precisamos para seguir em frente. As famílias, independente de como estão formadas, por mais que se briguem, que se desentendam, estão unidas. A família é a tua

matriz, se você não estiver bem com a sua família, você não estará bem em lugar nenhum. Não é porque é família que tudo vai ser perfeito. Na família é possível brigar, desentender-se, somos seres humanos, mas aquele amor de família está presente dentro de nós. Mesmo quando não se está bem um com outro, é preciso aquele tempo de passar os medos, as raivas e as angústias e depois se possa voltar para conversar novamente e tentar resgatar sempre esse elo.

Família é poder se reunir nos finais de semana, sentar à mesma mesa. (Noção de Família dos profissionais de Enfermagem da área materno-infantil-HU, dezembro de 2008).

7.1.4 O cotidiano se mostrando através da comunicação

A comunicação através da conversa é uma das maneiras de o Enfermeiro promover o encontro para conhecer as mães. Para estes, quando uma mãe chega e quando eles “conversam uma porção” é nesse momento que estes profissionais fazem “um contrato”, mesmo que de uma forma informal. É onde realiza o vínculo, a “amarração. Sentem necessidade de aproximação. É um dos elementos que surge como inerente ao cotidiano de cuidado da Enfermagem, uma das dimensões que faz parte do cuidado que aproxima, acolhe, permite integrações entre os profissionais e as famílias.

Mas a conversa pode dificultar as relações, quando estabelecida de forma inadequada, com conotação de autoritarismo ou desrespeito. A ausência da conversa pode ser também é um fator relevante do cotidiano, visto que, a maioria dos profissionais, considera-a importante no processo de cuidado, e as famílias relatam que quando a equipe não conversa, sentem-se sozinhos e desvalorizados enquanto seres humanos. Como na fala de Topázio, a conversa significa também reconhecer o sentimento do outro:

Converso, vejo como o paciente está se sentindo em relação à internação, as vezes tem uns que estão um pouco angustiados, converso um pouco. (Topázio).

Maffesoli (2005a, p. 81), ao falar sobre a comunicação, contribui para a reflexão sobre a conversa e o diálogo como meio de aproximação e do encontro da equipe de Enfermagem no cotidiano da Hospitalização materno-infantil com as famílias, ou com os pacientes e seus acompanhantes, como uma situação indispensável:

A comunicação, assim como a imagem e o estilo, são simplesmente os elementos mais marcantes de uma cultura nascente, cultura essa que nada mais tem a ver com aquela que prevaleceu durante a modernidade, e que, sem muito barulho, mas não sem efeitos, está revolucionando todo o estar-junto pós-moderno.

Costa (2004, p. 112) diz que:

A comunicação pode ser entendida como um processo de troca de compreensão de mensagens enviadas e recebidas. É por meio dessa interação que as pessoas se percebem, e partilham o significado de idéias, pensamentos e propósitos. Entretanto, a comunicação sofre influências diversas, como o ambiente, fatores emocionais das pessoas que compartilham a mensagem.

A comunicação entre os profissionais e, especialmente, entre estes e as famílias é a grande possibilidade de se fazer a leitura de muitas falas não ditas. Em momentos difíceis como a morte, a comunicação pode ser o silêncio, a escuta. É importante ressaltar que os profissionais nem sempre conseguem estabelecer estas outras formas de comunicação, e esquecem-se de “olhar e ver” o que a expressão facial, a posição corporal está “falando incessantemente”.

A comunicação relaciona-se à imagem de Educação que surgiu várias vezes nos relatos destes profissionais, vinculando-se às conversas caracterizadas como orientação que fazem para as famílias, e entre si, de como realizar o cuidado à criança na Unidade, e após sua alta. Esta imagem que os profissionais trazem sobre Educação como expressão de suas conversas relativas às orientações, reforça que as famílias são vistas pelos profissionais como os instrumentos para o cuidado da criança; assim, a comunicação caracterizada como um orientar e educar as famílias, poderia ser um cuidado direcionado a elas, se partisse das necessidades expressas por elas mesmas, mas ficou evidente que tais ações ocorrem a partir da criança, ilustrando, novamente, a imagem do cuidado de Enfermagem às famílias, na perspectiva do contexto.

Vale ressaltar que a família possui o seu tempo para estabelecer a comunicação com a equipe de Enfermagem, o que, na maioria das vezes, não é respeitado pelos profissionais. Existe uma urgência nesta interação pela comunicação. O profissional atropela o tempo da família que, em muitas situações, é coadjuvante nesta comunicação, que na verdade é um monólogo. Nas observações de campo, por diversas vezes, testemunhei, nas Unidades

pesquisadas, em documentos e nas entrevistas, que a conversa envolvendo orientação como imagem da Educação, que os profissionais entendem como um diferencial em seu cotidiano de cuidado, só é possível desde que as pessoas, as famílias, não questionem.

Aceitar as orientações dos profissionais leva-os à imagem de que as crianças, as puérperas, as mães, estão sendo atendidas, “bem esclarecidas”, mas neste anonimato, nesta “aparente” aceitação pode se mostrar uma resistência silenciosa, ou seja, elas manifestam a aparência de que estão entendendo e aceitando as orientações, mas, em seu ambiente de autonomia, “fazem a sua maneira”, seguem seu próprio conhecimento sobre o viver.

A comunicação precisa ser compreendida pelos profissionais como um processo, que inicia com os primeiros contatos, estreitando laços de confiança, com o passar do tempo, alicerçados nas imagens que as famílias têm sobre os profissionais. Se não houver confiança, a comunicação volta a ser um monólogo travestido de diálogo. Podendo nos remeter à teatralidade, onde cada um desempenha um papel, construído socialmente, sem esquecermos sempre atendendo a uma lógica, que, neste caso, parece ser a lógica da dominação, do profissional sobre aquele que por ele é cuidado. Para as famílias, a conversa também é a base para as interações entre elas e os profissionais:

Como eu te falei, a base é a conversa. Chegando e conversando, um bom dia pelo menos. (Sodalita).

Ao se referir à teatralidade, Maffesoli (2005b, p. 310-311), fala sobre as máscaras da identidade:

A bipolaridade indivíduo (fechado) – pessoa (aberta) deve, é claro, ser compreendida como uma tendência geral, como algo que vai ser a causa e o efeito de um “espírito do tempo” específico. O predomínio da pessoa (persona) é correlativo a uma realidade relacional, a um primado da comunicação. [...] nesse jogo de cena, o eu dobra-se e desdobra-se ao infinito, mostrando bem que a superfície da comunicação é uma reversibilidade constante entre os pólos que são ora objetos, ora sujeitos, numa sucessão de seqüências que constitui o que se chama “eu”.

Deste modo, refletindo sobre o que Maffesoli nos traz e transpondo para o cotidiano da Hospitalização materno-infantil, compartilhada entre famílias e profissionais, podemos dizer que este “eu”, do ser humano comunicacional, requer atenção do profissional. Aspectos importantes de sua vivência escapam de sua observação, por estar voltado apenas ao cumprimento de suas atribuições, esquecendo que, para haver comunicação, precisa de

integração, onde ambos, profissional e família, precisam destacar as prioridades de cuidado, através da comunicação, para que saiam satisfeitos desta experiência.

Para ilustrar a importância da escuta e da troca que a comunicação pode gerar nas interações, trago um poema de Rubem Alves:

Escutatória

(Rubem Alves)

Sempre vejo anunciados cursos de oratória.

Nunca vi anunciado curso de escutatória.

Todo mundo quer aprender a falar,

ninguém quer aprender a ouvir.

Pensei em oferecer um curso de escutatória,

mas acho que ninguém vai se matricular.

Escutar é complicado e sutil.

Diz Alberto Caeiro que "não é bastante não ser cego para ver as árvores e as flores.

É preciso também não ter filosofia nenhuma".

Filosofia é um monte de idéias, dentro da cabeça, sobre como são as coisas.

Para se ver, é preciso que a cabeça esteja vazia.

Parafraseio o Alberto Caeiro:

"Não é bastante ter ouvidos para ouvir o que é dito;

é preciso também que haja silêncio dentro da alma".

Daí a dificuldade:

a gente não agüenta ouvir o que o outro diz sem logo dar um palpite melhor,

sem misturar o que ele diz com aquilo que a gente tem a dizer.

Como se aquilo que ele diz não fosse digno de descansada consideração e

precisasse ser complementado por aquilo que a gente tem a dizer,

que é muito melhor.

Nossa incapacidade de ouvir é a manifestação mais constante e

sutil de nossa arrogância e vaidade:

no fundo, somos os mais bonitos...

Tenho um velho amigo, Jovelino, que se mudou para os

Estados Unidos estimulado pela Revolução de 64.
 Contou-me de sua experiência com os índios:
 reunidos os participantes, ninguém fala. Há um longo, longo silêncio.
 Os pianistas, antes de iniciar o concerto, diante do piano,
 ficam assentados em silêncio, [...].
 Abrindo vazios de silêncio. Expulsando todas as idéias estranhas..
 Todos em silêncio, à espera do pensamento essencial. Aí, de repente, alguém fala. Curto.
 Todos ouvem. Terminada a fala, novo silêncio.
 Falar logo em seguida seria um grande desrespeito,
 pois o outro falou os seus pensamentos.
 Pensamentos que ele julgava essenciais.
 São-me estranhos.
 É preciso tempo para entender o que o outro falou.
 Se eu falar logo a seguir, são duas as possibilidades.
 Primeira: "Fiquei em silêncio só por delicadeza.
 Na verdade, não ouvi o que você falou.
 Enquanto você falava, eu pensava nas coisas que iria falar quando você terminasse sua (tola)
 fala.
 Falo como se você não tivesse falado".
 Segunda: "Ouvi o que você falou.
 Mas isso que você falou como novidade eu já pensei há muito tempo.
 É coisa velha para mim. Tanto que nem preciso pensar sobre o que você falou".
 Em ambos os casos, estou chamando o outro de tolo.
 O que é pior que uma bofetada.
 O longo silêncio quer dizer:
 "Estou ponderando cuidadosamente tudo aquilo que você falou".
 E assim vai a reunião.
 Não basta o silêncio de fora.
 É preciso silêncio dentro.
 Ausência de pensamentos.
 E aí, quando se faz o silêncio dentro,
 a gente começa a ouvir coisas que não ouvia.
 Eu comecei a ouvir.

Fernando Pessoa conhecia a experiência,
e se referia a algo que se ouve nos interstícios das palavras,
no lugar onde não há palavras.
A música acontece no silêncio.
A alma é uma catedral submersa.
No fundo do mar - quem faz mergulho sabe - a boca fica fechada.
Somos todos olhos e ouvidos.
Aí, livres dos ruídos do falatório e dos saberes da filosofia,
ouvimos a melodia que não havia, que de tão linda nos faz chorar.
Para mim, Deus é isto: a beleza que se ouve no silêncio.
Daí a importância de saber ouvir os outros:
a beleza mora lá também.
Comunhão é quando a beleza do outro e
a beleza da gente se juntam em um contraponto.

7.1.5 O cotidiano se mostra na ausência ou resistência aos registros do cuidado de Enfermagem

No cotidiano da Hospitalização materno-infantil, surgiu algo que necessita de reflexões importantes, neste momento pontual da construção da tese, como momento acadêmico, e a posteriori institucionalmente envolvendo o processo de formação da equipe de Enfermagem. Os registros do cuidado de Enfermagem foram apresentados pela maioria dos profissionais como algo negativo, que dificulta o contato com as pessoas que cuidam, uma vez que gastam tempo na realização desta atividade.

A Instituição na qual estão localizadas as três áreas pesquisadas possui, como seu principal diferencial, na área da Enfermagem, a chamada Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) denominada desta forma no HU. Seguindo a Resolução do Código da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, esta atividade privativa do Enfermeiro, é uma sistematização, organização e planejamento do cuidado de Enfermagem, e segue o conhecido Processo de Enfermagem alicerçado a um referencial teórico que norteie os princípios deste

processo como um todo.

O processo de Enfermagem, segundo as teóricas da Enfermagem, como Horta (1979), Leininger (1991), Orem (1949), Paterson & Zderad (1988) entre outras, é imprescindível para a assistência da pessoa Hospitalizada, pois facilita a implementação das ações de cuidado. Para Leopardi (2006, p. 14), “o saber da Enfermagem tem sido analisado em bases pragmáticas e empíricas, para avaliar sua possibilidade tecnológica para a realização de ações, cujos resultados sejam previsíveis e avaliáveis”. Dentro desta lógica, a Enfermagem enquanto profissão jovem, que constrói seu corpo de conhecimentos a passos largos, precisa ter em seus profissionais, o conhecimento de que a ciência não é um mito. Certamente que na Enfermagem já não cabe somente o conhecimento cartesiano. Esta área da saúde evoluiu muito na compreensão de que uma proposta de atuação com bases na razão sensível é a natureza do processo de cuidar que a Enfermagem se propõe.

Porém, os estudantes, os enfermeiros, os técnicos e auxiliares de Enfermagem precisam avançar no conhecimento sobre o que fazem e como fazem. Para isto, segundo cita Leopardi (2006, p. 43):

Uma das maneiras de efetivar esse propósito é o de estudar teorias específicas da Enfermagem, aplicar outras teorias de outras áreas, ou ainda produzir novas teorias, para uma prática mais eficiente e resolutiva. Isto significa estabelecer e discutir posturas filosóficas e conceituais, não como mera indicação de um modelo, mas para uma práxis transformadora.

A preocupação de tornar o fazer da Enfermagem visível, sempre foi uma preocupação minha, uma vez que, ao realizar a avaliação de 30 prontuários das três Unidades da área materno-infantil, verifiquei que os Enfermeiros, que são os responsáveis por realizar a metodologia da assistência na Instituição, pouco registram o que fazem. Quanto ao foco deste estudo, o qual se deu na busca de referências ao cuidado de Enfermagem às famílias, conforme descrito no capítulo de metodologia, nada foi mencionado sobre ações de cuidado às famílias, e poucas foram às inferências do cuidado que realizam ao indivíduo. Um exemplo de prescrição para a criança Hospitalizada é do tipo: “observar evolução de sintomas respiratórios”, “verificar temperatura axilar”, “promover ambientação ao setor”. São prescrições rotuladas, feitas de modo similar para todas as crianças que chegam com problemas respiratórios, enfim, não há uma prática de “olhar” para as necessidades de cada criança, conseqüentemente, menos ainda para às das famílias. Infelizmente, nos registros de Enfermagem nada aparece que possa mostrar ações em função da família, e quanto ao cuidado

do indivíduo, também possui incipiências que precisam de reflexão de toda a tribo de Enfermagem do HU. Um resgate da história do nascimento da metodologia de assistência, talvez seja o ponto de partida para esta reflexão.

O histórico de Enfermagem, as prescrições e as evoluções, onde se faz a avaliação e análise diária da situação de saúde-doença dos indivíduos, mostraram-se como pequenos resumos de sinais clínicos da patologia da criança, da puérpera, do recém-nascido. As prescrições parecem modelos prontos e estruturados para todos, não possibilitando a visão da individualidade, da identidade, das necessidades de cada indivíduo, nem de suas famílias. Para a maioria dos profissionais, a MAE é algo chato, cansativo, que consome muito tempo. Não conseguem ampliar sua imagem de um conhecimento mais próximo de quem cuida e a capacidade de gerar ações de cuidado, junto ao indivíduo e sua família (na ótica do contexto, como abordam as famílias), enfim, a metodologia se torna um desprazer no cotidiano de alguns destes profissionais.

Surgiu muito forte, nas falas dos mesmos, que o cuidado acaba não sendo registrado, tornando invisível o que fazem no dia-a-dia. Alguns Enfermeiros ganharam consciência disso quando foram questionados sobre o seu cotidiano, trazendo relatos como:

na hora nem vejo tantas coisas que eu faço, a gente vai sendo engolida pelo tempo, pressa e quando vê deixa de escrever tudo aquilo que a gente fez (registros). (Lápis Lazúli).

A metodologia da assistência é considerada importante por alguns destes profissionais; primeiro, pelo fato de ser um guia que conduz a realização de cuidados de Enfermagem, conforme as necessidades da criança, e também por ser um diferencial da Instituição que trabalham. É um marco que traz orgulho para quem é da Enfermagem deste Hospital e conhece a história do nascimento da metodologia de assistência.

O momento considerado mais importante para isto é o momento do Histórico de Enfermagem, uma das etapas da metodologia de assistência, na qual, os Enfermeiros, mais precisam conversar, comunicando-se e fazendo o acolhimento das famílias. Quando não conseguem fazer *um bom histórico e está tudo tumultuado* na Unidade, trazem a imagem de que *parece que não conseguem que seu serviço seja adequado, bem fluido, ficam coisas para trás, e as interações vão se desencadeando para o lado ruim*. A fala da Enfermeira abaixo mostra esta noção de poucos:

O momento que eu acho mais importante é o momento do histórico de

Enfermagem que é o momento em que conversamos e fazemos o acolhimento com essa família. Hoje, por exemplo, teve uma única internação. Então o que eu fiz? Conversei uma porção com uma mãe que chegou, uma menina de 17 anos, uma menina que está vindo pela primeira vez para Florianópolis internada, de Bom Retiro. Então a gente conversa uma porção, e é nesse momento que a gente faz um contrato, mesmo que de uma forma informal. É onde a gente faz um vínculo, essa “amarração”. E, às vezes, eu percebo que quando não fui eu que fiz o histórico, eu sinto necessidade de me aproximar, pois me sinto meio distante dessa família. (Lápis Lazúli).

Há profissionais que consideram “ruim” escrever, como retrata a fala seguinte:

Odeio escrever. (Shimú)

Para muitos profissionais, o fato de parar e registrar o que fizeram, possui a imagem de “tempo perdido”, e se pessoalmente o profissional já não tem o hábito da escrita, ou do manuseio do computador, torna-se um empecilho que estes usam para justificar a ausência de registros de Enfermagem nos prontuários.

Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem registram o que fazem na folha de observação complementar. Este documento é utilizado para se ter um panorama da situação de saúde-doença do paciente nas últimas 24 horas.

As Prescrições de Enfermagem é que norteiam estes registros. Então, parece haver uma cascata de desencontros. O Enfermeiro não gosta de realizar a MAE, os Técnicos não valorizam as prescrições de Enfermagem, até porque, há muitas intervenções que não são mais necessárias, e assim fica no âmbito do invisível, todo trabalho exercido pela equipe de Enfermagem.

Esta invisibilidade é um fator que precisa ser discutido desde a formação acadêmica. Acredita-se que se o graduando for sensibilizado para tal, conhecendo as etapas da metodologia e seu real significado para o cuidado que realizará, poderá ser um multiplicador desta prática no cotidiano da Hospitalização, bem como, em outros espaços também, visto que no âmbito da atenção básica, também há carência de registros de Enfermagem.

Na fala do profissional a seguir, observa-se que estes criam várias justificativas para não realizar o registro de Enfermagem. Ele se remete aos registros que precisa fazer nesta rede de atividades, considerada por ele, como complexa, como uma obrigação, e expressa uma resistência ao instituído, considerando-os um trabalho a mais para o Enfermeiro:

mas se a gente for escrever item por item vai uma boa quantidade de papel,

digamos assim. Por que isso? Porque a gente está no meio de um todo, a Enfermagem está no meio. (Ágata Amarela).

Além da justificativa, de que registrar o que se faz é um gasto de papel desnecessário, ao mesmo tempo, ele se percebe como o elo entre os demais profissionais, o que poderia ser entendido como uma necessidade ainda maior deste registro. O volume de atividades que o enfermeiro desempenha, devido a esta característica de mediador, inerente à profissão, para ele, é um excesso; há tanto o que fazer e se questiona sobre qual o motivo de ter que escrever tudo o que é feito por ele.

Nas imagens deste profissional, devido à característica da Instituição Hospitalar EM que atua, o Enfermeiro monopolizou a responsabilidade de tudo para si; tudo é para o enfermeiro resolver, e este é quem vai gerenciando, desenvolvendo ações que não são suas. No caso da ausência do Serviço Social, o Enfermeiro é o Serviço Social, se não tem Psicólogo, ele é Psicólogo. O Enfermeiro encaminha, gerencia essas atividades de maneira geral. Tudo isso está relacionado ao movimento da Unidade: se o dia que está calmo, consegue sentar para tomar café e faz as coisas que faltam com calma; diferente dos dias que estão agitados, onde tudo precisa ser feito, correndo.

Em um estudo realizado pelo Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, sobre os significados do processo de implementação do diagnóstico de Enfermagem, Lima e Kurcgant (2006), relatam imagens semelhantes de resistência dos profissionais para a implementação deste processo. A população de Enfermeiros que participou do estudo ficou dividida entre a empolgação e o interesse de inovar sua abordagem de cuidado, e os demais que se mostraram resistentes às mudanças em função da sobrecarga de trabalho. Segundo os autores, estas resistências estão vinculadas ao imaginário do futuro, às percepções individuais, experiências passadas e ao ônus comum a qualquer mudança.

Como resultados de análise, Lima e Kurcgant (2006), abstraíram que os Enfermeiros, apesar de trazerem sentimentos de medo, insegurança, ainda lhes faltam preparo, dificuldade de aceitar o novo, desconforto e a imagem de imposição das chefias. Perceberam também a necessidade de avançar no processo de cuidar com qualidade, e também na produção de conhecimento para nossa área. Quando ocorreram os encontros, os participantes tornaram-se solidários ao processo e se conscientizaram da importância de compartilhar em conjunto as

dificuldades, e também de buscar soluções para um cuidado de qualidade, em grupo.

Deste modo, volto a evidenciar que, embora os registros de Enfermagem não tenham sido o objeto principal deste estudo, mas uma de suas vertentes, eles mostram uma concretude do que ocorre no cotidiano dos profissionais de Enfermagem e nas suas relações com os que cuidam. Creio que, a partir do conhecimento e reconhecimento do que o registro desta metodologia influencia no processo de cuidar e as potências que traz para a Enfermagem enquanto profissão, os profissionais passarão a olhar para este aspecto de seu cotidiano da Hospitalização como uma possibilidade de cuidar, pautada na cientificidade e na sensibilidade junto às crianças, mães, acompanhantes, enfim, às famílias, que poderão também se sentir mais valorizadas no seu cuidado.

Sendo assim, entende-se que é preciso transfigurar a imagem atual sobre os registros! Após esta transformação que precisa ser interior, para depois se tornar visível no cotidiano, acredito que os profissionais Enfermeiros poderão, inclusive, ampliar o respeito de seus pares expresso também na utilização de seus registros. Dentro deste pensamento, podemos resgatar Nitschke (2005):

Registrar nossas atividades é uma atitude de respeito: com aqueles que cuidamos; junto aqueles que pesquisamos; com nossos colegas de trabalho, construindo uma equipe multiprofissional que busca realizar um trabalho interdisciplinar; enfim, conosco. Os registros permitem-nos dar continuidade ao cuidado e à ciência, compartilhando e socializando, além do respaldo legal que também podem proporcionar.

7.1.6 O cotidiano de cuidado da Enfermagem mostrando a criança como foco

Uma imagem comum às unidades pesquisadas é a de que a criança é o ator principal deste cotidiano, pois, na Pediatria, estas internam por alguma doença; no Alojamento Conjunto, elas chegam para o nascimento e conhecimento do mundo, e na Neonatologia, internam para a recuperação de alguma condição atípica ao nascer. Foi notório que em todas as Unidades as crianças aparecem como foco de cuidado da Enfermagem. A atenção é sempre voltada para a criança, na seqüência de prioridades, aos acompanhantes, quando estes precisam de algum cuidado, ou para informá-los de como proceder para os cuidados da criança em seu domicílio. Nas falas, na observação de suas ações no dia-a-dia, os

profissionais mencionam que cuidam, às vezes, da família, mas revelam que cuidam da criança, olhando a família como sua continuidade.

Elsen (1994, p.62) relata que:

Considerar o indivíduo, a família e a comunidade como clientes da Enfermagem parece consensual entre a maioria dos Enfermeiros. Este fato é confirmado em livros-textos, em currículos de ensino da graduação e em relatos de Congressos Nacionais e Internacionais. A prática de cuidar de famílias, no entanto, continua permeada de incertezas. Várias são as indagações que surgem quanto à especificidade da família como cliente. Há dúvidas se o cuidar da família é o mesmo que cuidar de um grupo e se, ao atender aos diferentes membros que compõe a família, se está atendendo à unidade familiar.

Nesta ótica, creio que estas nuances trazidas por Elsen (1994), refletem o grande questionamento que me fiz durante todo o processo de pesquisa e discussão dos dados. Parece-me que os profissionais ainda não estão maduros o suficiente, para compreender as famílias como Unidades de cuidado e que necessitam de cuidado. Cuidar do indivíduo certamente refletirá na dinâmica familiar, podendo ser um reflexo positivo ou negativo. Assim, nasce a questão do cuidado às famílias como foco de atenção da Enfermagem. A fala a seguir, traz uma realidade difícil de compreensão para aqueles que acreditam na relevância e na necessidade de efetivamente haver um cuidado às famílias, mas que mostra uma realidade que precisa ser transfigurada, ou seja, ter sua imagem revisitada:

A criança realmente é o foco e você acaba fazendo o cuidado ao acompanhante para facilitar a tua vida. Então se o acompanhante está com algum problema ou alguma doença você dá o cuidado mais para ele continuar ao lado da criança muitas vezes do que realmente ser um planejamento de cuidado abrangendo esta família. (Shimú).

A área materno-infantil é um laboratório imenso que possibilita revelar os reflexos do cuidado de Enfermagem, a partir da forma que este ocorre. Os profissionais de todas as áreas sabem *que cuidar de crianças requer ligação com a mãe, buscar o olhar da mãe, pois esta tem a percepção mais amável de seus filhos e pode auxiliar no cuidado destas crianças.* Para os profissionais está claro que a família é o alicerce da criança, e reconhecem que as sutilezas, as quais somente as mães são capazes de perceber em seus filhos, contribuem para o cuidado de Enfermagem que exercem. Embora conscientes de que a criança é o foco de sua atenção, sabem que as famílias tem suas próprias necessidades, enquanto rede de interações,

para além destas crianças, exclusivamente, que precisam de atenção.

Na expressão abaixo, pode-se identificar como os profissionais partem da criança para realizar o cuidado de Enfermagem:

E cuidar da criança, fazer os cuidados de administrar medicação, sempre com carinho, com cuidado, olhando para aquela criança, a Enfermagem é cuidado. Sempre buscando se apresentar... eu já me apresentava antes, agora na faculdade, mas agora é bem mais. É importante eles saberem que tem alguém ali responsável pela criança, se for trocar a fralda me deixa ver como está o bumbum, o cocozinho... Eu até brinco que a gente é o único profissional que acha o cocô bonito, então a gente procura olhar a criança no todo, não é porque está com problema respiratório que vou olhar só o problema respiratório. (Jade).

Na fala acima, está claro que a criança é o foco de atenção para o cuidado de Enfermagem. Os profissionais até se referem aos acompanhantes, quando dizem que é importante se apresentar para “eles”, saberem que há alguém responsável pela criança no setor, para mostrarem alterações nas crianças, mas não nos que estão com elas.

Os profissionais reconhecem que estamos diante de um mundo cheio de mudanças que ocorrem todos os dias. Vivemos com grandes diferenças em um mesmo ambiente, o que nos remete as características típicas da pós-modernidade. Para que possamos acompanhar estas nuances próprias do quotidiano são necessárias preparação, disponibilidade e atitude.

Mudar esta imagem de família como contexto de cuidado para entendê-la como foco de cuidado da Enfermagem é uma transição paradigmática difícil, pois demanda recursos presentes em cada profissional, em sua individualidade, mas, também em sua coletividade. Ou seja, é necessária uma mudança que inicie na formação destes profissionais, onde a vivência compartilhada com as famílias precisa ser evidenciada e explorada, a fim de que as imagens possam se mostrar e delinear os benefícios de uma família cuidada como foco de atenção da Enfermagem, mesmo que quem esteja Hospitalizada seja a criança.

O cuidado que se mostra nas imagens trazidas pelos profissionais, reforça que a criança que requer atenção por ser recém-nascido é o foco de atenção destes, também, na Neonatologia. Através do cuidado à criança, é que vem a orientação aos pais na execução dos cuidados com seus bebês como um preparo para seu quotidiano no domicílio. Este fazer “educativo”, que estes sinalizam como orientações aos pais, parecem conferir um sentimento de responsabilidade aos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem para com os bebês, pois estes ficam sob sua atenção, com cuidados integrais, e tal Unidade é considerada uma Unidade de

cuidados intensivos.

Wright e Leahey (2002, p.16-17), ressaltam que:

Para as Enfermeiras é importante identificar algumas diretrizes para determinar quais as famílias a serem avaliadas. Não é ainda uma prática comum em nossa sociedade fazer com que as famílias se apresentem para a assistência como uma unidade familiar, com problemas de saúde, a doença é, com mais frequência, apresentada como algo isolado de um determinado membro da família.

As autoras corroboram que a individualização de um membro estaria comprometendo a avaliação da família. A família não é um substituto para a avaliação individual, mas não pode ser deixada de lado, pois sérios riscos podem estar comprometendo a saúde desta família em outros contextos, como: riscos para suicídio, homicídio, doenças graves em outros membros, que podem se manifestar como resposta, por exemplo, a Hospitalização de uma criança por queimadura acidental.

Ao se olhar a família nesta perspectiva e, considerando-a como um sistema, uma Unidade de cuidado, é inevitável que a mudança de atitude na abordagem do cuidado se modifique. Há momentos, segundo Wright e Leahey (2002), em que a família precisa ser o foco de cuidado da Enfermagem, por vezes o indivíduo, e, em outros momentos, ela precisa ser vista como contexto. Mas a família nunca pode deixar de ser vista com atenção pela Enfermagem. Sendo a família um sistema, cada situação vivida será refletida nos demais, o que exige da Enfermagem, habilidade e capacidade de avaliar qual o momento que a família vive, bem como, onde e quando o sistema está mais vulnerável. Enfim, interagir com a família enquanto foco do cuidado é uma questão de atitude, de postura, como já defendeu Nitschke, no início da década passada. (1991).

Percebe-se que há um compartilhamento entre os profissionais destas Unidades relacionados ao cuidado da criança como foco, mas com a permanente preocupação de que a família é a base cuidadora, é a estrutura da sociedade que precisa ser resgatada, valorizada em sua essência, e estimulada a retomar seu papel na sociedade. A família precisa ser escutada, ter seus espaços garantidos no planejamento das ações de cuidado aos seus membros, afinal, a conjunção familiar pode ser considerada uma célula geradora do amanhã, e, portanto, precisa ser bem cuidada hoje, no cotidiano do aqui e agora. Trago uma fala ilustrativa:

O foco nesses anos que trabalho aqui é junto à mãe e criança. E durante toda a minha formação eu sempre quis trabalhar em saúde pública e nunca consegui trabalhar em saúde pública, desde que me formei. Mas cheguei à

conclusão que dentro do Hospital também se faz saúde pública, se trabalha com prevenção e é uma maravilha. (Lápis Lazúli).

É possível vislumbrar que há um entrelaçamento das imagens que os profissionais têm das famílias, apesar de não explicitarem claramente quem é a família para eles, ao serem questionados sobre como é o cotidiano da Hospitalização materno-infantil, nos momentos entre o dito e o não dito, segundo Ghiorzi (2004), deixam nas entrelinhas a junção do que é família para eles, a sua família, e se reportam para as famílias que compartilham de seu cotidiano. É uma questão de identificação.

A idéia principal é que o cuidado de Enfermagem na Hospitalização emerge da criança como o ponto de partida, entretanto, os profissionais não deixam de considerar importante a presença da família. Os profissionais possuem consciência de que poderiam fazer mais pelas famílias, porém, só alcançam o acompanhante ou como eles mesmos disseram “quem está com a criança”, vendo-os sob o olhar de contexto da vida das crianças. Mas é uma porta de entrada para a transformação desta realidade vista neste estudo, que buscou defender a tese de que as famílias não estavam sendo cuidadas como foco de cuidado da Enfermagem. As imagens que os profissionais possuem de seu cotidiano revelou a confirmação da hipótese inicial, sendo desafiador, agora, encontrar possibilidades de cuidado para as famílias no cotidiano da Hospitalização materno-infantil.

O foco maior é o paciente e ao redor dele é preciso formar uma rede de apoio que na verdade entra acompanhante e todas as pessoas envolvidas na melhora do quadro dele. Só que o nosso foco é o paciente só que irradia para todos. (Cristal Azul).

7.1.7 O cotidiano se mostra entre potencialidades e limitações para o processo de cuidar das famílias no Hospital

Neste cotidiano de cuidado da Enfermagem, há algumas limitações e possibilidades apontadas por eles na interação com as famílias.

Imagens entre o dia e a noite

Quando estes profissionais trabalham no horário **noturno**, percebem que há diferenças em como se mostra o cotidiano para eles. Distinguem que há duas realidades bem diferentes, entre o dia e a noite.

Considerando o período noturno como cansativo, admitem que o trabalho à noite não é fácil, pois parece que o raciocínio fica mais lento, não há muita lucidez, *pesa não dormir*. No período noturno é preciso mais concentração. Há um *pique diferente*.

Pela manhã ou tarde, “tudo” acontece mais naturalmente, nas imagens que emergem da vivência destes profissionais. Embora relatem esta dificuldade de atuar no período noturno, fazem uma relação com o sentimento de gostar de trabalhar na Enfermagem, que fazem por amor e com prazer, ultrapassando os limites impostos pela noite. É assim que a ética do emocional e da estética energiza-os, permitindo saltar as dificuldades trazidas pela noite, onde o natural *peso do não dormir* se transfigura no natural *prazer de fazer por amor!*

Trazem também a idéia que cuidam diferente dos demais colegas de unidade e até do Hospital: são posturas diferentes para cuidar no mesmo macro-espço institucional, segundo a imagem a seguir:

aqui a gente não trabalha só com Pediatria, isso é, entre aspas, a gente que é assim, quando a gente cuida da criança, a gente cuida também de quem está com ele, a meu ver, se tu não cuidar de quem está com a criança, a coisa parece que não flui. Eu vejo por esse lado. É particular assim, não sei. Se tu dá atenção, às vezes, para quem está com a criança, a criança já fica melhor. (Cristal Azul).

A fala desta profissional chama a atenção para o caráter de “particularidade” destas posturas em cuidar de quem está com a criança, lembrando que este se dá para a melhora da criança prioritariamente. Mas, é um avanço o olhar que determina esta atitude de cuidado. Na visão de outros profissionais, uma limitação que eles mesmos apontam como algo que os deixa em uma situação paradoxal, entre a satisfação e o reconhecimento de que poderiam ter feito mais, é quando o paciente vai ter alta e estes identificam o que poderiam ter feito. A fala a seguir, configura esta imagem:

A gente se satisfaz, gosta de ver o paciente sair daqui recuperado ou melhorado e isso deixa a gente muito feliz, mas ao mesmo tempo com a angústia de saber como ele vai ser cuidado em casa, e daí é que a gente cai na realidade que a gente não trouxe essa família para dentro, pra junto da gente, não fez uma reunião com eles, não fez um treinamento e não viu o que a família está precisando, se a família está entendendo para fazer uma boa

adesão ao tratamento. (Jade).

Pinto, Ribeiro e Silva (2005), relatam que a família que vivencia a Hospitalização tem sua rotina desestruturada, e quando encontra apoio da equipe se une de tal modo a apreender todas as possibilidades de retomar seu papel de cuidadora. Então, a fala dos profissionais vem ao encontro desta lógica, na qual a família requer ajuda para superar suas próprias limitações e os profissionais precisam estar atentos para esta necessidade. As ações de cuidado pontuadas pelos profissionais, *de fazer reuniões, ver o que a família precisa, desenvolver uma interação mais próxima*, são possibilidades que percebem-estar ao alcance de suas *mãos*, ou seja, de sua práxis cotidiana.

Os profissionais percebem suas limitações diante do cuidado que realizam dentro do Hospital. Entristece-se, ao refletir sobre eles e acreditam que podem melhorar.

É interessante que esta reflexão avance sobre os serviços de apoio que, por vezes, dificulta o cuidado da Enfermagem em relação às famílias. Um exemplo trazido é a dependência das pessoas responsáveis pela alimentação. A Enfermagem percebe que em determinado momento, a família veio até o Hospital não para dar apoio a criança, ou outro membro familiar Hospitalizado, **veio em busca de alimento para minimizar sua fome!!!** Então, a Enfermagem tenta responder a esta necessidade emergencial, porém, precisa da bondade de terceiros para conseguir esta façanha, quebrando as rotinas tão faladas por eles.

A identidade das famílias aparece como um dos limites presentes neste cotidiano de cuidado da Enfermagem. Não sabem os nomes das pessoas que estão acompanhando. Os profissionais pré-julgam. Enfim, estão diante de contradições pessoais e culturais, pois cuidam de pessoas de origens e vivências diferentes das suas, distanciando-os e reduzindo o cuidado de Enfermagem ao indivíduo, envolvendo-o, no máximo, no contexto presente no Hospital.

Deste modo, o cotidiano se mostra em sua essência. As imagens definem seu contorno e seu conteúdo como se refere Maffesoli (2005 b), pois não é possível fugir destes paradoxos do ritmo da vida, da maneira de viver das pessoas, expressando um cotidiano que expõe seus limites e suas possibilidades, que é intrínseco a este processo.

7.1.8 O cotidiano se mostra na solidariedade orgânica

O cotidiano traz um elemento imprescindível: a convivência entre grupos, a chamada solidariedade orgânica, ou seja, identifica como fator relevante para compartilhar o cotidiano com seus pares, a ajuda entre os componentes do turno de trabalho. Na fala a seguir, está delineado o que significa esta ajuda, esta solidariedade:

Nós nos ajudamos, aqueles que estão com pacientes mais “pesados”, não no sentido real de peso, mais no que se refere à complexidade e estado de gravidade da criança. Somente quando todos os colegas estão tranqüilos é que fazemos as demais atividades com as necessidades de cuidado com o ambiente, troca de materiais no centro de esterilização, checagem para sinalizar a falta de algum medicamento para os próximos horários, arrumar a rouparia, enfim, organizar a unidade (Cristal Azul).

Estes profissionais encontram, nesta forma de ajuda mútua, a possibilidade de transpor o cansaço, as mazelas de suas vidas particulares, e vislumbram que é possível conviver em harmonia no trabalho. Confirmam que estas atividades não precisam ser delegadas, pois estes fazem por conta, quando estão livres. Acreditam que é importante ter uma escala de atribuições para responsabilizar cada um de atividades necessárias, mas se estão livres, podem auxiliar uns aos outros. Estas imagens remetem ao que Maffesoli (2005a, p. 177) fala sobre a vivência:

Com efeito, o próprio da vivência é pôr ênfase sobre a dimensão comunitária da vida social; vindo a mística de sublinhar aquilo que une, que conforta, o vínculo, ao mesmo tempo tênue e sólido, que faz com que essa comunidade seja causa e efeito se um sentimento de pertença que não tem grande coisa a ver com as diversas racionalizações pelas quais, na maioria das vezes, se explica a existência das diversas agregações sociais.

Na verdade, é a solidariedade orgânica que une estes grupos, sem que as normas e rotinas, expressas pelos profissionais deixem de existir e serem cumpridas, mas em um ritual de harmonia afetual entre os elementos da tribo, a tribo do Hospital. Esta forma de viver o dia-a-dia torna o profissional mais feliz de estar com, de estar junto. Segundo Nitschke (1999, p. 105), “existem muitas lógicas e muitas razões. Assim, há uma razão que extrapola qualquer determinismo, pois é do sentimento, do vivido, em um paradoxo. Pode-se pensar que é uma razão com espírito livre e criador, a razão sensível...”.

Esta solidariedade também é direcionada para as crianças. Durante a realização de procedimentos invasivos, a equipe de Enfermagem, solidariza-se com a criança e seu sofrimento. Nestes momentos, recorrem às suas crenças para amparar a si mesmos, a criança, bem como, o acompanhante. A fala abaixo, deixa bem clara está dificuldade típica do cotidiano da Enfermagem:

Meu Deus!... a criança estava suada, desesperada, batendo um pezinho no outro, teve uma hora que eu pensei: “ai, meu deus, vou chorar”. Até a mãe saiu porque ela não tava bem, aí uma colega falou: “mãe tu não quer sair?, às vezes a gente tá tão mal , nós e as mães, que fica passando energia negativa para a criança, se a mãe dá uma saidinha, melhora, depois a gente chama, e orienta a ficar tranqüila”. (Jade).

É no cotidiano que profissionais expressam seus sentimentos quanto à realização de alguns procedimentos. A idéia de presenciar o sofrimento das crianças durante uma punção, por exemplo, que está muito difícil, gera angústias e os remetem ao apoio espiritual, à crença, que cada profissional pode ter.

Na percepção destes profissionais, a atitude de retirar a mãe da vivência de ver o filho sofrendo dor, e também a angústia deles mesmos, é uma ação de cuidado, de respeito, pois eles ficam aflitos, quando não conseguem reduzir o tempo de exposição das crianças aos procedimentos invasivos. E mais uma vez o sentimento de gostar do que faz é trazido, levando-nos à compreensão de que trabalhar na Enfermagem requer sentimentos positivos e amor pela profissão:

Então eu procuro, eu faço porque eu amo mesmo, venho trabalhar mesmo com problemas, às vezes não concordo com colegas de outros turnos, tem dias que eu não tô bem, vejo que a outra pessoa não está bem, mas a gente procura sempre se acertar. (Jade)

Neste cotidiano profissional, a rotina apesar de se mostrar repetitiva, também é benéfica; operacionaliza as ações de cuidado, oportuniza o envolvimento com as crianças e as famílias, permitindo conhecê-las. Os profissionais enfatizam o diferencial de cuidar da criança, pois ela possibilita o recriar, leva ao encontro do imaginário de cada profissional, ou seja, seu encontro com sua criança interior, tornando-os potentes para quebrar estas mesmas rotinas. Neste cotidiano, os cuidados de Enfermagem, que emanam da efetivação da metodologia de assistência, são valorizados. Assim, nada mais organicamente solidário do que trazer à tona a potência para buscar fazer o melhor que podem para o cuidado, estando

abertos para ampliar sua área de visão, transfigurando imagens, transpondo os obstáculos para o encontro de possibilidades. Talvez este possa ser o que Mafessoli denomina de *reencantamento do mundo*. Este mundo nosso, de cada dia, que se mostra no cotidiano da Hospitalização materno-infantil.

7.2 IMAGENS DO QUOTIDIANO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA MATERNO-INFANTIL

O cotidiano do Hospital para as famílias possui diferenças e semelhanças em relação às imagens expressas pelos profissionais, diferindo, de acordo com a vivência destes no ambiente Hospitalar. Nas três unidades pesquisadas, a Pediatria, Neonatologia e o Alojamento Conjunto, as imagens construídas do que é este cotidiano se mostram em ações, percepções, sentimentos, atitudes, posturas, questionamentos e também agradecimento pela existência destes serviços e dos profissionais.

A seguir, apresento o que as famílias trazem como imagens do cotidiano na vivência do processo de Hospitalização, esclarecendo que nas nove famílias entrevistadas, as informações foram dadas pelas mães das crianças internadas, puérperas e mães com bebês prematuros, sendo que, apenas em uma delas, o companheiro estava presente.

Este momento foi importante para a reafirmação da tese que busquei defender, pois a família dentro do Hospital está, ainda, resumida ao próprio indivíduo Hospitalizado, ampliando-se, no máximo, ao seu acompanhante, encontrando momentos de angústia e ansiedade para o retorno ao lar.

7.2.1 O cotidiano das famílias se mostrando entre o real e o ideal

Ao serem questionadas como é o dia-a-dia na Unidade de Internação Materno-Infantil, a maioria das famílias expressaram as imagens que têm deste cotidiano a partir de sentimentos. São imagens entre o que consideram o ideal e a realidade que vivenciam. Acreditam que o cotidiano é o cuidado, sendo este o amor que uma mãe sente pelo seu filho.

Nas imagens trazidas, as famílias, consideram que, no Hospital, o profissional tem

que ter amor pela profissão, afeto e carinho pelo *paciente*. Para as famílias, é preciso que os profissionais *se dediquem mais a esse paciente e esqueçam um pouco que ele é profissional*.

O cotidiano, para as famílias, é expresso pelo apego. Acreditam que quando os profissionais se apegam mais ao paciente, é como se fosse a segunda mãe, ou segundo pai do *paciente*.

Também apareceu nas falas das mães um aspecto inerente ao cotidiano da Hospitalização, sendo um elemento que chama a atenção, pois, uma das mães relata, claramente, o preconceito existente neste cotidiano Hospitalar. Refere que, em algumas vezes, sente-se rejeitada por alguns profissionais, por ser mãe e porque mora na favela. Entretanto, identifica que, com outros profissionais, não sente preconceito pelo fato de sua moradia ser na favela. Estes são percebidos por suas atitudes, uma vez que falam, conversam, mantêm amizade com as mães e assim conseguem compartilhar deste cotidiano com os profissionais. Na imagem desta mãe, o olhar nos olhos é seu *termômetro*, conforme sua fala:

Procuro olhar nos olhos da pessoa, porque o olhar da gente demonstra a nossa sinceridade. Procuro olhar bem no olho dela, para depois eu tentar ter uma amizade com ela. Se não olhar no olho, pode crer que não tem amizade, eu sou assim. (Pérola)

Para esta familiar, parece-me que o sentimento de aceitação, de estar sendo cuidada como um ser humano e por um ser humano, despido de máscaras de profissional, de poder, de autoridade, é um que desejo de que o cotidiano da Hospitalização fosse algo próximo de sua vivência familiar, ou comunitária. O fato de haver mais proximidade, amizade, conforme a mesma citou, é a forma que ela espera em suas imagens sobre o cotidiano da Hospitalização.

Maffesoli (2005b, 130), destaca que:

O mundo imaginal seria, de certo modo, a condição de possibilidade das imagens sociais: o que faz com que se qualifique dessa ou daquela maneira um conjunto de linhas, de curvas de formas mais ou menos arbitrárias, e que, contudo, é reconhecido como sendo uma cadeira, uma casa ou uma montanha. Sem insistir na dimensão filosófica, pode-se assinalar que há um reconhecimento social que funde a sociedade. Há uma inteligência imaginativa societal que não se pode tratar levemente.

Para estas famílias, há a crença de que podem encontrar no cotidiano do Hospital um suporte que contemple suas necessidades de afeto, de reconhecimento enquanto cidadãos de cidade e que cuidam. É uma forma de buscar o “*estar junto*”, “*estar com*”, delineando a

importância da ética do emocional e da ética da estética, legitimando-as, e, ao mesmo tempo, esperando da Enfermagem esta postura no seu cotidiano.

As famílias almejam ter o mínimo de segurança, respeito e carinho, justamente pela imagem que fazem destes profissionais, comparando-os à *segunda mãe, segundo pai do paciente*. Esta imagem nos remete ao provocativo título “*Da mãe substituta à enfermeira pediatra*”, trazido por Isabel Cristina dos Santos Oliveira, colocando aspectos que envolvem em uma conjunção dimensões históricas, políticas, sociais, de gênero entre outras.

Esta imagem foi construída na trajetória histórica da Enfermagem. Desde que as freiras foram se tornando Enfermeiras, o senso comum denominou os profissionais da Enfermagem como “anjos de branco”, e então vem o questionamento que é compatível ao sentimento expresso por esta mãe: *como um anjo de branco pode fazer julgamentos, não olhar para as pessoas doentes, não cuidá-las com amor?*

O mundo imaginal das famílias está associado às suas vivências, quando estão em seu lugar de pertencimento, como a favela, por exemplo. Lá, a família parece estar mais exposta à violência, às guerrilhas sociais por pequenos espaços e ganhos. Enfim, ao mergulhar em suas imagens do cotidiano, percebe-se que estas famílias não recebem amor, não possuem tranquilidade, e idealizam o Hospital como uma fonte de energia positiva, embora esteja neste cotidiano por alguma outra doença.

Este diferencial de mundos tão próximos, típicos da pós-modernidade pode ser lembrado como a violência totalitária discutida por Maffesoli (2001, p.278): “a solidariedade orgânica que se pode atribuir miticamente aos agrupamentos primitivos, e antigos se distende na separação, a ruptura social (individualismo), e ressurgem mecanicamente na viscosidade abstrata do totalitarismo centralizador”.

Para as famílias, a imagem expressa na sua idealização é que no espaço Hospitalar não haverá esta forma de violência, a que dicotomiza, que separa e que escolhe quem será cuidado. Não percebem que estas nuances da vida cotidiana estão presentes em todos os espaços, inclusive no institucional, onde, por vezes, prevalece o autoritarismo como uma forma de estabelecer o poder para as profissionais, tornando-o, mecanicamente centralizador, e insensível ao sentimento alheio.

Creio que esta imagem idealizada ocorre devido a várias nuances que se mostram velada no dia-a-dia destas famílias e suas interações com o viver. O preconceito de morar na favela, de ser mãe, está atrelado, talvez, a conceitos engessados e socializados, mostrando imagens trazidas por chavões como: “*quem mora na favela é perigoso, estas mães são sempre*

chatas, não se pode confiar em pessoas das favelas,” além da idéia de determinar o número de filhos que estas famílias devem ter referentes às condições socioeconômicas destas.

Talvez, seja a necessidade expressa de que *os profissionais esqueçam um pouco que são profissionais e cuidem das crianças, e de sua família como se fossem pais, que as famílias referiram*, seja a imagem idealizada de ter um porto-seguro, pelo menos no Hospital. Enfim, parece um apelo para que se saia da solidariedade mecânica configurada na perversidade institucional para o *porto-seguro, e o colo* da solidariedade orgânica. Afinal, Kaloustian já denunciou *são famílias abandonadas*, sendo confirmado por Nitschke (2007), ao declarar que possivelmente sejamos uma geração de abandonados: pelas políticas públicas, pelos descasos, pelos paradoxos do mundo acelerado... A imagem de que pais não têm preconceitos com seus filhos, ao contrário, geralmente os acolhe mesmo diante de situações de erro, é mais um fator que se pode considerar inerente às imagens que as famílias possuem sobre o cotidiano da Hospitalização.

Outra família entrevistada aponta que o cotidiano da Hospitalização se mostra repleto de significados. Estarem no Hospital significa que *é preciso que as pessoas estejam com vontade de cuidar, de zelar*. Na percepção desta, o profissional pode gostar ou não gostar do que faz, mas precisa estar zelando. Estar sempre ali, tratando, cultivando, olhando... como se fosse uma planta. Segundo a fala desta mãe, é possível verificar como os sentimentos se afluam e se entrelaçam na imagem do cotidiano que estão vivendo no Hospital:

tem que ter uma preocupação. Mas às vezes eu me senti mal. Eu me senti muito mal, quando eu pedia um termômetro porque achava que meu filho estava com febre, a Enfermeira não acreditava, achava exagero. Aí quando ela colocou o termômetro e viu que ele estava com febre, aí que ela se ligou. É aquela coisa: eu conheço o meu filho! (Sodalita).

Para Boff (1999, p. 110):

O amor é uma das dimensões do cuidado, quando os seres interagem, o fazem sem razões de sobrevivência, por puro prazer, no fluir de seu viver. Trata-se de encaixes dinâmicos e recíprocos entre os seres vivos e os sistemas orgânicos. Não há justificativa para eles. Acontecem porque acontecem. É um evento original da vida em sua pura gratuidade. Quando um acolhe o outro e assim se realiza a co-existência, surge o amor como fenômeno biológico [...] nesta deriva surge o amor ampliado que é a socialização.

Nas imagens das famílias, o cotidiano se mostra nesta dimensão, estar no Hospital,

sem a autonomia de tomada de decisões, à espera que alguém os olhe com atenção e dignidade, que compartilhem as idéias, os caminhos que trilharão no cuidado de seus filhos, enfim, as famílias percebem todos os detalhes do cotidiano. Porém, o amor, o zelo, a expectativa de ser cuidada é que lhes dá os contornos do significado das imagens do cotidiano da Hospitalização.

Para esta mãe, ficou claro que no cotidiano da Hospitalização é preciso ter realmente o cuidado com eles, reconhecer a dinâmica familiar e seu conhecimento sobre seu filho, que jamais competirá com o conhecimento do profissional, uma vez que há diferenças na percepção e no “olhar” de cada um. Mas elas sabem que é preciso que os profissionais respeitem as informações delas, afinal, como a própria mãe falou: “o filho saiu de dentro de mim”. É imprescindível que os profissionais apreendam esta realidade que as famílias mostram, pois, as rotinas, as medicações entre outros elementos do cotidiano são importantes, mas a sensibilidade, o carinho e o acolhimento aparecem como *top de linha* para um cotidiano mais prazeroso dentro do processo de Hospitalização.

Capra (1982, p. 134), afirma que:

Ao reconhecer isto, é possível envolver a sensibilidade, a solidariedade, a troca, a paixão e também a desordem. Desordem que traz à tona a “passividade ativa” dos pares, sufocados pelas ações meramente racionais. A descoberta da riqueza das banalidades que compõem o cotidiano de cuidar, se coloca como um imperativo para o alvorecer de um novo modelo que considere além da racionalidade as minúcias que completam o processo, na busca de uma integralidade individual, mesmo que não completa.

O que Capra traz está intimamente relacionado às imagens que as famílias trazem, ressaltando que é importante enaltecer os dados que estas expõem, envolvendo seus sentimentos, suas necessidades de atenção, de carinho e de valorização. Quando os profissionais compreenderem esta relação entre o banal e o essencial, o cotidiano de cuidado passará a ter uma imagem para as famílias de acolhimento, de reconhecimento de suas características familiares, respeitando suas origens, seu meio de ganhar a vida, suas atividades fora do Hospital.

Para algumas destas famílias, o questionamento que fazem aos profissionais refere-se a uma postura de cuidado da própria família. Segundo estas, fazem porque desejam acompanhar o que está ocorrendo com seus filhos, de modo a evitar possíveis erros, bem como, proteger a criança. A fala a seguir exemplifica a preocupação desta mãe no cotidiano

da Hospitalização:

Não pense que tu vai chegar e vai dar uma injeção nele e eu não vou perguntar. É meu filho. Quantos médicos que cometem erros, quantas crianças morrem por causa de erros. (Sodalita).

Estas nuances que as famílias relacionam ao questionamento é uma forma de comprovar que estas são Unidades de cuidado, são sistemas que precisam de conhecimento das mudanças de suas dinâmicas para ter o “controle”, mesmo que pouco, do que está ocorrendo com sua família.

Segundo Ângelo e Pettengill (2005, p. 987), ao explorarem as vulnerabilidades familiares no processo de Hospitalização, elas citam que:

Ao reconhecer a vulnerabilidade do outro, pensa-se sobre a própria vulnerabilidade, e assim, começa a entender a condição humana. Ao cuidar, pode-se escolher participar de um relacionamento de “poder sobre”, ignorando a vulnerabilidade e cometendo atos desumanos, ou de “poder com”, reconhecendo a vulnerabilidade da família e a do profissional, realizando um cuidado autêntico. A autenticidade advém de um relacionamento em que a posição do poder é igual e cria coalizões ao invés de hierarquia.

Poucas famílias relacionaram o cotidiano com rotinas, apenas na fala de algumas delas surgiu esta imagem. Elas descrevem que o dia começa quando:

As crianças acordam, tomam banho, há a passagem dos residentes, chegam o café, e depois o almoço. O tempo todo tem Enfermeiras no quarto dando medicação e tudo o que precisar... às vezes tem estudantes de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem. A Nutricionista passa todos os dias e, por vezes, também passa pela parte da tarde. A tarde tem café, suco, medicação e freqüentemente monitoramento das crianças, que sei são temperatura, saturação... A senhora da limpeza sempre passa. (Olho de Tigre)

Esta família se ateu em descrever exatamente o que vive dentro da Unidade de Internação, que aparece através de imagens de ações sistematizadas, rotineiras, mas no contorno desta aparência, como diz Maffesoli (2005b), há a expectativa de uma atenção voltada para eles, quando as mães relatam que:

A noite tem janta e depois um cafezinho para as crianças, mas às vezes dão para os pais também. (Olho de Tigre).

As interações com os serviços de apoio também se apresentam quando a mãe cita a Senhora da limpeza, a Nutricionista, os Residentes, os Estudantes, e a Enfermagem sempre presentes. Estas presenças no cotidiano da Hospitalização lhe conferem segurança para o cuidado da criança que ela acompanha, além disto, estas famílias precisam de cuidados que podem ser desde a conversa ao fornecimento de um cafezinho fora da hora das refeições estabelecida pela Instituição. São pequenas sutilezas do cotidiano que faz a diferença na composição das imagens e dos significados atribuídos a estas experiências. Quando saem do Hospital, levam consigo estas imagens construídas e em uma próxima necessidade de Hospitalização, acabam por evocar estas imagens que ficaram registradas em suas mentes e seus corações.

Da mesma forma que trouxeram suas imagens sobre o cotidiano na Pediatria, as famílias que estão com seus bebês prematuros na Neonatologia, descrevem o cotidiano, abordando essencialmente as rotinas, mas também fazem surgir às emoções, os sentimentos, as ansiedades deste viver.

Maffesoli (2005 a), remete-nos a pensar sobre o que é e como é o ato de cuidar nesta perspectiva. O autor incita a refletirmos que estabelecer as ações de cuidado profissional, considerando o pensar, o agir e o sentir, é o que valoriza o espaço social, porque é nele que acontecem todas as transações significativas. Trata-se do reconhecimento de si e do outro, a partir da diversidade e da unicidade.

Muitas destas mães, principalmente da Neonatologia, onde este aspecto das rotinas vividas apareceu mais fortemente, relatam que ficam com seus nenéns, retiram leite, por aproximadamente duas horas, depois retornam para a Unidade e alimentam seus filhos. Depois saem para comer, assistem televisão, e se mantêm nesta trajetória. Atribuem a este evento de repetição das mesmas atividades, o fato de não conhecer muita gente do Hospital.

Por este motivo, é interessante analisar o aparecimento nas imagens sobre o pessoal do serviço de apoio, como as Copeiras, as Higienizadoras de ambientes, as Acadêmicas de Enfermagem e Psicologia, como alternativas de diálogo sobre assuntos que não seja seus filhos, suas mamas, seu leite. Enfim, estas pessoas são para as famílias o respiradouro que encontram disponível para minimizar seu estresse neste emaranhado de atribuições que desenvolvem, em função do cuidado da criança.

De acordo com uma dessas mães, que estava com seu filho Hospitalizado na Neonatologia:

A princípio quem vai conversar comigo é o pessoal que trabalha na

Enfermagem do AC, pois eu já fiquei ali antes do bebê nascer. (Cristal Rosa)

Ainda assim, segundo ela, é uma raridade quando os profissionais aparecem e perguntam como ela está. As copeiras que entregam a comida, e o pessoal da limpeza são identificadas pela mãe como sendo as pessoas que mais conversam com ela, e desejam saber como está a situação dela e da sua família, se está tudo bem, se o bebê ganhou peso, fazendo uma rede solidária ao sofrimento dela. Na fala de Cristal Rosa, pode-se sentir a tristeza quanto a este “abandono”:

Mas a princípio só eles assim, eu não faço mais nada. (Cristal Rosa).

Nas imagens sobre o cotidiano que as famílias trazem, é possível vislumbrarmos uma mescla de sentimentos, atitudes, posturas que estas observam, ora como espectadoras, ora como protagonistas. Algumas delas se mostram sozinhas e carentes de atenção, o que é compreensível, quando deixamos nosso olhar profissional de lado, e nos colocamos de forma empática e olhamos para a loucura que é o cotidiano dos profissionais. Sem querer justificar, mas apresentando o que é e como é; estes correm demais, trabalham em mais de um emprego, e as preocupações externas consomem sua energia. Desta forma, acabam por “esquecer” como é estar do outro lado, como é viver este cotidiano da Hospitalização no papel de família, criança, acompanhante.

Penso que estas nuances do cotidiano, a partir do olhar das famílias e dos profissionais, trazem semelhanças importantes que podem auxiliar na busca de um cuidado focado na família, com vistas a estabelecer uma relação de troca entre ambos. À medida que, profissionais e famílias necessitam de cuidado, considerando-os seres humanos em interação, existem possibilidades a se considerar, como a potência de ambos.

Estas potências unidas para transfigurar a imagem deste cotidiano para ser mais prazeroso, lúdico, e permeado de cuidado, podem-se sobrepor as limitações que os elementos negativos do cotidiano insistem em apresentar. Estes elementos negativos tais como: a doença, o afastamento entre as pessoas, a falta de comunicação, a falta de olhar com amor para o outro, enfim, aspectos que atrapalham a imersão do cuidado de Enfermagem às famílias neste cotidiano, se minimizados, farão a grande diferença na imagem do cotidiano que hoje se mostra idealizado, na maioria das vezes.

Maffesoli (2001, p. 79), considera estes elementos da vida quotidiana correlata à noção de potência, como um interesse pelo agora. Ele reforça que:

Essa concentração da vida corrente traduz a exigência da socialidade, isto é, da reciprocidade e da circulação. É o que permite designar outro elemento da potência, o coletivo, isto é, a unidade da comunidade, sua composição, seu ordenamento. De modo inteiramente clássico e muito sóbrio, pode-se definir o consenso social a que remete essa noção como a correspondência que se pode estabelecer entre a vontade singular e o sentimento da comunidade, isto é, da universidade.

A reflexão proposta por Maffesoli (2001), é muito oportuna a este momento trazido do quotidiano nas imagens das famílias, que buscam na relação imaginária entre o ideal e o real, engajar-se nesta socialidade que é viver em comunidade, com suas diversidades e unicidades. A repetição de tarefas como as famílias trouxeram, no olhar das mães, pouco interfere no seu estado emocional. Por viver a Hospitalização, estas se mostram mais vulneráveis pela perda de autonomia, e a falta do contato com pessoas que caracterizem seu lugar de pertencimento.

As imagens das famílias chamam atenção, à capacidade das mesmas em adaptarem-se as situações a que estão expostas neste quotidiano. A rotina de acordar, seguir com o banho, a troca de roupa, indo na direção de todos os dias: cuidar de seus filhos, mostra que as famílias resistem às diversidades que a vida impõe. São estas potências que precisam ser resgatadas pelos profissionais, a fim de estimular que estas famílias possam reassumir seu papel genuíno de cuidadoras.

Nas “horas vagas”, as mães buscam adaptação para o seu descanso, e enquanto os bebês dormem, elas procuram descansar também. No meio desta tentativa de descanso, há os horários dos bebês, que, por volta das onze da manhã, precisam de nova troca, de mamar, e, ao meio-dia, procuram estar na fila da alimentação para almoçar. Ao retornarem ao chamado hotelzinho, espaço que as mães de bebês prematuros possuem para ficar em função do aleitamento materno, avisam aos profissionais onde estão, e os locais para a Enfermagem poder procurá-las, o caso necessitem. A fala da mãe define como esta rotina é difícil quando não há apoio de alguém:

Tento descansar um pouco nesse intervalo, mas é muito difícil, pois sempre tem algo para fazer, para resolver, tem reuniões aqui dentro, aí as cinco, a mesma coisa, dou de mamar, troco. Vou jantar, venho para cima, tomo um banho, aí oito horas, vou lá, troco o meu filho e dou de mamar de novo. E tu queres saber a noite? De madrugada também acontece isso, a cada 3 horas

ele tem os horários de mamada. (Zircônia).

Apesar de perceberem que esta rotina as deixam cansadas, as mães reconhecem que os profissionais as ajudam nos primeiros dias, a dar o primeiro banho, na limpeza do coto, na amamentação e na troca do bebê. Relatam que, nas quintas-feiras, pela manhã, *na salinha do canguru*, tem a reunião com a Psicóloga, Enfermeira e Assistente Social. Neste momento, podem falar sobre o que está acontecendo, há quanto tempo estão no Hospital. As mães compreendem este momento como um contato, uma troca, um auxílio.

Este comportamento de alguns profissionais sinaliza para as famílias, que é possível confiar no cuidado profissional. Esta postura lhes assegura a possibilidade de descanso, de reenergização para conseguir transpor estas dificuldades momentâneas.

Ângelo e Silveira (2006), referem que a filosofia da abordagem do cuidado de Enfermagem, centrado na família, ainda não está incorporada nos Sistemas de Saúde dos Hospitais Pediátricos do Brasil, porém, as famílias estão presentes neste cotidiano, interagindo, interpretando, gerando significados e se posicionando frente à realidade vivenciada. Apesar de buscarem idealizar o cuidado, e o profissional, como *segundos pais de seus filhos*, sabem que é preciso lutar para que esta idealização venha se tornar uma realidade, no sentido metafórico; enfim, desejam que os profissionais olhem para as famílias com mais carinho, respeito, atenção solicitude e desvelo, como cita Boff (1999).

Apesar da dura rotina que precisam experienciar para ajudar seus bebês, as mães relatam que o apoio é essencial para que tenham forças e continuem suas atividades com amor e solicitude com seu filho e consigo mesmas. Estar vivenciando um cotidiano delineado por horários fixos, ações repetitivas, adaptações às novas funções de mãe de uma criança que requer mais atenção, sem dúvida, exige da equipe multiprofissional algum movimento para cuidar destas famílias.

Mas as rotinas também são olhadas por algumas famílias como importantes, até mesmo para que saibam como agir dentro do Hospital, para identificar suas próprias necessidades e tentar buscar soluções onde possam encontrá-las. Nas imagens trazidas por uma mãe, a seguir, a rotina está bem delimitada à necessidade do bebê, em detrimento das necessidades dela, que ficam para depois:

Mamar e dormir. Mamar e dormir. Foram os quatro dias que eu passei aqui com ele. E aconteceu semana passada que ele começou a chorar demais e eu já estava estressada e que aconteceu que meu filho não estava pegando

no peito daí mais os problemas da rua que é a família que fica lá fora, e daqui de dentro. E eu achei que eu conversando com a Psicóloga e eu acabei passando cargas para o meu filho de estresse na hora que ele mais precisava de atenção, daí eu me atacava e me trancava ali... (Zircônia)

Para esta mãe, o fato de os demais filhos ficarem em casa, sozinhos, sob os cuidados de sua cunhada que, segundo ela mesma, “não é igual ao olhar da mãe”, acaba por provocar complicações físicas que atrapalham o tratamento e recuperação do bebê prematuro. As ações da mãe despertam o olhar para uma preocupação pouco evidente no dia-a-dia dos profissionais da Enfermagem, pois neste período de pós-parto, a criança prematura exige muito da mãe. Além disso, o fato de a família estar passando por uma situação mais complicada, como ter o marido- pai preso, corrobora para que os profissionais estejam mais alerta a sinais de patologias, como a depressão pós-parto. A fala dela descreve ações que podem piorar seu estado emocional:

Eu ia, dava mamá pro meu filho e me deitava, levantava, comia e deitava de novo. De manhã cedo eu tenho a fono que eu converso também um pouco, uma moça, que ela faz alguma coisa com a psicóloga eu acho que ela está se formando aqui dentro. Então essa parte aqui que elas tão, eu tenho com quem conversar, com quem falar sobre o que está acontecendo nesse dia, elas vem me explicar a situação que a minha cunhada tá cuidando dos meus filhos, no colégio e eu participo bastante coisa dos meus filhos lá fora, são 04. (Zircônia).

Estes casos exemplificados e bem relatados na fala de Zircônia, mostram que no cotidiano da Hospitalização há situações familiares que os profissionais precisam saber para poder solidarizar-se com a família, e auxiliá-los a buscar alternativas para viver este momento. O fato de seu filho menor estar Hospitalizado, necessitando de leite materno e a ansiedade de ter os demais filhos sob o olhar de terceiros, provoca, nestas mães, muita angústia. Nestes momentos é que podem surgir conflitos, discussões, problemas entre as próprias famílias no ambiente Hospitalar, pois a pressão emocional é muito grande. A sociedade exige que esta mãe dê conta de todos os problemas, afinal ela é mãe, e mãe, no senso comum, sempre “tem que” dar conta de cuidar de seus filhos. Mas, onde está a mulher, a esposa, os sentimentos desta mulher que está sozinha e ainda se cobra de participar da vida escolar dos outros filhos, os seus desejos, suas ilusões.

Collière (1989, p. 19), colabora com a reflexão posta:

A assimilação das práticas das mulheres que prestam cuidados, ao seu papel, traduziu-se por diferentes modos de identificação à medida da evolução. [...] a identificação da prática de cuidados com a mulher, desde os tempos mais recuados da história da humanidade até a Idade Média, o papel é a expressão da prática de cuidado, elaborado a partir da fecundidade e moldado pela herança cultural da “mulher que ajuda”.

Esta afirmação histórica de Collière, embora pareça com que as mulheres devam seguir este modelo e aceitá-lo, é uma contradição ao contemporâneo, pois hoje, apesar de a mulher assumir, além dos filhos, o cuidado com a casa, já se aproxima da luta por estar mais em evidência na sociedade para ter seus direitos respeitados, isto é, a expressão da pós-modernidade!

O avanço do papel feminino na sociedade, em que as amarras sociais que faziam das mulheres, seres escravizadas de um determinismo histórico, que pertencia a um grupo de regras socialmente estabelecidas, ainda se mostra nos tempos atuais, na contemporaneidade. O fato de permanecer a prerrogativa de que a mulher, que é mãe, é capaz de cuidar de tudo e de todos, sem experimentar o cansaço, a vontade de ser cuidada, de ganhar um colo, remete ao que Maffesoli (2007b, p. 70), diz:

O sujeito já não é o senhor de sua história, ele se corresponde com forças, necessidades, intimações objetivas, que o enraízam numa comunidade de destino. Podemos achar o que quisermos, mas as emoções coletivas provocadas pelo bombardeio de imagens estão aí. Precisamos, portanto, saber apropriar-nos delas teoricamente, como também nos contentar em dizer o que é promover a aceitação das coisas como são.

A colaboração que Maffesoli traz, nesta perspectiva filosófica, não significa que as mulheres devem aceitar a condição social de serem cuidadoras, mães, 24 horas, mas que, de certo modo, a história delinea os caminhos da vida humana. Se desejarmos transformar as imagens que permeiam o mundo da mulher, desfazendo a imagem de supermulher e de mulher-elástico, é preciso um movimento para que esta transformação ocorra na vida cotidiana.

No Alojamento Conjunto, as vivências não diferem muito na visão das famílias em relação às demais Unidades de Internação. Apesar de seguirem ações que se repetem diariamente e que mantêm certa organização do serviço, são imagens correlatas as dos profissionais, podendo-se inferir que ambos observam semelhanças neste cotidiano.

Nas imagens das famílias, estas revelam que tudo o que acontece na Unidade é muito parecido: elas acordam, tomam banho, trocam o “modess” e o curativo é feito “para a Enfermagem olhar o sangue”. Algumas famílias referem que não entendem direito o porquê de ter que ver o sangue, pois nas suas imagens, sangue é sangue.

As famílias identificam os profissionais que passam visita nos quartos: primeiro passa o médico, o residente, as meninas que dão as medicações e que as levam para dar banho no bebê. Às vezes, as mães se manifestam cansadas; dão de mamar, o bico do seio dói. Segundo elas, a orientação dada pelos profissionais é que:

tem que dar de mamar, todo mundo fala que é importante, que tem que dar para o bebê ter saúde, mas às vezes chego a chorar de dor, ninguém pensa na gente, é só o bebê. (Safira).

Nas imagens das mães sobre o cotidiano da Hospitalização, há profissionais “legais”: que conversam, perguntam se elas têm mais filhos em casa, porém, percebem que outros...

nem olham para gente, que os profissionais fazem tudo correndo não sei para quê, pois eles ficam aí às vezes o dia inteiro. (Rocha).

A imagem de profissional legal está intimamente ligada ao fato do *olhar e conversar*, pois desde o início das falas das famílias, os sentimentos aparecem em primeiro lugar, é um elemento constitutivo do cotidiano da vida. Maffesoli (2007b, p. 49), diz que: “pois a vida é justamente, algo que não se fragmenta. Podemos exaltá-la ou negá-la. E podemos nos perguntar se a tensão para o que “há-por-vir”, se o “melhorismo” do mito progressista, não constituíram a expressão do desprezo constante por esta vida que está aqui”.

Concordo com o autor, uma vez que a ansiedade do amanhã, por vezes nos impede de ver e viver o hoje, perdendo-se de vista todas as possibilidades de um viver saudável no presente em que este se mostra. O fato de os profissionais não olharem para as famílias, inscreve bem a noção exposta por Mafessoli (2007b), pois a falta do olhar para o que está à nossa frente, faz-nos perder o presente, e toda magia que ele pode lançar em nossas vidas.

As famílias, no papel das mães, reforçam os que os profissionais já haviam trazido em suas imagens, ou seja, embora saibam da necessidade da Hospitalização. Reconhecendo as nuances do cotidiano na Hospitalização, as mães mantêm o pensamento na família de origem, em suas preocupações, e permanece o desejo de ir embora para cuidar do seu bebê da

forma com que foi ensinada, através de sua cultura, *do seu jeito, como aprendeu com as tias, com a mãe e a vó*. E elas complementam:

É muito ruim ficar no Hospital, graças a Deus meu filho nasceu perfeito, é o meu segundo. (Rocha).

A percepção e o grau de sensibilidade das mães e suas famílias se modificam de acordo com :os motivos que as levaram até o Hospital, como foram recebidas, a frequência com tal experiência, como foram cuidadas antes desta internação e o que estão vivendo nesta atualidade. No relato a seguir, é possível pensar que as rotinas se mostram na mesma seqüência para as famílias, indiferentes de quantas vezes estiveram no Hospital. Ou seja, iniciam seu dia ao levantar da cama, às vezes, antes mesmo de tomar seu banho precisam dar mamá para o bebê.

Estas rotinas, ou maneira de organizar o serviço da Enfermagem, deixam passar ações de cuidado importantes para as famílias. Há um senso comum relacionado à imagem de que todas as mães sabem amamentar por instinto, todavia, isto é um mito. Muitas mulheres não o sabem, e precisam que alguém as ajude neste momento delicado na vida da mulher. Cristal Amarelo teve sua primeira filha, e não sabia como era a amamentação, referiu-me que dói muito, *mas todo mundo diz que passa*, entretanto, parece que ela tem dúvidas, segundo sua fala:

eu não sei não, choro de dor. Outro dia uma mãe aqui do lado me falou que ela também tava com o peito todo sangrando, com dor, mais disseram que era para ela tentar até não dá mais. Fiquei com pena dela, agora sei a dor que ela dizia. (Safira).

Esta lógica do “dever ser” é uma imposição forte, que traumatiza, angustia e que pode dificultar ainda mais o processo de amamentação. Processo este que poderia transcorrer com calma, tranquilidade, mesmo com as intercorrências comuns a esta situação, caso houvesse um olhar atento e sensível dos profissionais para estas mães. A amamentação é um ritual inclusive familiar, e quando a mulher não consegue ofertar o seio ao filho, pode desencadear diversas situações familiares, desde complicações econômicas, como alterações de relacionamento entre o casal, e, principalmente, a dimensão emocional da mulher, que se vê como incapaz de alimentar seu filho conforme as leis da natureza.

Boff (1999, p. 121), faz uma ressalva belíssima que contribui para enaltecer a

importância do cuidado com sensibilidade:

A justa medida, a ternura vital, a carícia essencial e a cordialidade fundamental são qualidades existenciais, quer dizer, formas de estruturação do ser humano naquilo que o faz humano. A mão que acaricia representa o modo-de-ser-cuidado, pois a carícia é uma mão revestida de paciência que toca sem ferir e solta para permitir a mobilidade do ser com quem entramos em contato.

O que há de mais efêmero na Enfermagem do que o toque das mãos? As mãos são instrumentos de trabalho da Enfermagem, que, empregadas por alguns segundos, podem significar horas de aconchego, de ternura, de ensinamentos, de acolhimento, de reconhecimento. Enfim, as mãos que podem auxiliar e receber auxílio.

Lembrei-me de uma parábola sobre as mãos, que entendo ser oportuno recordá-la: *quando se deseja ajudar alguém que caiu em um grande buraco, você pode fazer diversos movimentos para salvar esta pessoa. Pode entrar no buraco com ela, mas ambos não conseguirão sair; pode pedir que ela tente subir pelas laterais do buraco e apenas exaurir-lhe as forças; ou agachar-se ao lado do buraco, estender-lhe a mão, e pedir para que alcance sua mão e unindo as forças, cada um de um lado, e, enfim, sair do buraco.* Ao estender a mão você estará fazendo sua parte, deixando que o outro faça a sua também. É esta imagem que tenho sobre cotidiano da Hospitalização: ambos, famílias e profissionais, ainda não se deram conta que este talvez seja o único caminho para a sua transfiguração em uma possibilidade de promover o ser saudável, mesmo que seja no templo da doença.

As revelações que as famílias vão trazendo em suas imagens permitem que a parábola acima tenha ainda mais sentido, quando dizem:

As meninas, são atenciosas, mas têm algumas que não gostam de conversar, e tenho sempre a sensação de estar sozinha. A minha família não pode ficar aqui comigo, é só um acompanhante, então eu choro bastante escondida, pois eu queria minha família mais tempo aqui comigo, poxa é o primeiro bebê, a mãe é minha segurança, eu sinto falta... (chorou). Tem um Enfermeiro que toca flauta, conta piada, ele é bem engraçado, bem magrinho, ele quando está aqui brinca com a gente, o ambiente até melhora. Mas eu quero mesmo é ir embora logo. (Safira).

É angustiante realizar o exercício da empatia, diante das colocações que as famílias fizeram. Colocar-me no lugar delas, desperta-me sentimentos parecidos, questionamentos de como seria passar por tudo isso seguindo regras institucionais, sem a mãe, o marido, por

perto, desejando o aconchego do lar, a capacidade de tomar decisões em família, enfim, ter a autonomia de volta, ao alcance do pensamento, de onde jamais poderia ser retirada de alguém.

Mas também é notável a atitude, a postura de um Enfermeiro tocar flauta, contar piadas, para tornar o ambiente melhor, mais saudável. Esta postura, citada várias vezes ao longo da apresentação das imagens sobre o cotidiano que as famílias trouxeram, significa a potencialidade de tomar decisões conscientes sobre como se deseja desempenhar seu papel como Enfermeiro ou outro profissional que seja, pautado na ética, na estética, na escolha das pessoas, na realização de atitudes de cuidado ou de não-cuidado, sem temer a crítica dos demais elementos que compartilham de seu cotidiano.

As posturas e as atitudes que os profissionais demonstram em seu cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias é a junção das imagens que ficaram registradas em seu imaginário, a partir de suas próprias vivências, que podem se modificar. A evolução em direção da compreensão de que o cuidado pode se dar de múltiplas formas, haja vista que ele é multidimensional, complexo, uma teia que se mostra nos pequenos e grandes gestos, ações que envolvem e estabelecem a relação entre quem cuida e é cuidado, ou seja, a interação com envolvimento, para nascer o cuidado, é uma possibilidade que está no cotidiano, basta os profissionais se encontrarem com estas e desejarem seguir esta abordagem.

7.2.2 O cotidiano se mostrando nas imagens de que a Enfermagem não contempla a individualidade das famílias

Em meio a estas imagens, aos significados atribuídos ao cotidiano, pelas as famílias, existe um diferencial, principalmente, quando estas já estiveram neste cotidiano, neste espaço, viveram e reviveram situações de cuidado, de não-cuidado, de espera por novas abordagens e também de frustrações. Estas reconhecem nuances importantes de serem refletidas pelos profissionais, quando se deseja alguma mudança para ampliar as diversas formas de se cuidar com amor e atenção, conforme as famílias já citaram.

Para uma mãe de cinco filhos, todos nascidos no mesmo Hospital, este é considerado como “sempre a mesma coisa”. Descreve como é o dia-a-dia, que primeiro passa o médico, a enfermeira, as meninas que dão medicação para dor, que olham o curativo do parto, o sangue que sai, marcam se fazem “xixi, cocô, essas coisas”. De um prisma parecido, refere que

algumas profissionais olham a mama para ver se estão oferecendo o *mamá certo*. Sentimentos semelhantes são compartilhados:

Eu fico com ansiedade de ir embora, porque já sei como cuidar de meus filhos, e aqui as orientações são sempre as mesmas, chega a me cansar. Se conversassem outras coisas, eu tenho um monte de dúvidas, sobre o sexo com meu marido, dessa história que dá de mamar não engravida, não é bem assim, fiquei grávida desse amamentando o outro. Acho que poderia ser mais fácil de ficar aqui se elas perguntassem para gente o que a gente quer saber. Senão é a mesma coisa, sempre: dá de mamar, dá o banho, troca o bebê, faz curativo, dá de mamá, e às vezes dá de dormir enquanto o bebê dorme. É assim o meu dia-a-dia aqui. Mas não reclamo sabe ainda bem que tem o HU para nós que somos pobres. (Luz da Lua).

Esta última fala nos remete a um dos elementos que faz parte do cotidiano institucional, o jogo de poder. A rotina faz parte do cotidiano, sendo necessária até mesmo para que os profissionais possam quebrá-las, o que também pode configurar uma forma de demonstração de poder, mesmo que seja para atender as necessidades observadas nos pacientes e em algumas famílias durante o processo de cuidado.

As famílias percebem que as mesmas ações de cuidado, a não-escuta das ansiedades das famílias por determinados profissionais, e o poder de manter o “tem que ser”, pois é o que está instituído, é o que regulamenta as ações profissionais, provocando nas famílias imagens de que não há muito o que fazer, solicitar, e até mesmo propor.

Estas famílias que passam diversas vezes pela Instituição têm a imagem de que precisam dela, então não se pode buscar algo “a mais” do que já é oferecido, e se acomodam em um nível de inferioridade, de distanciamento da cidadania, e permanecem neste mundo sem questionamentos. É a aceitação da vida, referida por Maffesoli. Estes, embora descontentes com esta repetição, ainda agradecem pelo fato de possuírem um local para buscar cuidado quando necessitam, silenciando seus anseios de um cuidado voltado para as suas necessidades e para a individualidade familiar.

Ângelo e Pettengill (2005, p. 986), relatam que:

A perda do poder fica mais visível no contexto Hospitalar, com a família sendo colocada à parte, sem direito de participar das tomadas de decisão, do cuidado e do tratamento. A percepção de que se tornou apenas uma coadjuvante estabelece o sentimento de ameaça em sua autonomia. A relação que se estabelece com a equipe é percebida pela família como desigual, quando a equipe a coloca em posição inferior, à margem do processo e sem poder para decidir em relação ao filho.

Sabe-se que não se pode generalizar estas posturas a todos os elementos das equipes de Enfermagem, tanto que os profissionais que atuam e fazem a diferença no cotidiano da Hospitalização são apontados pelas famílias, como no caso do Enfermeiro que toca flautas, que conta piadas, que torna o ambiente Hospitalar mais festivo, alegre, sensível. Um ambiente que deixa de ter a imagem de tijolos, de paredes limitantes, de olhares indefinidos, e passa a ser um ambiente de refúgio, de consolo, de respiradouro para muitas famílias.

Esta individualidade que as famílias buscam no cotidiano da Hospitalização, está intrínseca à necessidade de ser reconhecida pelas equipes de Enfermagem tendo seus pontos que as diferenciam das demais. Não que estas famílias desejem ser atendidas como elites, em detrimento de outros modelos familiares, mas que os profissionais saibam identificar junto com eles, o que são necessidades de cuidado para a família naquele momento de seu processo de viver.

Maffesoli (2007b, p.201), contribui para a análise:

A isto podemos opor um “terreno” de observação: o do fervilhar existencial da vida de todos os dias. Terreno empírico que induz um realismo transcendental vale dizer, um realismo que integra como compreensão, um imaginário tão presente na interação social. A vida como caminho, uma autogênese fundamental.

Corroborando com a noção de Maffesoli, as famílias precisam que os profissionais possam se colocar em posição de observadores, para poderem estabelecer uma comunicação pautada na troca de experiências, nas vivências passadas, ou seja, na individualidade do momento para todos, famílias e profissionais. Apesar de algumas ações de cuidado da Enfermagem se repetir, o que é aplicável ao processo da Hospitalização, há eventos que requerem bom senso e sensibilidade do profissional para “enxergar” as diferenças. Agindo assim, estes estarão viabilizando um contato mais direto com as famílias e tecendo a proximidade destas relações no dia-a-dia da vivência do cotidiano.

Ainda sobre esta temática, Maffesoli (2007 b, p. 202-203), fundamenta que:

Nestes períodos de mutação, é preciso saber encontrar as noções, as metáforas, as palavras simples que emprenham as coisas. Que fazem sobressair aquilo de que são portadoras. Em suma, saber opor o relativismo da experiência ao absoluto ou ao dogmatismo dos sistemas. O relativismo do aspecto qualitativo do acontecimento. Aquele que funda particularismos.

Neste sentido, o cotidiano para as famílias se mostra nas imagens que emergiram de

suas vivências, de suas expectativas em um paradoxo contínuo entre o real e o ideal, sobre o que esperam e vêem no processo da Hospitalização materno-infantil. Em amplo sentido, trouxeram nas duas subcategorias, os significados que se mostraram nas imagens, e que seguindo o processo de análise de discussão dos dados, muitas destas imagens se fizeram presentes também na visão de como percebem o cuidado às famílias no Hospital.

Esta maratona de ações específicas, descritas pelos profissionais da Enfermagem, é comum aos envolvidos no estudo, porém, surge um elemento, a orientação para as mães, as dicas de como é feito o banho, a técnica, os cuidados com o coto umbilical que muitas mães têm muito medo, muito receio. Esta orientação é uma das maneiras que os profissionais encontraram de exercer seu papel de educador no cuidado das puérperas e seus filhos. Relatam que o restante do período é controle de medicação, sinais vitais e, às vezes, têm uma gestante que exige mais cuidados, que precisa de um banho no leito. Faz parte da rotina deles buscar as pacientes no centro obstétrico. A maioria destes profissionais considera a orientação, o forte de sua atuação, como a fala a seguir:

eu vejo mais assim, a minha parte de orientação. Além de todo cuidado que a gente tem com as medicações, tu sabe que aqui são poucas as medicações administradas. Eu vejo mais o nosso trabalho como orientação às mães e seus familiares, que geralmente sempre estão acompanhando. Então eu tento passar para essas pessoas, principalmente para as mães de primeira viagem, que têm muitas dúvidas e têm medo até de pegar no bebezinho. (Turquesa).

Embora a orientação seja uma forma importante de cuidar, não é a essência do processo de cuidado durante a Hospitalização, e estas podem gerar contradições culturais, dependendo da imagem que o profissional faz entre o ideal e correto para o cuidado do recém nascido, como no caso do Alojamento Conjunto. As orientações podem deixar de ser um instrumento de auxílio para a família e passar a ser preconizações, entendidas pelas famílias como: ordem. A fala abaixo deixa clara esta possibilidade no cotidiano:

Às vezes eu preconizo para a família, que a mãe tem que ter contato com seu bebezinho desde o momento que nasce, desde o primeiro banho, e induzo a mãe a ir junto para ver o banho, a tocar no bebê. As mães têm medo de tocar no bebê na hora do banho, querem tocá-los com gaze. (Turquesa).

Há situações em que as orientações podem produzir o vínculo entre os membros da família nuclear, como a fala abaixo mostra:

Eu sempre digo: “não, toque com a mão”, o bebê vai se sentir mais seguro. Então eu convido o pai para vir junto, às vezes tem uma avó junto. Então eu sempre procuro preconizar, mãe, pai e bebê. Então o nosso serviço é muito mais orientação. (Turquesa)

Neste microssocial, que se mostraram as imagens do cotidiano da Enfermagem para as famílias e os profissionais, elementos de cuidado se mostraram intrínsecos, permeando este universo, o qual não se pode dissociá-lo.

CAPÍTULO 8 - AS IMAGENS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO MATERNO-INFANTIL: ENTRE OS OLHARES DOS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS

Imagens... cuidado... famílias, está aí uma conjunção. Entre significados de um mundo imaginal, de encontro de forças para se viver a vida cotidiana em suas minúcias, a magia de transcender o imposto, o instituído, a um caminho de frutos renascentes da vida social. (Laura).

A partir do questionamento realizado aos profissionais e às famílias da área materno-infantil sobre: “como as famílias são cuidadas em suas unidades”, estes trouxeram as imagens que também geraram novas indagações durante o desenvolvimento desta pesquisa, a fim de compreender como se mostra o cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias Hospitalizadas na área materno-infantil.

Muitas reflexões aconteceram neste período, pois a cada expressão dos profissionais, estes mesmos se cobravam diante da figura que se apresentava aos seus olhos, o que estavam deixando de fazer, ou fazendo pouco pelas famílias que fazem parte de seu cotidiano de cuidado. Uma realidade estava sendo velada no cotidiano de cuidado dos profissionais de Enfermagem: “a incipiência do cuidado de Enfermagem para as famílias”.

Destaco que as imagens são a forma dos significados as quais as pessoas apresentam a partir de suas vivências, interações, encontros e desencontros próprios da vida. Os significados e as noções sobre determinado assunto, a vivência, o saber, que construíram ao longo de suas interações, levaram os profissionais a deixar emergir em suas falas, as imagens decodificadas que estavam em seu imaginário, e que, quando evocadas ao racional, se depararam com seus próprios questionamentos.

8.1 IMAGENS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE COMO AS FAMÍLIAS SÃO CUIDADAS: AÇÕES DE CUIDADO E DE NÃO-CUIDADO

Como diz Elsen (1994), um desafio constante! A Enfermagem como profissão está sempre frente a desafios, e quando se trata de cuidado de Enfermagem às famílias, este se torna ainda maior. No olhar dos profissionais de Enfermagem, o cuidado às famílias pode ser melhorado. Acreditam nesta possibilidade, apesar de relutarem um pouco, no momento de descrever o que percebem no seu dia-a-dia. A imagem trazida por Lápiz Lazúli revela a dificuldade de assumirmos os limites que ainda possuímos na dimensão do cuidado de Enfermagem Hospitalar às famílias:

Eu acredito que esse cuidado ele pode melhorar bastante. O que eu vejo quando estou atuando é realmente isso, porque às vezes eu vejo que elas não são cuidadas. (Lápiz Lazúli).

Os profissionais chegam a esta imagem através da observação que fazem de pequenos gestos e ações que a equipe de Enfermagem desenvolve e, segundo esta profissional, há certa intolerância com relação às mães, de falar mal, os próprios companheiros de trabalho se colocam em uma situação de muito igual. Para ela, o fato de os demais colegas desabafarem sobre situações pessoais com as mães, cria uma intimidade muito grande, de onde geram fofocas, brigas, faltam com respeito, do tipo: “*aquela mãe chata, fala demais*”. Não olham o sofrimento daquela mãe.

Ah, porque aquela mãe pediu pra eu ficar com o filho um pouquinho e demorou um tempão, porque tava fumando. (Lápiz Lazúli).

Estas imagens verbalizadas, com frequência, pelos colegas de equipe, levaram-na a repensar o que significa para aquela mãe estar com seu filho doente internado, como é a vida dela lá fora, e esta relata que:

Puxa vida, às vezes o cigarro é a única fonte de prazer daquela mãe naquele momento, porque não deixá-la um pouquinho mais longe já que ela não tem mecanismo de apoio nenhum dos outros familiares né? Então às vezes isso me deixa um pouco entristecida. Eu vejo que isso poderia ser melhor. (Lápiz Lazúli).

Um exemplo trazido pelos enfermeiros de que cuidar das famílias se torna um fator complicador para a Enfermagem, é a dependência dos serviços de apoio, uma vez que para se atender uma mãe, que trouxe mais um filho, ou o marido para consultar na Emergência Pediátrica e que acabou internando, é preciso depender da bondade de alguma Copeira para trazer a comida para auxiliar esta família. Na opinião destes profissionais, deveria haver um padrão determinado, uma espécie de acordo comum entre os serviços, para que tais situações não ocorram ao acaso. Mas considera que já foi pior, as mudanças realizadas na estrutura de uma das Unidades em 2007, deu a primazia de aproximar mais os profissionais das famílias, pois podem agora proporcionar alguns confortos que não havia antes. Na imagem desta Enfermeira, pode-se constatar o quanto estas questões de estrutura são importantes para que o cuidado ocorra:

Porque antes nós não tínhamos um banheiro dentro da Unidade para as mães, tinham que ir lá ao corredor longe. Eu acho que deveriam mudar as coisas mínimas, não é nem coisa tão grave. Acho que chamar o nome da mãe... Que nem um dia que eu vi uma coisa acontecer, a mãe era de mais idade, um colega a chamou de vó, ela ficou chateada, parecia algo como birra, de propósito, porque ela era muito chata. (Lápis Lazúli).

Para muitos dos profissionais de Enfermagem, as famílias são espectadoras no processo de cuidar, ficam à espera de algum sinal para que possam se manifestar e buscar solucionar suas dúvidas, suas dificuldades, e conseguir um espaço para verbalizarem o que desejam realmente da equipe de Enfermagem, como cuidado para sua família. Na imagem de Ágata Verde, as famílias não estão sendo envolvidas no processo de cuidado da Enfermagem:

Eu acho que eles ainda estão muito... nessa de ficarem sentadinhos, escutando... Ao pai é oferecido se ele quer dar o banho no bebê, ele fica acompanhando as orientações que a gente dá para a mãe, ele é convidado a ir junto à hora do banho, na hora dos cuidados, em todo tempo ele é convidado para isso. Mas eu não percebo pela parte médica, que ele receba muitas orientações, na hora do exame do bebê, normalmente, eles pedem para o pai ficar sentado do lado de fora. Aí a mãe, porque a sala está muito cheia de alunos, ou entra a mãe ou entra o pai, então nisso eu percebo uma exclusão da família, porque num consultório particular a gente não percebe isso, normalmente o pai e a mãe entram né? Então isso eu percebo que tem que mudar muito. (Ágata Verde).

Os profissionais, em sua maioria, consideram que é preciso que a equipe pare de fazer julgamentos e que entendam que a clientela que atendem poderá, cada vez mais, ter sua

vida complicada: serão filhos de traficantes, prostitutas e pessoas que já são socialmente excluídas e então questiona:

Iremos excluí-los mais ainda? (Lápis Lazúli).

Portanto, julgamentos, brigas, não chamar pelo nome, são aspectos que despertam sentimento de tristeza nos profissionais, quando vêem isto acontecer. Imaginam que, na medida do possível, procuram apagar essas condutas e tentam refletir com os demais membros da equipe sobre estas questões, sendo uma possibilidade de vir a ter um cuidado de Enfermagem para as famílias.

Uma parcela destes profissionais considera que o cuidado de Enfermagem à família é menor do que poderiam fazer, reforçam que é “bem menos do que deveria” (Shimú). Buscam minimizar esta constatação através de idéias que perpassam durante o seu fazer, nos momentos de contato com as famílias, conforme a fala que segue:

Eu, quando passo a visita, sempre me lembro de me apresentar e me colocar à disposição para qualquer dúvida ou em qualquer problema me procurarem. A criança mais grave eu tento orientar muito a respeito da doença para tentar aliviar um pouco as angústias. Depois que eu me tornei mãe eu tô usando muito essa experiência até pra calçar o sapato daquela mãe que está angustiada e tudo mais. (Shimú).

Esta fala mostra exatamente o que a maioria dos profissionais, não só enfermeiros, mas, todos os componentes da equipe, faz em relação ao cuidado das famílias: usam de suas experiências pessoais para desenvolver alguma ação no momento que surge a necessidade. Elsen (1994, p. 73), refere que:

A família já não pode ser vista como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais da saúde; ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, e mais que tudo, sua participação deve ser incentivada em todo o processo profissional de cuidar.

Portanto, ao se refletir sobre o que Elsen nos traz como uma possibilidade de se cuidar de famílias, em qualquer ambiente que esta se apresente, remetemo-nos a noção de que as famílias possuem potencial suficiente para cuidar de seus membros. Estas buscam forças em seu sistema, nas redes de apoio que teceram ao longo de sua vida, desde que

recebam algum espaço para se moverem dentro das Instituições de Saúde, e que os profissionais saibam de quem estão cuidando.

Os profissionais tentam passar para as famílias, de forma empírica, a parte “gostosa” que pode ter a Hospitalização: falam de seus filhos, de suas experiências, como é para as mulheres da Enfermagem ser mãe, sua relação com seus filhos. Até na situação de doença, reforçam a imagem do aspecto doméstico, sem preparo teórico para abordagem das famílias como foco de cuidado da Enfermagem. Não se baseiam em estudos que possam auxiliar na comunicação com as famílias. Não que esteja “errado” compartilhar de suas experiências pessoais, mas não se pode ficar apenas com este conhecimento do vivido em nossas famílias. Falar de suas angústias familiares parece ser uma forma de aproximação que a Enfermagem faz, para chegar mais perto das famílias.

Vale lembrar que o conhecimento teórico sobre famílias enriquece a possibilidade de abordá-las, de modo adequado, e respaldado em conhecimentos prévios, gerados para ampliar nossas ações de cuidado. Wright e Leahey (2002, p. 152), descrevem que:

A intervenção em um sistema familiar de modo a promover ou facilitar a mudança é um aspecto desafiador e excitante do trabalho clínico junto às famílias. O processo de intervenção representa o núcleo da prática clínica com famílias. Proporciona um contexto adequado no qual a família pode fazer as alterações necessárias. Existe um grande número de intervenções, mas as enfermeiras precisam adaptar suas intervenções a cada família e ao domínio escolhido do funcionamento familiar. [...] Entretanto, queremos enfatizar que cada família é exclusiva e embora seja de grande importância dar nomes às intervenções particulares para enquadrar nossa prática em uma linguagem, isto não representa uma abordagem de “livro de receitas”.

Concordo com as autoras e acrescento o que tenho sustentado nas reflexões dos grupos de pesquisa, e na própria delimitação da tese que defendo: a capacitação dos profissionais de Enfermagem para a abordagem às famílias é um dos fatores que requer atenção emergencial, ou se continuará a discutir superficialmente como cuidar das famílias, amparado aos modelos familiares de pertencimento.

Em uma determinada fala, a imagem de que não se consegue cuidar das famílias de um modo real, no processo da Hospitalização, faz emergir um questionamento, o qual Elsen (1994, p. 65), já elencou como um desafio para a Enfermagem pensar e buscar compreender:

Há uma controvérsia sobre a existência ou não de uma saúde familiar como entidade distinta da saúde dos indivíduos. Em outras palavras, a saúde da família significa a soma da saúde dos indivíduos que a compõem ou, a família também é possuidora de um “estado de saúde” que pode ser

identificado, diferente, da saúde de seus membros. O posicionamento do enfermeiro frente a este aspecto é fundamental, uma vez que sua intervenção junto à família depende desta definição.

Corroboro com o que Elsen (1994) discute, pois diante da experiência de atuar com famílias, viver situações familiares das mais distintas dentro do processo de Hospitalização em Pediatria, consigo vislumbrar que há um momento em que a família está mais agregada em função do estado de saúde de um dos seus membros, e em outros momentos, a família expõe seu estado de saúde necessitando de socorro. Ilustro esta afirmativa que faço, após viver o acompanhamento diário, durante dez dias, do processo de Hospitalização de uma família “naturalista” com hábitos ditos “diferentes” das famílias convencionais.

Esta família chegou à Unidade de Internação pediátrica com a história informada da Unidade responsável por sua entrada ao Hospital. Estas pessoas nunca haviam estado em um Hospital, sendo que o nascimento da criança havia sido domiciliar. A criança estava com desnutrição severa. Havia no ar uma expectativa de todos os membros da equipe de saúde expressa numa imagem de que esta família seria “um problema”, por ser diferente.

Quando cheguei, e pude então conhecer “a família naturalista”, o que encontrei foi uma família com um modo especial de ver e viver a vida. A família gostava de alimentos naturais que plantam em seu domicílio. A mãe solicitou permissão para colocar no quarto cristais energizantes, insenso, música de fundo, enfim, trazer para o Hospital as imagens mais comuns de seu domicílio, para que o bebê não estranhasse demais a mudança de ambiente de modo tão radical.

Foi um momento de muita troca energética, de paz e de amor, uma comunhão a qual nunca havia experienciado em 12 anos de atuação nesta área. A família era vista, por uma grande maioria da equipe, tendo uma imagem de “chata”, “que pergunta tudo”. Expressões do tipo: “será que não viram que a criança estava definhando”, “não é possível que essa mãe não entendeu que o bebê precisa de caloria”, “de comida”, “tem que passar sonda se não ganhar peso”. Eu parecia uma leoa preocupada com sua ninhada: tinha medo de ir para casa e deixá-los.

Aos poucos, a Enfermagem foi reconhecendo que as diversidades são aprendizados, e que se nos mostrarmos abertos para este novo, estaremos interagindo e cuidando. Ao término do processo de Hospitalização desta família, tivemos um diálogo bem reflexivo, através do qual, concluímos que tanto para nós, profissionais, como para eles, família, esta

experiência tinha sido enriquecedora, pois nos sentimos cuidados, eles e eu. Agradeceram pela Enfermagem ter sido compreensiva e paciente com a experiência nova para eles.

Este exemplo, nascido da realidade, corrobora para que se pense o que está presente no íntimo de cada profissional. A significância de que um cuidado de Enfermagem em sua essência, precisa considerar a família e suas diversidades, seu modo de viver. Esta imagem dá esperanças de que é possível investir neste aspecto da Enfermagem e que seja desde a formação acadêmica.

Verifica-se, ao transitar no mundo materno-infantil que, apesar de não cuidarem das famílias, tendo-as como foco de cuidado, os profissionais reconhecem sua importância, entretanto, não conseguem avançar. Creio que a falta de conhecimento associada ao costume de se fazer as mesmas coisas sempre, contribuem para que não ocorra este avanço em detrimento de programar, estudar e programar formas de abordagem às famílias também no contexto Hospitalar.

Hymovich e Barnard (1973), já destacaram na década de 70 que há quatro dimensões do estado da arte, no âmbito da Enfermagem à Família: avanços na Enfermagem e educação em Enfermagem, contribuições das organizações profissionais, desenvolvimento teórico e disciplinas relacionadas às mudanças, necessidades e demandas das aspirações sociais.

As autoras relatam que:

Desde 1910, na Columbia University, os movimentos dos programas de educação em Enfermagem já estavam preocupados em inserir a família no currículo básico da Enfermagem. Embora se reconheça a família como uma unidade de serviço e estudo, ainda a prática da Enfermagem em saúde pública está repleta de curvas e crises, refletindo as mudanças e estresses da sociedade. (HYMOVICH E BARNARD, 1973, p. 3-4).

Estas informações vêm favorecer o entendimento do “lento caminhar” no Brasil de estudos que ultrapassem os diagnósticos situacionais sobre como as famílias vivenciam determinados eventos em seu processo de viver. Não que este conhecimento não seja importante, ao contrário, é a partir dele que se pode inferir algo novo no sentido de sair do diagnóstico e buscar as alternativas para que o cuidado de Enfermagem às famílias seja uma constante nos serviços de Enfermagem.

Retomando as falas dos profissionais sobre o cuidado de Enfermagem às famílias, estes concretizam que o cuidado de Enfermagem às famílias se mostra como ações de cuidado pontuais. No momento em que alguma mãe precisa, quando se verifica maus tratos à criança,

quando há brigas entre o casal na Unidade, quando há ameaça aos profissionais que tentam ajudar, enfim, nestas situações ocasionais, os profissionais afirmam que há um olhar mais voltado para o cuidado da família. Na verdade, os mesmos ilustram que, às vezes, nem se trata de um membro da família, é o acompanhante, a pessoa que está junto da pessoa Hospitalizada, enfim, acompanhantes generalizados por codinomes como mãezinha, vozinha, você.

Segundo Erdmann e Silva (1995, p.160), relativizam ao usar as lentes de Maffesoli, que “como todo rito, as convenções e as regras estão presentes. A repetição desse ritual assegura a permanência do cuidador e a socialização do cuidado”. Embora acredite que este aspecto emergente do cuidar não seja, de fato, um cuidar que aproxime as pessoas em busca de uma conjunção social da vida cotidiana do universo Hospitalar, concordo com as autoras que, “com certas modulações específicas, esse ritual surpreende pela invariância de atitudes e situações ao longo da história dos cuidadores”.

Os profissionais da Enfermagem sabem que em determinados momentos realizam “algum cuidado às famílias”, mas que são incipientes diante da demanda que estas famílias apresentam.. A fala desta profissional explicita este movimento que a equipe de Enfermagem tenta fazer:

Claro que já vi, já fiz vários cuidados para as famílias, como conseguir roupas, medicamentos, falar com o Serviço Social, até mostrar para as mães como se deve educar uma criança, mas são momentos, isso não acontece todo dia. (Turmalina).

Porém, as formas que as equipes encontram de cuidar das famílias, às vezes se mostra paternalista, pois fornecem elementos que respondem a urgência do momento, não havendo um processo de educação, reflexão, de busca das potências que estas famílias têm e que poderão acionar ao retomar seu papel principal de cuidadora, no sistema de cuidado para seus membros no processo de Hospitalização e em seus lares.

Wright e Leahey (2002, p. 159), relatam que:

É de rotina, elogiar as forças das famílias observadas durante a entrevista. Os elogios diferem dos cumprimentos. É freqüente que as famílias que enfrentam problemas crônicos, de risco de vida ou psicossociais sintam-se derrotadas, desanimadas, ou fracassadas em seus esforços de superar as enfermidades ou conviver com os doentes. É comum que as famílias que enfrentam problemas de saúde, não sejam elogiadas em suas forças. [...] as famílias que interiorizam os elogios das Enfermeiras parecem mais receptivas a outras intervenções terapêuticas que venham a ser oferecidas.

Portanto, elogiar, colocando-se de forma empática com as forças que a família deixa fluir é uma possibilidade interessante para se cuidar das famílias no contexto materno-infantil.

Estas imagens que os profissionais apontam são caracterizadas pela dualidade destes sobre seu papel, suas atribuições, seu conhecimento sobre como é cuidar de famílias enquanto profissionais de Enfermagem de uma Instituição Hospitalar. Logo, uma vez que reconhecem não haver um cuidado de Enfermagem focado na família, e sim, a partir da criança, o fato de reconhecerem esta limitação do cuidado que realizam em seu cotidiano, pode ser “um devir”, o primeiro movimento de mudança desta realidade.

Erdmann e Silva (1995, p.160), retomam a lembrança do que Florence Nightingale disse como juramento ritualístico para passagem de alunos a profissionais. Ela delineou aspectos relevantes para a sua época, do que seria preciso para ser Enfermeiro, um cuidador:

Solenemente na presença de Deus e desta assembléia, prometo:
Praticar com fidelidade a minha profissão;
Dedicar-me à promoção do bem-estar dos doentes a mim confiados;
Abster-me de tudo quanto for pernicioso ou contrário ao meu dever;
Não tomar, nem conscientemente ministrar drogas nocivas;
Guardar, sem constrangimento o segredo profissional durante toda a minha vida;
Cooperar com inteira liberdade em trabalhos e pesquisas com a equipe de saúde;
Fazer tudo o que estiver em meu poder para manter e elevar os ideais de minha profissão.

As palavras de Florence situam as imagens que temos hoje, em tempos pós-modernos, do cuidado de Enfermagem gerado pela postura e conhecimento dos profissionais. Estes se encontram neste emaranhado de questionamentos diários que surgem ao movimento da vida cotidiana.

As minúcias, que Maffesoli (1984), descreve é o que há de mais importante para se apreender o que o autor chama de socialidade, que, por sua vez, é a potência social que tenta se exprimir. Além disto, Maffesoli (1984), faz a ressalva de que a socialidade reside num misto de paixões, imagens, diferenças que estimulam a relativizar as certezas estabelecidas, e a olhar para a multiplicidade das experiências coletivas.

Neste sentido, as imagens que os profissionais de Enfermagem têm sobre o cuidado às famílias, mostram-se semelhantes aos delineamentos que estes fizeram na identificação de seu cotidiano de cuidado. Muitas nuances se entrelaçam, utilizam as mesmas linhas de

pensamento para identificar como as famílias são cuidadas em suas Unidades. Relatam que o fato de trabalhar no período noturno, ou no período diurno, interfere no processo de interação e, conseqüentemente, no cuidado que realizam. Ressaltam que a passagem de plantão é muito importante, pois a partir destas informações é que definem sua abordagem de cuidado. Na fala abaixo, Cristal Azul explica como ocorre esta aproximação:

Olha, a gente que trabalha à noite, não tem muito vínculo durante como o pessoal do dia, né? Mas eu acho que são bem cuidadas aqui dentro, não sei lá fora, aqui tem um bom padrão de alimentação, padrão de conversa, tem o diálogo. A gente tenta mostrar para a mãe o que está acontecendo, a gente da noite não tem muito contato porque geralmente estão dormindo, mas durante a passagem de plantão é passado muita coisa pra gente. “oh, a mãe tá um pouco ausente ou a mãe é muito presente, questiona muito. (Cristal Azul).

Esta característica da repetição, que por ora parece ser um ritual sem fundamento, ou espaço para novos avanços na abordagem das famílias, está coerente com as bases teórico-filosóficas da profissão. Ao reler o juramento da Enfermagem, percebemos que este não limita as ações de cuidado, ao contrário, nos dá a liberdade de escolher pelo crescimento da profissão Enfermagem, a partir da evolução de estudos, olhares, e transformações, ou a manutenção do estático, de ficarmos à margem da aceitação do destino.

Rezende (1995, p. 19), incita a reflexão ao corroborar que:

A sociedade humana moderna impôs-se como laboriosa e energética, hiperativa, homogênea e linear, pois só conhece a meta do progresso. A racionalidade nivelou emoções, censurou o desperdício de vitalidade, normatizou o prazer de viver, explicou o mundo natural assim como disciplinou a vida moral. Ao domesticar o ambiente e as relações do homem com a natureza, domesticou também parte de sombras do ser humano, impondo-lhe a renúncia ao viver naturalista, onde homem e natureza se completavam.

Nesta perspectiva, fica mais difícil que os profissionais consigam resgatar o que é próprio do natural, de sua essência enquanto ser humano em interação com o que é. Por isto, creio que esta imagem de distanciamento das famílias, a retração na abordagem das famílias, considerando suas diferenças culturais, enfim, é obsedante a verificação da normatização do viver social. Esta uniformização de comportamentos, a pasteurização de sentimentos, desencantou o processo de cuidar, vistas as nuances de diversidades e transformações, o que se pode inferir ao que se mostra no cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias.

Emerge destas descobertas, próprias da pesquisa, a partir do cotidiano, que o cuidado de Enfermagem às famílias, nas imagens trazidas pelos próprios profissionais, que estes não estão conectados as interfaces que faz com a natureza, esta que se mostra no outro que vem ao seu encontro. E também não está conectado a si mesmo.

Neste espaço de socialidade velada pelas regras e a invisibilidade da potência e da força destes profissionais, a observação é o instrumento de avaliação que utilizam junto das informações passadas no plantão para o contato com as famílias. Utilizam-se deste meio para que possam ajudar as famílias de alguma forma, embora não tenham plena convicção da existência real do cuidado de Enfermagem às famílias quando dizem que:

acho que ele existe. (Cristal Azul).

Validam que o diálogo, a alimentação para os acompanhantes são formas de cuidar destas famílias que chegam a qualquer hora do dia, ou da noite, para viver o processo de Hospitalização. Sugerem, em suas falas, que alguns profissionais não estão preparados para o cuidado de Enfermagem às famílias, e criam rótulos de acordo com o comportamento de cada uma delas. Na imagem descrita abaixo é identificado este aspecto inerente ao cuidado:

E o que a gente observa é que quando a mãe questiona muito é vista como chata, na verdade, não é chata. É um direito dela. Mas as pessoas não estão acostumadas com as mães que questionam que tem um nível de entendimento maior. (Cristal Azul).

Partindo da fala anterior, é possível vislumbrar que a capacidade de entendimento das famílias, envolvendo os questionamentos pertinentes ao tratamento e cuidado da criança, confere-lhes uma identidade: “*as chatas*”, sendo que esta imagem, este rótulo, pode distanciar ainda mais os profissionais das famílias, determinando que o cuidado de Enfermagem fique resumido às técnicas, ao manuseio nas horas engessadas pelas rotinas intransponíveis, de acordo com a idéia de cada profissional.

Alguns profissionais chamam a atenção para os pré-julgamentos. Com as crianças que estão chegando da Unidade de Emergência para internação, há um comportamento diferenciado de determinados profissionais, principalmente quando é indigente, que comenta: “*ah, que cheiro!*”. Segundo Jade, isto é uma questão de culturas diferentes, e que precisa ser respeitado, independente do que está chegando. Para ela:

às vezes a mãe está muito desesperada, então falta paciência para orientá-la

e tranqüilizá-la. Há uma preocupação maior com o burocrático e se esquece de sentar e escutar primeiro tudo o que ela tem passado até chegar à Unidade. (Jade).

Quanto à questão cultural ser respeitada, volto à reflexão da conexão com a natureza humana, pois se a família estiver sendo considerada como parte desta natureza, da vida em toda sua dimensão, a cultura é apenas a maneira de as pessoas expressarem seus conhecimentos. Então, a comunicação se estabelece e o cuidado de Enfermagem flui na troca orgânica de energias para o “cuidar”. Rezende (1995, p.13), considera que:

A vida cotidiana mostra-se, como lugar das interfaces entre natureza-cultura e se propõe como dialética, mas não como síntese. Não se reduz à banalidade e à rotina, mas mostra-se como processo típico de construção coletiva, onde se destaca o desejo de ser-estar-junto, criando uma solidariedade que não é da ordem da tirania coletivizante, mas sim, de uma solidariedade que urge uma nova ética e uma nova estética a partir da vivência e da compreensão dos “pequenos nada”.

É o que sugere a idéia da falta de tempo, de tranqüilidade, de envolvimento que não se pretende deixar fluir no acolhimento da família que chega, pois a sobrecarga de trabalho, a correria não permite, e engessa a capacidade de incidir novas e coloridas luzes para o cuidado de Enfermagem às famílias no processo de Hospitalização. Jade traz em seu depoimento que:

Falta um pouquinho mais de tranqüilidade na hora da chegada, momento de agito, é muita informação na mesma hora, mas no geral existe a tentativa de buscar atender da melhor forma possível. Percebo que há situações em que é possível, “sim”, tentar cuidar além da criança, quando é um paciente que fica mais tempo na Unidade, a gente se envolve e se apega mais, e conforme as coisas vão acontecendo, vamos envolvendo o resto da família. (Jade).

É interessante ampliar a análise desta imagem, pois vem ao encontro do que Penna (1995, p. 89), discursa:

Considerando que na área da família, estamos praticamente iniciando um novo campo de atuação, mais necessário se torna, apresentarmos metodologias e referenciais teóricos formalmente definidos, que direcionem nossa assistência, em um constante refletir, analisando e discutindo sobre os conceitos e suas proposições, principalmente sua operacionalização na prática.

Uma vez que os profissionais acreditam que há situações em que se torna possível

desenvolver um cuidado de Enfermagem que vai além do foco na criança, vale ressaltar que as metodologias estão em evolução, nas pesquisas, justamente para amparar os profissionais a passar do situacional, ocasional, para uma prática cotidiana, própria do serviço que está em constante interação com as famílias. Os profissionais exemplificam esta idéia:

Como exemplo, uma menina bem pequeninha, alguns funcionários foram visitar ela em casa e mantiveram um contato. Então tem pessoas que tu acaba fazendo uma amizade, tem empatia, então eu acho isso bom, claro que tudo tem um limite, mas até pra eles é um conforto. (Jade).

Mas, o que é considerado por estes profissionais para que possam realizar esta seleção de quais as famílias irão cuidar na sua multidimensionalidade, e quais famílias ficarão apenas com o cuidado centrado na criança e nas técnicas? Que motivos pode haver para justificar as diferenças gritantes no cuidado de Enfermagem dentro de um mesmo cotidiano compartilhado com estas famílias?

A empatia, o tempo, o apego, o envolvimento foram os sentimentos expressos pelos profissionais de Enfermagem como base para conseguirem cuidar das famílias, além da criança. Estas falas se contradizem, pois mostram em suas imagens que as ações não são apenas de cuidado: também há ações de não-cuidado (ou descuidado?) com as famílias. Sabem que as culturas diferem e que é necessário respeitá-las, manifestam que o burocrático vem primeiro e que as mães são esquecidas, não são escutadas, porém, permanecem desempenhando uma seleção para dividir quem são as famílias que serão “cuidadas” e as que não serão cuidadas da mesma forma que as outras.

Esta “triagem” está relacionada a diversos fatores: medo de como abordar uma família que questione muito, o que fazer caso não consiga responder as expectativas das famílias, falta de argumentos para discutir com a equipe de saúde as necessidades das famílias, conhecimento insuficiente para embasar cientificamente suas atitudes e tomadas de decisão junto com as famílias, bem como, o envolvimento afetivo com as famílias que pode gerar sofrimento.

Para Maffesoli (2005a, p. 182), a vivência relativiza estas imagens trazidas pelos profissionais, contraditórias, mas vivas:

A ênfase posta sobre a matéria viva é, certamente, uma garantia de pertinência e, eu ousaria dizer, de fecundidade científica. Com efeito, sempre é tempo de encontrar explicações causais para as coisas humanas; em um primeiro momento, sobretudo necessário compreendê-las. E isso não pode ser feito a não ser que se esteja atento à força vital que as anima e permite

que sejam aquilo que são. [...] a vivência é um arquétipo, talvez o arquétipo essencial, em torno do qual se estrutura toda a socialidade.

A partir desta idéia de Maffesoli, pode-se entender que nesta complexa rede em que o cuidado de Enfermagem às famílias se mostra no cotidiano da Hospitalização materno-infantil, há um fundamento que gera a potência da mudança, ou seja, os profissionais que já conseguem perceber que há possibilidades de cuidar das famílias, além da criança, embora ocasionalmente, estão atentos a esta força vital que emana das interações da vivência.

Maffesoli (2005a, p.183), ainda afirma que:

A ênfase posta na vivência é uma boa maneira de reconhecer os elementos subjetivos como parte integrante das histórias humanas. Para utilizar uma metáfora a este respeito, pode-se dizer que a água da objetividade é boa, mas o vinho do entusiasmo não pode faltar; é a mistura dos dois que resulta na opinião certa.

Portanto, é a mistura da contradição de cuidar e não cuidar, de reconhecer e não ver, entender e não compreender, que pode, ao ganhar uma dose de entusiasmo, revelar meios para se construir caminhos para se cuidar das famílias como foco de atenção da Enfermagem em seu cotidiano, sem a preocupação entre o certo e o errado, mas na possibilidade da errância para o acerto.

Os profissionais trazem mais exemplos em suas falas sobre as imagens deste cuidado, pautado nas nuances da modernidade, possuindo a convicção de que:

o foco ainda é a criança, mas quando a gente estabelece um vínculo maior, uma conexão com a família, é diferente. (Jade).

Esta diferença é expressa pelos profissionais devido ao constante retorno da criança para a Unidade, as várias internações. Este tempo maior de convivência, é o espaço no qual conseguem estabelecer vínculos maiores com as famílias. Assim, lembram de casos que aconteceram na Unidade, que remetem ao que Nitschke tem chamado de *entre-cuidado* (2007), apontando para a reversibilidade constante que o cuidado às famílias pressupõe, enquanto processo interativo que é:

Eu lembro bem do Ursinho Panda, a mãe dele que era uma funcionária da copa, quando foi para o Infantil me chamava de J- Pic. E na verdade como é bom quando a gente tem o retorno, a gente também gosta de ser cuidado,

receber uma cartinha, uma foto daquela criança, às vezes a gente vai para outro lugar e reconhece aquela criança. Às vezes, por exemplo, teve uma criança aqui há um tempão, com Kwashiokor, a família era bem humilde e eu encontrei essa mãe e essa criança (está crescida) no ônibus e a mãe como está melhor, e como isso me faz bem. É uma pessoa ainda que as condições de vida, mas como eu vi progresso ali, então como me faz bem. (Jade).

Na fala da profissional acima, é possível perceber que não há intenção de se fazer dicotomias entre quem merece ou não merece ser cuidado, mas que os sentimentos estão mais fortes no desenvolvimento do cuidado. Por vezes, a questão profissional que respalda a todos, o direito de igualdade, equidade, respeito, fica apenas nas normas, pois os sentimentos é que regem como o cuidado às famílias se dá neste cotidiano. É a ética da estética e do emocional se colocando como fio condutor do cuidado!

A palavra humilde chama a atenção, uma vez que, geralmente estas famílias estão fragilizadas, com sua dinâmica desestruturada, e a Hospitalização os deixa ainda mais indefesos. A empatia é a “medida” no processo de formação do vínculo, pois se entende que estas famílias precisam de mais atenção do que as outras que aparentemente estão tranquilas.

Pode-se aqui inserir a reflexão sobre a falta de registros de Enfermagem destes cuidados desenvolvidos com estas famílias, pois, na verdade, este cuidado não é uma constante na atuação dos profissionais em seu cotidiano: são ações de cuidado isoladas que se tornam invisíveis aos demais profissionais, perdurando as imagens, somente na memória daqueles que foram presenteados por “ser diferente”. Não há um planejamento, uma sistematização deste cuidado, não há uma forma compartilhada entre toda a equipe deste cotidiano microssocial, e menos ainda com a Instituição, enquanto base macrossocial de cuidado em saúde.

Ainda transitando entre as imagens trazidas pelos profissionais de Enfermagem, apesar de parecer uma estrada com muitas curvas, com idas e vindas ao encontro do cuidado de Enfermagem às famílias, estes reafirmam que o cuidado é centrado na criança, mas acreditam que esta maneira de cuidar pode ser transformada, transfigurada se houver mais vínculos com as famílias, como por exemplo: saber a história delas já que esta é base para compreendê-las. Na expressão desta profissional, é interessante ver o que a mesma acredita que pode ser feito, e sua necessidade de lembrar que o cuidado é, por vezes, realizado, destacando que também se mostra enquanto escolhas:

Por isso eu acho que se for implantado um histórico e um cuidado para a família eu sei que vai ser uma mudança grande, mas seria bem importante. Eu acho que alguns cuidam da família e em alguns momentos, eu acho que todos cuidam da família, mas não é aquela coisa que é rotineira, e, às vezes, são escolhas, e as pessoas se perdem também nesse cuidado. Eu acho que tu não podes ser muito distante e nem deixar de ser profissional, pois às vezes tu misturas as coisas e as pessoas não têm aquela compreensão do nosso limite. (Jade).

A partir da explanação, um elemento surge, o limite. Nas imagens destes profissionais, precisa haver certo limite entre o profissional e as famílias, para que não se envolvam demais, para garantir a sua integridade e identidade profissional. Parece haver limitações, ao perceber que determinadas pessoas que estão compartilhando do cotidiano da Hospitalização materno-infantil, não possuem noção de limites, e os profissionais não sabem o que fazer quando isto acontece. Esta fala enriquece a reflexão por ora iniciada quando Jade diz que:

se eu me envolver demais... eu tenho que fazer um cuidado que tenha a técnica, que não seja frio, não mecanizado, mas eu também tenho que ter um pouquinho de distanciamento. Teve um exemplo de uma mãe em que foi dado um espaço muito grande e ela também era uma adolescente, então ela não soube os limites, os limites se perderam ali. Era uma mãe que precisava de cuidado, atenção, orientação... Tanto que as orientações que foram dadas a ela, ela não assimilou, porque o distanciamento que tinha que ter daquela orientação e educação, os limites foram quebrados, então aquilo não foi saudável. Então eu tenho que ser bem profissional, o profissional também tem que ter essa visão, tem que ter um limiar e se ultrapassa ,não vais conseguir mais educar. (Jade).

Compartilhando desta idéia, a maioria dos profissionais acredita que fazem o melhor que podem, tentam ofertar para as famílias algo que se assemelhe a sua casa. Mas consideram também, como foi verificado a pouco, que as ações de cuidado irão depender das famílias. A fala de Ônix revela com clareza esta noção:

Fizemos o melhor possível e o impossível para cuidar, ou seja, para que ela se sinta um pouco como se estivesse em casa. Mas também depende dela, como ela é lá fora do ambiente Hospitalar, pois isso interfere em nosso trabalho. Educação é primordial. (Ônix).

No olhar de Pedra do Sol, o foco do cuidado que realizam é a criança, embora tenha consciência que o cuidado às famílias é uma necessidade. Percebe que alguns profissionais

agem diferentemente dos demais, olhando para as famílias, buscando ofertar apoio emocional, auxiliar a mãe com a criança, quando esta chora muito, ou seja, da forma que for melhor para as famílias. Ela diz que:

Nosso foco é a criança, salvo alguns profissionais que observam a mãe que precisa de algum apoio afetivo, ou quando é prescrito pelo médico algum tipo de medicação. Temos consciência da necessidade do cuidado com estas famílias. (Pedra do Sol).

Neste sentido, podemos resgatar Maffesoli (2005a, p.190), quando refere:

Cada elemento destes repousa efetivamente sobre um empirismo vivenciado. A saber, a aceitação da vida em sua finitude, mas, igualmente, em suas alegrias e prazeres, fossem eles íntimos. Desconfiar das diversas generalizações ou sistematizações mais ou menos apressadas e apegar-se àquilo que a existência oferece de concreto, de próximo, de particular. Um afetuoso aprofundamento da particularidade.

Maffesoli contribui com indicações para compreendermos como ocorre este olhar dos profissionais em relação ao cuidado das famílias. É intrínseco do humano se apropriar das particularidades, e então se aproximar do que lhes é conhecido, mesmo que empiricamente. Mas embora tenham esta tendência natural, os profissionais também visualizam que estão perdendo o contato com as pessoas que cuidam por falta de pequenos gestos. Ágata Verde fala desta percepção que tem verificado em sua vivência:

Eu vejo como um fator mundial, que a gente está perdendo esse contato, a gente não se visita mais porque todo mundo trabalha fora; fim de semana a gente até tem vontade de visitar alguém, mas parece que a gente vai atrapalhar, é o dia que a pessoa vai descansar, quer ficar sozinha. Então não visitamos com medo de causar esses transtornos. Então aqui, nesse teu trabalho de família, a gente podia pensar em resgatar esses laços, porque vem uma cunhada, e não é comum cunhada se dispor a cuidar, uma prima se dispor a cuidar da outra, para ficar aquele período, porque a gente sabe que para nós, aqui, onde a gente trabalha, o sucesso da amamentação se dá se a mãe tiver alguém para ajudar nos afazeres domésticos, cuidar das outras crianças que ela tem, se ela estiver sozinha, o insucesso da amamentação é muito freqüente. A falta de um familiar que tome conta disso tudo até que a amamentação se estabeleça é algo que precisamos pensar. (Ágata Verde).

No exemplo trazido por Ágata Verde, no momento da pesquisa ela se remeteu à sua vida particular antes mesmo de trazer as imagens do seu cotidiano de cuidado. Apontou para

situações que se repetem diariamente nos seios familiares. A correria, a idéia de que as famílias desejam estar sós, nos feriados e finais de semana, são elementos constitutivos inclusive do processo de não-cuidado de suas famílias e das famílias Hospitalizadas.

Honoré (2007, p. 47-8), confronta-nos com esta questão chamada “tempo”. Para o autor, estamos cada vez mais acelerados.

à medida que vamos acelerando, nossa relação com o tempo se torna cada vez mais sobrecarregada e disfuncional. A constante preocupação de estar dividindo o tempo, em pedaços cada vez menores, nos deixa mais conscientes de sua passagem, mais ansiosos por aproveitá-lo ao máximo, mais neuróticos. [...] por isto é que até o sono deixou de ser refúgio da pressa.

Respaldando um pouco mais a realidade que se mostra sobre o fato de que não há um cuidado de Enfermagem voltado para as famílias nas Unidades de Internação Materno-Infantil, ilustro com algumas falas interessantes, este aspecto que é o ponto de partida para compreender como se mostra o cotidiano de cuidado da Enfermagem às famílias na Hospitalização, a partir de suas imagens. Para Topázio, existe um destaque que alguns profissionais conseguem em suas abordagens com as famílias, no momento de cuidados técnicos de Enfermagem, o que leva a família a desejar este profissional em outras ocasiões que necessite:

São poucos os funcionários que cuidam da família em si, eles olham para a mãe, especialmente para a mãe e o bebê e alguns em outros momentos que é conversam com o pai, “ó, pai, já tentou dar um banho? “Tem alguns funcionários que se destacam que transpassam essa visão da mãe e bebê. (Topázio).

Quando Topázio relata que são poucos os profissionais que conseguem dar às famílias um foco de atenção, olhando-a como sistema, e não permanecendo somente na individualidade, os membros familiares também conseguem se “ver” como um sistema que está sendo cuidado no espaço Hospitalar. Para Wright e Leahey (2002, p. 159):

Ao elogiar a competência e as forças da família, e oferecer uma nova opinião sobre si mesmos, cria-se um contexto para mudanças, permitindo que as famílias descubram então suas próprias soluções para os problemas. A mudança da visão que apresentam de si mesmos quase sempre permitem às famílias verem os problemas de modo diferente e, conseqüentemente, buscarem soluções mais eficazes.

Partindo das contribuições das autoras é inevitável perceber que no cotidiano de cuidado dos profissionais, a maioria deles, sequer sabe receber um elogio, geralmente não são estimulados a reconhecer suas próprias potências; enquanto ser humano e profissional de uma realidade dura e instável como é o cotidiano da Enfermagem. Reside neste ponto, à importância de se pensar o que de fato ocorre, ou seja, será que estamos diante de um espelho?

Os profissionais retratam que na sua tarefa diária, como cuidadores, não conseguem chegar às famílias, mas e eles? Será que há investimento das Instituições para que estes profissionais se sintam valorizados e potencializados a se abrir para este tipo de abordagem às famílias? É necessário que se avalie este prisma do cuidado profissional, uma vez que, além de não receber preparo para este tipo de abordagem ampla e dialética, os profissionais ficam expostos a um destino enfadado, gerado pelas mesmas posturas institucionais, mesmas formas de avaliação, de um instituído que delibera os sentimentos em detrimento do fazer.

Na fala seguinte, Ametista se mostra mergulhada neste conformismo, justificando que nada se pode oferecer para as famílias:

Pois é, na verdade eu acho que não tem muita coisa a oferecer. Quando eles vêm visitar a gente sempre recebe bem, sempre pergunta: ah, é o primeiro netinho? Mas não tem muita preocupação. Às vezes, há mães que tem outros bebês em casa, mas infelizmente a gente não tem o que fazer por essas crianças. As mães ficam bastante angustiadas de estarem aqui internadas, deixando outro pequeno em casa, mas o que é que vamos fazer neste caso? (Ametista).

Invariavelmente a idéia de nada ter a oferecer, é parte de um cenário onde o trágico se mostra como essência. A falta do conhecimento se manifesta como uma barreira difícil de ser ultrapassada. Maffesoli (2005b, p.9), traz a noção que: “o conhecimento sempre novo de novo renascente, está em ligação com o estado do mundo, e é quando se esquece disso, que a defasagem inevitável entre reflexão e a realidade empírica torna-se um fosso, que é, desde então, impossível de ultrapassar”.

Daí a morosidade, as decepções, as dificuldades sempre maiores que as possibilidades de se estar aberto para buscar algo mais. Sinalizo para esta questão inerente ao aspecto do cuidado, pois este só existe se há socialidade, interatividade, comunhão. Maffesoli ainda alerta-nos referindo que “teremos em breve, a oportunidade de insistir com força neste ponto; o que chamamos de coletivo ou holismo, que não poderia de modo algum, reduzir-se a

um unitarismo de comando ou imposto que remete cada um, em sua existência, à pior das solidões”. É um eterno movimento ente cuidadores e seres de cuidado que levará a satisfação deste viver em sociedade no âmbito do cuidado no espaço Hospitalar.

Turquesa faz referência à valorização que as famílias precisam ter no espaço institucional do Hospital, nesta perspectiva, as famílias passam por situações de barbárie, que vai desde a falta de alimentos, a insuficiência de orientações que as encaminhe neste espaço social de interações, sempre visíveis aos olhos dos profissionais:

Deveria ter mais assistência do que têm, elas deveriam ser mais valorizadas. Deveria existir um programa que as famílias pudessem ser mais valorizadas, desde o momento em que internam. A comida deveria ser pra todos, eles deveriam receber todas as orientações, informar onde tem um banheiro, onde ele pode tomar um banho. Aí fica o coitado do acompanhante usando o banheiro das puérperas, que sangram, eu não acho higiênico isso. Eu acho que a Assistente Social tem essa função ou até a Enfermagem mesmo. Aqui o número de pessoas que trabalham na Enfermagem está bem reduzido, mas eu acho que deveria ser feito um estudo, contratar pessoas que cuidem das famílias que ficaram lá, com os filhos, marido, que informassem à mãe que eles estão bem. (Turquesa).

Na fala de Turquesa, o trabalho interdisciplinar é referenciado como uma forma de amortizar a incipiência dos cuidados de Enfermagem às famílias. Concordo com ela no fato de que é preciso uma diversidade de olhares para o “fenômeno família”. Mas precisa-se atentar para o movimento de empurra-empurra, do cuidado que estes necessitam. Certamente que a Enfermagem sozinha, neste contexto, não dará conta de vencer todas as necessidades familiares, haja vista a complexidade que esta representa. Contudo, é no grupo de trabalho, de cuidado, que os profissionais podem apoiar-se entre si e desvelar caminhos para estar com, e fazer com a família, objetivando uma vida mais saudável para ambos.

Nitschke (1999, p. 172), comenta que “o cuidado não é exclusividade da Enfermagem ou de outros profissionais”, as famílias também detêm a capacidade de cuidar, e isto é preciso ter relevância no cotidiano de cuidado da Enfermagem no Hospital. A autora ainda sinaliza que é “nesta perspectiva que conseguimos compreender que o trabalhar com famílias demanda de uma atuação que é interdisciplinar, devido à complexidade que é peculiar à família, não esquecendo que a família, com cada um dos seus membros, também pode ser entendida como uma “disciplina”, mas nada disciplinada”.

Concordo com esta contribuição vinda da tese de doutorado de Nitschke (1999), pois como também pude revelar neste caminhar entre as famílias e os profissionais, há um misto

de sentimentos que, por vezes, retira dos profissionais o seu foco de atenção, o que se mostra na imagem trazida por Turquesa, quando não se oferece o cuidado “devido”, mas pode-se passar esta responsabilidade para outros, esquecendo que o movimento do quotidiano de cuidado no Hospital se dá pela interação constante entre a Enfermagem e as famílias no papel de indivíduos que chegam ao Hospital.

Vale ressaltar novamente que, durante o estudo, estive alicerçada na imagem de que não é preciso a presença de toda a família no Hospital! Ou seja, se, ao cuidarmos do indivíduo, pudermos contemplar as necessidades da família, sob um olhar sistêmico, já estaremos avançando nesta abordagem. Nitschke (1991), respalda esta posição ao defender que *cuidar da família não significa estar com todos os seus membros ao mesmo tempo*; ora, podemos estar com um, ora com uma díade,... sendo possível que se tenha sempre uma porta de entrada para a família, como a criança, uma mãe. O importante é não perder a família como foco. Ou seja, é uma postura, uma atitude do profissional.

Os profissionais falam de adaptação ao cuidado da família nas Unidades de Internação, porém, as ações observadas na prática revelam o contrário, as famílias é que se adaptam as rotinas e concessões feitas a eles no processo de Hospitalização.

Com relação aos cuidados com a família, é feita toda uma adaptação com os cuidados gerais, a fim de vincular o afeto dessa vivência com o RN. (Rubi).

A própria fala de Rubi já identifica que o cuidado está discriminado, delineado, quando fazem os cuidados gerais e tentam vincular o afeto dos pais às crianças que se encontram em incubadoras. Nitschke (1999), corrobora de maneira sensível, referindo que os profissionais precisam de flexibilidade: exercitar a flexibilidade poderá gerar prazeres no processo de cuidar das famílias.

Maffesoli (2005c, p.64-66), auxilia-nos neste mergulho no mundo do cuidado às famílias:

A vida individual é, enfim, de pouca importância, ou, antes, só tem sentido na medida em que consolida ou não põe em risco a vida do conjunto. Tudo isso funciona com base na lealdade absoluta para com a família. Família extensa, família ampliada, família aumentada, pouco importa as noções que as designam. Os membros da família são, econômica e socialmente, autônomos. [...] de maneira orgânica e flexível, cada família é um elemento indispensável do todo. [...] A estrutura organizacional, que tal espontaneidade engendra, é flexível, mas se encarrega, em todos os seus aspectos, da assistência, da vida, e da sobrevivência das comunidades.

As três falas que explicito a seguir, a fim de enriquecer a reflexão até o momento desenvolvida, reforçam as imagens de cuidado de Enfermagem para às famílias nas lentes dos profissionais. Porém, é preciso reconhecê-las e decifrar a contrariedade das palavras. Pois, como é posto, os profissionais referem-se ao cuidado da família indiretamente, como isto se processa? É a imagem de que ao cuidar da criança, orientar a mãe para os cuidados com o RN, significa cuidar das famílias? O ato de facilitar a entrada nas Unidades de outros familiares, é reconhecido pelas famílias como uma maneira possível de cuidá-las no Hospital, como veremos na seqüência.

Temos o contato com as mães dos RN. A família, em si, cuidamos indiretamente. Na medida em que as mães necessitam de cuidados especiais, procuramos alternativas com a equipe. Facilitamos as visitas de avós, irmãos e outros. (Cristal).

Existe nesta Unidade um cuidado muito especial com a família, de forma e integrá-la nos cuidados do RN de forma humanizada, o que é muito importante. (Diamante).

Na medida do possível são acolhidas e inseridas no cuidado, porém, em casos de conflito ou insegurança, este cuidado fica instável para a família. (Esmeralda).

Mas, o que faz com que possamos respirar com certo alívio e esperança diante da experiência que foi conhecer as imagens dos profissionais sobre sua atuação com as famílias, é a transparência dos mesmos. Apesar de poderem usar máscaras para esconder esta incipiência no cuidado das famílias que vivenciam o processo da Hospitalização na área materno-infantil, estes, desprovidos de qualquer egoísmo, egocentrismo, mesmo como forma natural de proteção de seu emocional, como relata Maffesoli em seus estudos, deixaram emergir de seus imaginários, os sentimentos que os assombram diariamente. O que fazer para cuidar de famílias no ambiente Hospitalar?

O instrumento mais utilizado pelos profissionais é **a observação**, é por este método que avaliam e percebem gestos, ações, posturas de seus colegas, as formas de abordagens às famílias, as mudanças no comportamento dos colegas, dependendo das famílias que chegam, o que os leva a refletir sobre sua própria postura no cuidado que desenvolvem em seu cotidiano de trabalho.

E para compreender como se expressa o cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias na Hospitalização materno-infantil **tornou-se essencial conhecer o que é cuidar das**

famílias neste cotidiano. Então, seguindo as falas dos profissionais, realizando as aproximações, fazendo os recortes para ordenar o processo de análise, mantendo a preocupação da fidedignidade dos dados, pois é deles que emergiram a complexidade da temática pesquisada, realizei nova releitura exaustiva de todas as entrevistas, que me permitiram identificar e fazer recortes, aproximações, conjunções, todas de modo coerente e correspondente, o que segundo Maffesoli (2007a, p.148):

É o “procedimento analógico”, que ao se “reduzir ao menor denominador comum, é preferível compreender, em sentido estrito, estes entrecruzamentos de paixões e razões, de sentimentos e cálculos, de devaneios e ações que se chama sociedade. A maneira das “colagens” trata de reunir num mesmo gesto, formas e conteúdos que, mesmo se encontrando dispersos, nem por isso deixam de fazer parte da estrutura mundana em uma dada época. A colagem é *strictu sensu* uma metáfora: transporta para um mesmo lugar e reúne.

Nitschke (1999, p. 89), destaca que esse processo de “colagens”, ilustra o aspecto formista discutido por Maffesoli, ou seja, “de outra forma, mas ainda colagens em sua essência”. Deste modo, foram nascendo necessidades, entre elas, a de conhecer o que é o cuidado de Enfermagem às famílias para os profissionais da Unidade de Internação Pediátrica, Alojamento Conjunto e Neonatologia. Evidencio que este nasceu das palavras dos envolvidos no estudo e apresento a seguinte noção:

Cuidar de famílias é calçar o sapato da mãe, dar apoio emocional, deixar a mãe respirar um pouco para fumar, ficar fora do ambiente, chamar as mães pelo nome, mudar pequenas coisas que não são graves, dar conforto, compreender que cada vez mais a clientela fica complicada, não excluir socialmente as famílias, colocar-se à disposição. É orientar sobre as doenças para aliviar as angústias, compartilhar suas experiências de vida, conseguir roupas, medicações, encaminhar ao Serviço Social, ensinar como se educa uma criança. É ofertar um bom padrão alimentar, conversar, ter diálogo, estar preparado para receber qualquer tipo de famílias, é respeitar a cultura, sentar e escutar as famílias, é ter paciência e tranquilidade, quando estas chegam ao Hospital. É ter envolvimento com a família durante o tempo prolongado de Hospitalização, mostrar amizade, empatia, conhecer a história das famílias, é cuidar profissionalmente, não de maneira fria, ou mecanizada, mas com um pouquinho de distanciamento, educação e limites. É fazer o possível e o impossível para a família se sentir como se estivesse em casa. Para cuidar é preciso haver uma rotina, um sistema de prontuário da família, cuidado com envolvimento, mas profissional. (Profissionais de Enfermagem da área materno-infantil, 2008).

A partir desta noção delineada pelos próprios profissionais da Enfermagem surgiu

outra questão: *o que dificulta a realização deste cuidado no cotidiano da Enfermagem materno-infantil?* Para os profissionais, o que mais dificulta este cuidado no cotidiano é:

ter que depender do serviço de apoio, da bondade das copeiras, os rótulos gerados pelos próprios profissionais, a falta de preparo para cuidar de famílias, a falta de conexão com as famílias, o tempo curto de internação, os julgamentos, os comportamentos diferenciados para cada família, as culturas diferentes, a falta de paciência, a preocupação maior com o burocrático do que com as famílias, a inserção da família conforme a possibilidade do momento, dentro do possível as famílias são acolhidas, é muita correria, não há tempo para tudo, falta de disponibilidade para a escuta da família, não ter o que fazer pelas famílias, e, principalmente ser uma escolha pessoal de cuidar de famílias como foco, ou contexto. Muitas vezes sem este olhar, apenas para a criança. (Profissionais de Enfermagem da área materno-infantil, 2008).

Diante da explanação das percepções dos entrevistados, mergulhei novamente nas suas imagens, de maneira aprofundada, a fim de encontrar na releitura das próprias imagens que emergiram, as subcategorias de análise e discussão já tecidas, o que ainda me inquietava. Busquei reencontrar nas falas, os aspectos mais relevantes, e vislumbrei que a maioria destas se remete as ações de cuidado e não-cuidado às famílias. Destaco então as idéias que foram tecendo a rede de reflexão, por ora, sobre as imagens de **cuidado e não-cuidado**, as quais, as famílias estão expostas no cotidiano da Hospitalização materno-infantil, apontando paradoxos, em uma **harmonia conflitual**.

... o cuidado às famílias pode melhorar... as famílias não são cuidadas..... não se consegue cuidar das famílias de um modo real...l existem ações de cuidado pontuais a partir da criança... bem menos do que deveria...o cuidado é diferente do noturno para o diurno...acham que as famílias são bem cuidadas dentro do Hospital, mas lá fora quem sabe...- há pré-julgamentos...comportamento diferente de determinados profissionais... - envolvimento e apego devido ao tempo prolongado de Hospitalização,...são escolhas pessoais de cada profissional...o foco é a criança, a família não é cuidada... fazem o possível e o impossível para que as famílias se sintam como se estivessem em casa, mas depende dela, de como ela é fora do Hospital..- o foco é a criança, mas têm consciência de que é preciso cuidar da família... deveria ter mais assistência do que têm, elas deveriam ser mais valorizadas...não tem muita preocupação não... são poucos os funcionários que cuidam da família em si... não há o que oferecer...- na medida do possível são acolhidas e inseridas no cuidado...

Dentre estas nuances identificadas nas falas dos profissionais, emergiu a necessidade de conhecer como estes identificam que as famílias **não são cuidadas**.

Pois, ao relatar como as famílias são cuidadas, os profissionais apontam para ações de não-cuidado. Na seqüência, mostram os motivos, que são as ações de não-cuidado, como o pré-julgamento, as diferentes abordagens de acordo com o tipo familiar, as diferenças culturais que produzem afastamentos quando não se entrecruzam com às dos profissionais, enfim, quando é uma escolha pessoal.

Falam em não excluir as famílias em detrimento de sua cultura ou condição social, mas, quando o cuidado se dá a partir de uma escolha pessoal, já se está excluindo algumas famílias, e tais critérios são pessoais também, e como as famílias ficam neste contexto? Para isto, busquei evidenciar, nas falas, como estes profissionais identificam que as famílias não são cuidadas, bem como, o que é preciso para este cuidado deixar de ser idealizado e tornar-se real, visível e concebido como um dos aspectos relevantes do cotidiano destes profissionais.

Diante destas diversidades contraditórias que a Enfermagem vive no seu mundo de cuidado, é surreal ver que estes empregam toda sua força, racionalmente percebida por eles mesmos, para tentar encontrar diretrizes, direções e caminhos de cuidado para as famílias. Por ter a oportunidade de refletirem sobre seu cotidiano e verificar que as famílias são consideradas contexto do cuidado que exercem aos indivíduos Hospitalizados, os profissionais se ancoraram na ousadia de querer mudanças. Este é o objetivo velado desta tese, que mesmo não questionando ou criticando a postura dos profissionais, desejou semear a inquietude do seu fazer.

A compreensão de que as famílias não são cuidadas, os levou a pensar algumas ações possíveis de cuidado neste emaranhado de falta de tempo, de medo do envolvimento com estas famílias, de se preparar para trocar as lentes dos óculos que vestiam até o momento. E isto já é um ponto positivo da elaboração desta tese. Mas, vale conhecer o olhar das famílias também, para que se possa considerar a trama que se mostra nas interfaces das imagens de cuidado, ou de não-cuidado, na ótica das famílias e dos profissionais.

8.2 AS IMAGENS DAS FAMÍLIAS: O OLHAR ENTRE O CUIDADO E O NÃO-CUIDADO

Para as famílias, o cotidiano de cuidado da Enfermagem não as acolhe enquanto família, sistema. Trazem a imagem clara e dura de que não são cuidadas. Apesar da

verbalização simples e mais envolvida por sentimentos, as famílias conseguem delinear que a prática da Enfermagem está centrada somente em seus filhos Hospitalizados, no caso da Pediatria e da Neonatologia, ou no sangramento e nas mamas, no caso das puérperas.

Queiroz (2005), em seu texto sobre a família e os cuidados de Enfermagem, sugere o que foi encontrado neste estudo até o momento. A família, por vezes, não é considerada como o sistema que facilita ou impede a recuperação e restabelecimento de um de seus membros doentes. Ela somente dificulta a recuperação de seu membro doente quando é considerada pelos profissionais de Enfermagem como um fator de constrangimento e fonte de estresse para a equipe de Enfermagem.

Existem profissionais que são capazes de identificar que a família precisa de força, de atenção para poder continuar seu papel de cuidadora natural e recuperar a autonomia de decidir o que é melhor para seu sistema funcionar e a dinâmica permanecer equilibrada. A fala de Safira define o que Queiroz (2005) relatou acima:

Minha família não é cuidada aqui, é o só o meu bebê. Tem uma Enfermeira, que é a única que quando eu chego ali, ela vem, ela quer botar ele no meu colo, ela pede para eu ficar colocando a mão nele, ela pede se eu quero trocar a fraldinha dele. Só uma ali, mas o resto, é bem raro eles virem falar contigo, tem dias que tu chegas ali e não olham. Se tu falar com eles, eles te atendem bem, mas só se tu fores atrás. Senão, eles passam assim, como se não tivesse ninguém. (Safira).

No relato de Safira, é possível prever que a família deseja ser acolhida em sua plenitude, como sistema. Deseja ser tocada, observada, reconhecida pelos profissionais. O profissional sensível é dotado de um estado privilegiado, pois consegue estabelecer laços afetivos com as famílias, de modo a estar em constante re-ligare consigo mesmo e com a família que cuida. É a ética da estética como diria Maffesoli.

Nitschke (1999, p. 173), menciona que “a socialidade que privilegia o afetivo, mostra-se a todo o momento no trabalhar com famílias, mergulhando no seu mundo, pois se vê o profissional colocando-se como pessoa, inclusive exercitando o assumir o papel do outro, sem perder o seu olhar”.

Sá (2003, p. 27), emprega um adjetivo para o cuidado que se integra muito bem às necessidades apontadas pelas famílias que não se sentem cuidadas no cotidiano de cuidado da Enfermagem no processo da Hospitalização. Ela aponta para o **cuidado emocional**. Para a autora:

O cuidado emocional prestado ao ser humano depende muitas vezes do captar da expressão de um olhar deste dirigido a nós ou no ambiente. O olhar aliado à expressão facial, a um gesto ou à expressão corporal pode trazer dados importantes ao direcionamento a ser dado no cuidado ao ser humano.

Os olhares estão ligados também às imagens e, quando dotados de significados, podem auxiliar os profissionais na captação do que as famílias esperam deles no processo da Hospitalização. As imagens são constituídas de várias nuances, entre elas as expressões que emanam do corpo sem o controle total das pessoas. É neste exercício de ver o invisível, de perceber e sentir o outro que as famílias se mostram ansiosas, com medo, com desespero, com tranqüilidade, e até mesmo capazes de ofertar aos profissionais, momentos de cuidado para estes. As famílias ficam na posição de espectadores como nos falou uma das profissionais entrevistadas, mas isto não significa que eles ficam passivos ao meio. Contrariamente, as famílias estão atentas aos mínimos movimentos, as expressões de nossos corpos e faces, colocando-se por vezes, na posição de cuidadora de alguns profissionais.

Nas imagens trazidas pelas famílias, o cuidado de Enfermagem hoje, no cotidiano da área materno-infantil está distante do que idealizavam. Viver entre este ideal e o real assusta um pouco estas famílias. O depoimento a seguir, fala desta distância que, por vezes, imprimimos como uma atitude profissional:

A única vez que eles fizeram alguma coisa para a minha família, foi uma vez que quando o neném nasceu, a minha cunhada e irmã vieram conhecer o neném, daí só podia entrar duas pessoas, e eu acho isso errado, duas pessoas por dia em um horário tão curto. Aí o meu sogro faz tratamento de câncer, pois ele tem câncer e ele não tem como estar vindo à tarde, aí eu fui até lá e pedi para eles para o meu sogro poder entrar, para ele conhecer o neto dele. Aí eu falei com a Enfermeira e ela deixou entrar, mas ainda pediu para esperar quinze minutos até passar o plantão, como coisa que em 15 minutos já podia ter conhecido a criança. Aí na hora que eles entraram o neném estava de costinhas, com o olhinho tampado, aí é a mesma coisa que tu ver um outro bebê. (Safira).

Na expectativa das famílias, uma concessão dada é uma dádiva, para eles é sempre uma oportunidade de avançar um passo à frente e ter realizada, pelo menos, uma de suas necessidades. Para estes, o fato de os demais membros familiares não poder ver bem o rostinho do bebê, saber reconhecê-lo, identificar que é mais um membro da família, pode ser um distanciamento entre o novo ser que chegou e os demais familiares, pois há uma barreira que os impede de manter o contato corpo a corpo, a institucionalização de rotinas e normas

rígidas.

Queiroz (2005), diz que a família é um sistema que se atualiza no processo de interações. É neste momento que consegue recuperar a autonomia, busca reorganizar sua dinâmica familiar e reencontra o próprio papel de cuidadora. Neste sentido, a autora completa seu pensamento ao afirmar que as famílias precisam de um olhar especial para elas, que possa evidenciar o suporte que esta família possui e as formas com que lidam ao viver o processo de saúde e doença de um de seus membros, bem como, o que fazem para a manutenção da integridade familiar.

Como no relato de Safira, a regulação da dinâmica familiar e o “*bem-estar*” de todos, residia no fato de o novo bebê ser abençoado pelos avôs doentes; caso estes morressem, a criança teria sido reconhecida pelos mais velhos da família como parte deste sistema. É uma ritualização que as famílias fazem e que a Enfermagem precisa estar aberta para estar junto deles nestes momentos, além de facilitá-los.

Para que estes rituais aconteçam, as famílias sinalizam o que é preciso fazer para os profissionais, reiterando o que foi refletido até o momento:

Daí eu acho que eles deveriam colocar uns dois horários no dia, porque um horário à tarde não dá, então o meu sogro, por exemplo, fica a tarde inteira fazendo procedimento de câncer. Então não tem como estar vindo. Então quer dizer que ele nunca ia conhecer o neto? (Safira)

Maffesoli (2005b, p. 73), traz uma contribuição que sintoniza com o que as famílias estão mostrando através das imagens de cuidado que lançam ao desafio de refletirmos sobre elas. Ele diz que:

De fato, há momentos em que, por uma espécie de “impulso” da base, percebe-se que a sociedade não é apenas um sistema mecânico de relações econômico-políticas ou sociais, mas um conjunto de relações interativas, feito de afetos, emoções, sensações que constituem, *stricto sensu*, o corpo social.

A partir do que o autor fala, pode-se inferir que algumas ações-cuidado, por ínfimas que sejam, revelam a possibilidade do humano sobrepor o mecânico. Mesmo que a enfermeira tenha deixado entrar, solicitou um tempo, que para ela é um tempo importante, a passagem de plantão, mas para a família é um tempo diferente, em que segundos não voltam mais, e pode descartar o único tempo do conhecer quem chega novo na família. Mas, se a base, mesmo que

por impulso, manifesta-se na ordem do social, do humano, o cuidado de Enfermagem às famílias pode renascer ou ser reencantado neste cotidiano a partir do entrelaçamento das imagens dos profissionais e das famílias em busca do “tesouro escondido”.

Algumas famílias identificam outros profissionais como responsáveis pelo cuidado a elas, e referenciam que o cansaço, o estresse é tão elevado que o contato familiar é uma das fontes de energia para se alimentarem e retornarem ao exercício de ser mãe de um bebê que exige mais atenção.

Cuidado com todos da família não têm não, na verdade, a atenção é mais para mim que estou aqui. A preocupação em relação à Psicóloga com a gente é se a gente tem um respaldo do marido, uma visita do marido aqui na NEO; no meu caso, todos os dias pela manhã e à noite, meu marido vem ver eu e o meu filho, todos os dias, porque eu acho que tem que ter esse contato, é muito cansativo, a gente fica estressada, imagina se a gente fica isolada de tudo e de todos. Em relação à Psicóloga, ela tem uma preocupação com isso. (Azurita.)

Maffesoli (2005b, p.73-4), argumenta que:

Em cada um destes casos, além das simples causalidades racionais, observa-se um desejo de estar-junto que, sendo não consciente, não deixa de ser poderoso. E esse desejo, no que ele tem de animal, integra uma boa dose de sensibilidade. Todos os sentidos: visual, olfativo, gustativo, “e complemento, o tátil”, participam dele. Poder-se-ia acrescentar o sexto sentido.

Concordo com o pensamento do autor, haja vista que o desejo de estar junto, de compartilhar conversas, olhares, sorriso, informações, carinho, afeto, aproxima o profissional da família, que dentro do Hospital se encontra em território estranho, de pertencimento do outro, o institucional, do profissional. Então, encontrar olhos que se compreendem sem necessitar de palavras, é o desejo maior expresso do estar-junto, de estar protegido.

Quanto à Enfermagem, as famílias relativizam as posturas e ações dos profissionais ao referir que:

A Enfermagem se preocupa com a gente, mas depende da enfermeira. Tem algumas Enfermeiras que se preocupam com a gente com relação a ir para casa, falam para a gente dar uma volta, descansar. Mas para a gente é difícil, porque a gente está tão preocupada com o bebê que não adianta.; eu só vou embora quando o bebê for comigo. Eles têm a preocupação em cuidar do bebê, mas acabam cuidando das mães junto. Com a conversa, uma palavra que seja, já ajuda bastante. Olha, mas eu ainda acho que o contato maior é em relação a mim, ao meu bebê e ao meu marido, porque não tem um contato na verdade né? A família, no meu ponto de vista não é

cuidada de verdade. (Azurita.)

Eu penso que a Enfermagem não cuida das famílias, apenas de cada indivíduo que vem ao Hospital. Eu ganhei minha filha, a primeira, estou me sentindo cuidada, eu, porque meu marido, minha mãe, meu sogro, meu pai não receberam nenhuma atenção diferente, não foram orientados inclusive a como proceder comigo. Mas é preciso dizer que o atendimento para a mulher é ótimo. Falta mesmo é esta inclusão da família. (Berilo).

O interessante destas falas é justamente o que a Enfermagem, como disciplina, vem estudando no que se refere ao cuidado de famílias. Quando Elsen (1994), questiona se há uma saúde da família, ou se esta é a soma do estado de cada membro, a fala de Azurita me parece elucidar um pouco esta indagação. Esta mãe relata que a Enfermagem cuida de seu bebê, preocupa-se com a sua saúde, seu descanso, mas, ainda assim, considera que a família não é cuidada de verdade. Quem ficou de fora? O marido. Então a família não está completa, não está sendo acompanhada como um sistema que se auto-regula e que possui interdependência.

As imagens brincam de esconde-esconde à medida que o conhecimento das famílias sobre o que é cuidado para elas está em xeque, pois, para muitas famílias, o fato de a mãe ser cuidada quando está no Hospital e seu bebê, é o suficiente. A maioria não sabe de seus direitos como cidadãos que podem sugerir o que precisam e negociar junto da Enfermagem o que se pode fazer para encontrar um campo de coerência e inter-relação propícia para o cuidado aos olhos de ambos. Na fala de Rocha, é possível verificar o que Maffesoli (2005 a) chamaria de **passividade e aceitação do destino**:

Não sei bem o que é isso, mas os que ficam em casa não são cuidados né, porque ficam em casa, enquanto estiveram aqui, porque nasceram todos prematuros, foram bem recebidos. (Rocha).

Esta aceitação está presente nas famílias que passaram por tantas dificuldades ao longo da vida, que tudo o que lhes é “dado” parece o melhor possível e desejável. Portanto, uma ressalva para os profissionais, que aqui reside à importância do momento. Ao realizar a metodologia da assistência, quando elencamos elementos do histórico de Enfermagem junto às famílias, vale ressaltar o que estas famílias têm trazido de seu vivido ao longo dos anos.

Então utilizar deste oportuno instante para elevar o que as famílias têm de história de vida, pois certamente está nas entranhas destas vivências muitas das dores da alma que acompanham estas famílias e as levam a desenvolver esta passividade de aceitação do destino

como sua última condição para viver os desafios que vão surgindo, como o nascimento de um filho prematuro.

Desde o início, quando recomecei a ler as entrevistas das famílias, um misto de decepção e angústia tomou conta de minha alma. Sabia que este era o objetivo, escondido lá no fundo das minhas inquietações e que desejava mostrar aos companheiros de academia e de simpatia pelo cuidado das famílias, o quanto estamos distantes e também absorvidos pelo ideal. Mas, não é fácil ver com olhos de pesquisadora e cuidadora de Enfermagem que as famílias sabem exatamente que ainda são divididos em órgãos, medicamentos, horários, rotinas entre outros. Embora se tenha a alegria de se ter imagens saltitantes de desejo de transformação desta realidade, dói saber que somos parte dela.

Na fala de Pérola, um susto! Mas um susto que alerta, que sobressalta o coração: é preciso transfigurarmos estas imagens, basta querermos!

Cuidam é só da criança. Nós, acompanhantes, nós temos que se ralar pra seguir as normas do Hospital, é como eles falam e tem que obedecer. Se é só janta é só janta e deu. Se quiseres café da manhã, tens que se dobrar pra conseguir, se queres café da tarde, tens que se dobrar pra conseguir, senão você não toma. Não, é. Eles não estão nem aí pelos nossos filhos, marido que estão em casa. Eles só dizem assim: Ah, mãe, quem precisa de mais aqui é a tua filha, a pequena, os outros já são grandinhos. Fico acuada, fico ofendida. Porque eles estão falando da família que eu construí, né? E pela minha família eu viro um leão. Podem ser meu marido, meus filhos. Por eles eu viro um leão e atropelo todo mundo que tiver me ofendendo ou minha família. Pra mim, a minha família é muito importante, é tudo. Eu não tenho palavras pra te explicar o que a minha família significa pra mim, mas eu sei te dizer que eu amo muito a família que eu construí. A família que eu tive foi uma família legal, mas não quero entrar em detalhes. Mas essa família que eu construí pra mim é a melhor coisa do mundo, é por eles que eu estou aqui hoje e por isso que eu luto pra sobreviver. E todos os meus problemas que eu tive, eu poderia ter morrido, mas eu luto pela minha família e pelas pessoas que Deus colocou no meu caminho que é meu marido e meus filhos, são eles que eu amo e eles são a base de tudo na vida. (Pérola).

A fala de Pérola dispensa reflexões maiores, por si só demonstra o que tem sido o cuidado de Enfermagem às famílias no cotidiano Hospitalar, na área materno-infantil. É roubado das famílias o direito de ser família, de se amparar na base que a solidifica e a mantém capaz de se relacionar com o mundo de tamanhas diversidades, de múltiplas imagens, e de uma desumanidade que assombra.

Seguindo esta lógica do álbum de fotografias das famílias, nas imagens que se repetem nas ações de não-cuidado que apontam, está Sodalita, que também delinea o que

ocorre no cotidiano de “cuidado” da Enfermagem:

Não tem um cuidado para a família. Além dos remédios, seria bom, eu acho que um pouco mais de atenção, no que a gente fala. E se a gente está aqui não é porque a gente quer, nem estamos inventando coisas para o nosso filho. E também acho que se querem respeito tem que respeitar. A falta de respeito é o que eu digo de não dar nem um bom dia! Porque tu estás numa situação, digamos assim, pior do que a Enfermeira. Porque a Enfermeira está dando remédio, ela passa por ali e vê aquilo todo dia, crianças vão e vem na vida dela. Pra gente é uma coisa totalmente fora da nossa rotina. Tudo é muito focado na questão do paciente. Ah, o Enfermeiro vem aqui porque o médico mandou passar o remédio. E o Enfermeiro vai no horário lá (nem sempre no horário exato) né? Mas no horário que está lá, vem aqui, daqui a pouco eu sei que tem o antibiótico das 16. As 16 h eu sei que vem uma enfermeira. Daqui a pouco, eu sei que vem uma enfermeira medir a temperatura, ver se tem febre. Às vezes, chegam pessoas para tratar dos nossos filhos que não vêem que a gente está ali, olham pra mão, pra punção, nem olham a criança inteira na verdade... É, é partes, o soro... Isso eu acho que tem que mudar. E não teria acontecido o que aconteceu hoje que eu botei mesmo pra fora e a Enfermeira falou: “Você não está legal vai dar uma voltinha!” Como é que manda uma mãe dar uma voltinha, tá louca? (Sodalita).

Sodalita traz um aspecto importante em sua fala: os profissionais entram no quarto para cuidar da criança e sequer olham para as mães, e chama a atenção para a imagem de que até mesmo a criança é vista em partes. Olha a mão, o soro, a punção, e não reconhecem o ser criança que carrega estes aparatos técnicos que serviriam apenas para amenizar seu estado de doença, mas passa a ser o objeto de maior valor para os profissionais.

Talvez esta imagem esteja identificando o modelo que a saúde ainda está alicerçada no modelo biomédico, mecanicista, fragmentado. Além de as famílias deixarem clara a imagem de que os profissionais da Enfermagem entram nos quartos para seguir “ordem médica”, que é a imagem que os profissionais deixam transparecer, a dicotomia do ser humano ser visto em partes, deixa evidente a força deste paradigma.

O que resta a fazer? Creio que esta resposta não seja tão simples quanto pareça, mas, a saída é saber, de que lado estamos. Qual o paradigma que defendemos? Somos Enfermagem e o que queremos para o futuro do cuidado de Enfermagem às famílias? Os defensores de plantão de um cuidado de Enfermagem pautado na ética da estética, da solidariedade orgânica, no reencantamento pela vida, no despertar de cada encontro com o outro e sua natureza interior, que se apressem, pois há muita estrada a se caminhar, há muito que se trabalhar para uma realidade ideal e não idealizada.

Da mesma forma que surgiu a necessidade de conhecer como os profissionais identificam as ações de cuidado e não-cuidado às famílias, para se fazer um entrelaçamento destas imagens, busquei nas falas das famílias a noção que se tornou imperativa: saber o que é família para as famílias. Então, a partir das falas das mesmas descrevo suas imagens:

A família é muito importante, é tudo. Não há palavras para explicar o que a minha família significa pra mim, mas eu sei te dizer que eu amo muito a família que eu construí. A família que eu tive foi uma família legal, mas não quero entrar em detalhes. Mas essa família que eu construí pra mim é a melhor coisa do mundo, é por eles que eu estou aqui hoje e por isso que eu luto para sobreviver. Eu amo e eles são a base de tudo na vida. A família é o que sustenta a gente. A família é a base de tudo, é o nosso chão, nosso sustento. (Famílias participantes do estudo, Hospitalizadas na área materno-infantil, HU, 2008).

As distâncias se tornam menores quando comparamos o olhar dos profissionais sobre o que são as ações de cuidado e não-cuidado para as famílias, bem como, suas imagens do que é ser família. Tecendo a relação entre estes mundos que até então parecia ser de esferas diferentes, renasce a possibilidade de: na união destes sentimentos, destas noções, do diagnóstico que se mostrou em forma de imagens, buscarmos o ladrilhar com pedrinhas de brilhantes, para o cuidado às famílias chegar efetivamente no cotidiano da Hospitalização materno-infantil.

CAPÍTULO 9 - UM OLHAR POR “ENTRE” AS IMAGENS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS: DESDOBRAMENTOS E CONTRIBUIÇÕES

Durante toda a viagem que foi o transitar no cotidiano de cuidado da Enfermagem da área materno-infantil e também no espaço contemplativo das famílias, chega-se a uma estação, embora nada estanque, a estação onde trens passam, levando e trazendo as nuances de um possível cuidado às famílias como foco de atenção da Enfermagem Hospitalar.

Olhar e “ver” as imagens trazidas nestes trens, uns mais ágeis, outros ainda à moda antiga, em trilhos de ferro, revela que a pós-modernidade está presente em todos os eventos da vida. Não poderia ser diferente com o mundo da Hospitalização materno-infantil, onde sentimentos se mostram como idealizações de um cuidado de Enfermagem às famílias pelas famílias, e também pelos profissionais. É importante saber que “olhar” resgata a visão e o ângulo de quem olha e, neste ponto da viagem, o olhar é para o retorno, para o ponto de partida desta viagem: *“como se mostra o cuidado de Enfermagem às famílias no cotidiano de cuidado na área materno-infantil”*.

O que está visível e invisível se mostrou na condição entre o dito e o não-dito, transfigurou-se nas imagens de corpos e faces que expressavam suas imagens do que idealizavam e do que conheciam. As famílias de um lado, parecendo oprimida, inquieta, alternando momentos de abertura com uma resistência silenciosa que ganhou voz durante a viagem de trem. Os profissionais deixam suas couraças de poder institucionalizado e se revelam frágeis e perdidos no seu próprio mundo de cuidado. São nestas nuances que reside a possibilidade de buscar compreender o que se mostrou até agora, a partir deste horizonte que se permitiu ser percebido.

As imagens das famílias sobre o cotidiano de cuidado de Enfermagem intensificou pontos fortes de reflexão, os quais apontam para a emergencial necessidade de se retomar o cotidiano como ponto inicial de mudanças para um cuidado de Enfermagem mais sensível, menos impositivo, menos permeado pela objetividade do ser humano que é dividido em partes de um cuidado técnico e mecanicista.

Assusta o que estas famílias trouxeram em seu grande cartaz de colagens de suas experiências que se tornaram imagens. Mas também desperta para um alerta interessante, empunhado como bandeira pelas famílias: *“queremos ser cuidadas, e podemos auxiliar dando sugestões!”*.

Neste sentido, Rezende (1995, p. 24), faz uma afirmativa que lembra:

Ou afinamos nossa sensibilidade para captar o compasso deste novo tempo ou corremos o risco de, enrijecidos em conceitos dogmáticos, nada compreendermos desta nova dinâmica social, que só parece assustadora, porque difere do energismo da modernidade. Compreender e não necessariamente explicar, este é o grande desafio que nos é imposto.

Creio que seja este o caminho, ou melhor, a encruzilhada que se mostra à nossa frente: enfrentar os desafios, ousando; ou manter a ignorância de fazer de conta que não se conhece a realidade expressa por imagens pelas famílias e os profissionais?

Mas sou otimista! Acredito que as dificuldades nos fazem refletir e provocam reações. Estas reações podem ser de progresso ou de retrocesso: basta pensarmos em que situação queremos estar, em um futuro bem próximo da Enfermagem. Desejamos uma profissão que avança em seu conhecimento e faz a diferença para melhorar o cuidado de Enfermagem junto a quem, de fato, é seu objetivo de existir, ou se mantém a aceitação eterna de que nada se pode fazer para ampliar os passos da Enfermagem de Famílias?

Neste estudo, ficaram evidentes as nuances da pós-modernidade, trazendo o foco no afetivo, deixando a socialidade emergir mais livremente nas relações. Assim, é inevitável que a família estivesse neste resgate. As famílias são a base para que o social exista, e ninguém neste mundo consegue viver só. Pode parecer piegas, mas perceber que tanto as famílias, como os profissionais, possuem suas bases no alicerce chamado família, orienta a direção deste trem, para a grande porta que se abre para que o cuidado de Enfermagem passe a conceber a família como base de cuidado também nas relações institucionais.

Estas considerações retratam a dimensão ontológica que a pós-modernidade deixa transparecer no mundo das relações, em detrimento da epistemologia enraizada no pensamento cartesiano. A vida é a única coisa indivisível. Portanto, somente ao vivê-la pode-se fazer o movimento de resgatar, aproximar, distanciar, limitar ou envolver-se em solidariedade com o outro, e com o próprio eu, emanados pela natureza.

O movimento que a pós-modernidade desenvolveu no pensamento humano, e para mim, através das contribuições de Maffesoli, com seus estudos sobre estas nuances que o vivido se deixa mostrar, é que motivou meu pensar e buscar as imagens do cuidado de Enfermagem às famílias junto a estes dois grupos principais deste teatro, estas duas tribos: as famílias e a Enfermagem materno-infantil.

Sabe-se que cuidar da família não é novidade, como eu mesma já trouxe em

discussões anteriores. Na década de 70, já havia a preocupação de inserir nos currículos de graduação em Enfermagem, o conhecimento das famílias, visto que estas sempre estiveram, mais ou menos em evidência, no cotidiano que constitui o viver em sociedade. Pelas lentes de Maffesoli, este resgate na contemporaneidade é viver a complementaridade. Seja, para resgatar o antigo, reforçando seu valor, seja vislumbrando no novo, uma possibilidade de vir a ser. Esta completude é o que gera esta teia de interações que conquistam, a cada dia, mais adeptos para estar aberto, sensível e alerta para apreender estratégias de viver o vivido.

Foi neste vivido que as imagens se fizeram fotografias, colagens e recortes de uma experiência de Hospitalização e do encontro com o cuidado profissional de Enfermagem. Mas, para as famílias, se possível não tão profissional assim, estes querem sentimento, afeto, reconhecimento, identidade. Os profissionais, talvez mais tímidos, pelo papel social que lhes cabe de profissional, ficaram na encruzilhada, pendendo ora para uma interação entre iguais, ora em uma relação de profissionais com seus objetos de trabalho. Claro, que esta posição é desconfortável, uma vez que, na voz de cada um deles, o sentimento de estar mais próximo das famílias, bem como, a identificação e familiarização de seu cuidado, ficaram nas entrelinhas.

Não oposto aos que os profissionais concebem, estes também se mostraram com necessidades de serem cuidados, de serem valorizados em dimensões que perpassam a direção gerencial da Instituição que atuam, até as famílias que compartilham de seu cotidiano. Maffesoli (2007b, p. 33) faz, uma inferência sobre estas imagens que se mostraram no dia-a-dia destes protagonistas:

Para apreciar a defasagem entre a teoria e a vida, talvez não seja inútil ir à própria raiz do mito progressista que prevaleceu no ocidente. Pois essa modernidade que se acaba tem origens bem distantes. Trata-se de um estado de espírito que vai aos poucos marginalizar a “vida contemplativa”, privilegiando, em contrapartida, a *vita activa*.

Por vezes, é preciso contemplar esta defasagem, no seu sentido metafórico e real da palavra, para que nos ocupemos com o que se pode construir com a vivência do hoje. Considerar que as famílias *não estão sendo cuidadas* pela Enfermagem, no universo Hospitalar, um espaço destinado e criado historicamente para o cuidado, diverge da noção e mostra que os anos foram gerando couraças que imobilizaram paredes, pessoas, fazendo deste espaço, um ambiente pouco desejável de conviver.

Mas é um espaço se socialidade, muitas famílias encontraram neste cotidiano do

Hospital sua saída para doenças, do corpo e da alma, as doenças do carinho, conheceram pessoas, fizeram laços afetivos. Não se pode também generalizar que todos os poros deste contexto, esteja impregnado de gesso e impossibilitado de deixar fluir o suor da vida. Para os profissionais, é também neste ambiente que encontram as mãos que necessitam para sair do fundo do buraco, lembram da parábola?

Pois bem, as famílias e os profissionais estão mais próximos do que pensam. Embora as ações de não-cuidado tenham sido firmemente explicitadas por ambos, o que se faz importante é que: o que está no fundo das aparências, já pode ser visto na superfície, basta explorar esta perspectiva! Parece muito contraditório ao que fora exposto até este capítulo, mas é a tônica desta aparência de desencontros que se mostram as imagens sobrepostas.

Inicialmente, de modo pretensioso, imaginei que encontraria o que já supunha conhecer...TESE!!!... Por esta hipótese empírica é que este estudo iniciou seu alicerce. Porém, ao rever o álbum fotográfico, as imagens agora se mostram de maneira diferente.

Os profissionais de Enfermagem de todas as áreas pesquisadas deram voz aos seus anseios, expondo sua impossibilidade momentânea de cuidar das famílias como foco de cuidado por sentirem-se despreparados, com inconsistência no conhecimento sobre famílias e também porque desconhecem como se cuida de famílias no contexto Hospitalar.

Em nenhum momento, os profissionais se colocaram na posição de que não querem cuidar de famílias, mas que desejam estar preparados, prontos, e guiados para realizar um cuidado de Enfermagem pautado no conhecimento e na relação interpessoal com as famílias. Desejam mudar! Ou seja, transfigurarem estas imagens aqui trazidas!

As famílias, do mesmo modo, não se colocam na defensiva de que não é possível que haja mudanças plausíveis que as beneficiem no ambiente Hospitalar, apenas desejam que os profissionais as compreendam, pois para elas, a Hospitalização sempre será um evento chocante. Além de retirar-lhes a liberdade e a autonomia, há um membro de sua família que está em uma condição diferente da esperada, está doente, ou vivendo o nascimento de um bebê, que mesmo saudável, requer atenção, sendo que as novidades, mesmo que saudáveis, também movimentam a dinâmica familiar.

Assim, olhando por este prisma, na imagem de um horizonte ao alcance de nossas mãos, vê-se uma estrada que apenas precisa que as pedras preciosas se *aninhem* umas nas outras. Ou seja, que profissionais e famílias busquem o entrecruzamento de seus ideais para torná-los reais, a partir do vivido, na socialidade.

Mafessoli (2007b, p. 202), traz uma contribuição sobre esta natureza do

entrelaçamento, que o mesmo menciona como pertencimento:

Existe uma inegável carga de vitalidade que escapa de toda abordagem excessivamente mecanicista, requerendo o que poderia ser um pensamento orgânico. E mesmo uma inteligência animal, um pensamento diletante capaz de levar em conta a estetização do mundo, o mundo como estética. O que não deixa de ser útil, quando sabemos, quando vemos o que é o bombardeio de imagens contemporâneo, ou ainda o culto do corpo de contornos indefinidos, sem esquecer a importância do sentimento de pertencimento próprio dos tribalismos pós-modernos.

Mafessoli se refere ao que as imagens deixaram emergir, o pertencimento, a socialidade, o entrecruzamento de mãos que desejam seguir a mesma direção. Faltam maquinistas experientes, ou talvez, ousados, que iniciem a primeira viagem. E acredito, não haverá falta neste micros social da área materno-infantil, uma vez que estes, já se sensibilizaram para a lógica do “estar junto”.

As famílias são unidades de cuidado. Sabem que, em determinados momentos de seu viver em família, suas possibilidades de manter a saúde de seus membros se esgota. É então que partem em busca de profissionais que julgam estar preparados e abertos para acolhê-las. Mas para que este encontro seja saudável, onde a família seja considerada como um sistema é preciso que o profissional mergulhe, literalmente, em seu mundo, como destaca Nitschke (1991 e 1999). É imprescindível que o profissional reconheça o invólucro das famílias, e também o que está no centro desta. Deste modo, a Enfermagem será capaz de se sentir preparada para olhar e realmente ver a família como um sistema, uma unidade de cuidado e a ser cuidada como diz Elsen. (1994).

Nitschke (1999, p. 173), fala muito bem que “trabalhar com família significa não perdê-la de nosso foco, o que não quer dizer que devemos estar com todos os membros familiares ao mesmo tempo, mas nunca perdê-la de vista enquanto rede de relações e interfaces. Do mesmo modo, o respeito às individualidades é inerente ao processo de cuidar, mas o profissional precisa estar ciente de que este movimento é imperioso, e necessário, porém, corre-se o risco de permanecer neste aspecto da saúde da família e esquecê-la ao acaso.

Foi este o ponto de maior esclarecimento que o desenvolvimento desta tese me trouxe. Na verdade, há um ensaio no cotidiano de cuidado de Enfermagem em olhar para as famílias como foco de atenção. O modelo biomédico permanece forte e resistente, mantendo os profissionais muito expostos a estas sutilezas que os fazem retomar as posturas da

compartimentalização do ser humano, focando seu olhar nas técnicas, nos procedimentos, nas ações que o tempo solicita que execute, enfim, retornando e limitando-se ao indivíduo.

Maffesoli (2007 b, p. 203-204), relaciona em sua explanação, o que acredito ter sido o ponto de maior importância desta investigação a partir do cotidiano das famílias e dos profissionais nas dimensões das paredes do Hospital. Ele considera que:

Em todos os setores, é a experiência a palavra-chave para explicar a relação que cada um estabelece com o grupo, a natureza, a vida em geral. Experiência que ignora escrúpulos racionais, repousando essencialmente no aspecto nebuloso do afeto, da emoção, da sintonia com o outro. É precisamente por estar a vibração na ordem do dia que convém adotar uma postura intelectual que saiba dar conta dela.

Esta ordem do dia, como diz Maffesoli (2007 b), corrobora com o que desvelei neste cotidiano de cuidado de Enfermagem. Ou seja, quando a postura estiver em consonância com os sentimentos explicitados pelos profissionais e pelas famílias, veremos diante de nossos olhos, uma saúde familiar como unidade de cuidado e sistema interacional no dia-a-dia da Enfermagem em qualquer espaço que esta esteja sendo da ordem do livre, simples e natural. Como diz Maffesoli (2007b, p. 204), “é preciso nascer junto com o que brota, é difícil profetizar qual a orientação geral de um processo como este. Mas podemos constatar que, para o melhor ou o pior, a ênfase é dada ao detalhe, ao fragmento que podemos ter em nossa experiência direta”.

Ao olhar por entre as imagens do cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias, fica o que estes desejam de mudanças, que desvelaram na roupagem de sugestões de como cuidar de famílias, na noção dos profissionais e, como as famílias desejam ser cuidadas. Aqui está o desafio.

Para as equipes de Enfermagem da área materno-infantil é possível cuidar das famílias através de:

...da inclusão de uma metodologia da assistência que contemple a família como unidade de cuidado... do trabalho interdisciplinar; agendando visitas nos domicílios para avaliar como estão os demais membros familiares;tendo um carro disponível para fazer uma visita domiciliar. promovendo um maior intercâmbio da Enfermagem; capacitando as equipes de Enfermagem;fazendo um cuidado de Enfermagem que seja tanto personalizado como mais socializado; trazendo a família para um diálogo uma vez por semana; tendo um momento só para as famílias, um espaço para tirar as dúvidas, dar uma palavra de conforto; garantindo o sistema de referência e contra-referência, ou seja , a equipe fazendo o contato com a Estratégia de Saúde da Família para ter o conhecimento do histórico de

saúde da família, acompanhando na internação, para depois fazer o feedback; realizando parcerias com os centros de saúde para que se acompanhe mais as mulheres. fazendo grupos de família na comunidade; trabalhando a equipe, não só a equipe de Enfermagem, mas toda equipe Hospitalar, médicos, psicólogos, até a equipe de limpeza; reconhecendo aquelas pessoas que são importantes em toda essa trajetória que a mulher está passando; identificando necessidades de discussões, conversas, capacitações para a equipe de Enfermagem perceber que a família precisa de cuidados, implementando estratégias pensadas coletivamente; criando um grupo multidisciplinar para discutir essa questão; ampliando a atenção às famílias; intensificando o vínculo entre eles e nós; tendo um espaço maior para os pais permanecerem mais tempo junto de suas esposas e bebês, dando apoio a estas famílias.

As famílias, inicialmente, ao trazerem suas imagens, mostraram constrangimento de que não tinham muitas opções. Porém, aos poucos, as imagens foram se encaixando como um grande quebra-cabeça que se emoldura e torna-se firme em sua configuração. Assim, as famílias elencaram possibilidades reais para o cuidado de suas Unidades.

Para as famílias que compartilham o cotidiano de cuidado da Enfermagem na Hospitalização materno-infantil é possível o cuidado para elas:

passando informações para as mães; informando os dados do filho em linguagem simples e compreensível; tendo mais conversa entre os profissionais e as famílias; sendo preciso ter mais ajuda e incentivo para as mães estarem junto de seus filhos sem medo; tendo um dia em que a família toda possa entrar e ver o neném junto; facilitando a estadia das famílias no Hospital; tendo um cantinho para que os demais membros familiares, principalmente os outros filhos menores, pudessem ficar perto das suas mães por algumas horas; atendendo a família; dizendo um bom dia, dando um sorriso, pegando na mão; ajudando quando outro membro familiar fica doente, enquanto a família está acompanhando a criança Hospitalizada; adotando a conversa como o princípio de tudo; tendo um contato maior; tendo iniciativas que são pequenos atos, como: dar espaço para chorar, deixar as famílias saírem um pouco para respirar, procurando conhecer as pessoas, buscando se interar mais sobre o que está acontecendo ali no dia-a-dia, além do bebê, como você está?

Diante das imagens trazidas pelo olhar das famílias e das equipes de Enfermagem fica a alegria de perceber que o desafio não é de todo difícil; basta fazer emergir a sensibilidade de ambos e buscar as estratégias cabíveis ao processo de cuidar em Enfermagem no cotidiano da Hospitalização materno-infantil. Pulsa-me o coração mais fortemente, ao imaginar esta realidade, movendo-se entre as famílias e os profissionais de modo relaxado, tranqüilo, inerente ao cuidado de Enfermagem. Sem amarras, obrigações. Enfim, um cuidar

por desejar existir!

A Enfermagem não é vilã nesta história como alguns poderiam pensar, mas é uma profissão, uma arte, uma disciplina em formação constante. Pois ao cuidar de vidas, não há uma lógica única e perene, mas a maravilha de estar sempre diante do que está por vir. Esta característica da Enfermagem é que a faz uma profissão do humano para o humano, mesmo que, nas entrelinhas, comuns das relações entre seres humanos, mantenham as deficiências, as labilidades, as amarras, os déficits de comunicação, enfim, todos os aspectos relevantes e inerentes ao viver em comunidade ou comunhão, segundo Maffesoli (2007b).

Resta-me dizer que as possibilidades, os desejos estão à mostra, num colorido de imagens que reflete brilho aos olhos dos amantes da temática família. Agora é unir forças, buscar recursos e almejar o objetivo de se “ver” na realidade o cuidado de Enfermagem idealizado, mas possível, para as famílias.

Writgh e Leahey (2002), apontam estratégias interessantes em seus livros que podem ser base para a capacitação dos profissionais, bem como, para a adaptação a realidade brasileira. Do mesmo modo, Queiroz (2004), relata sua experiência em Portugal, mas estamos diante do pedido das famílias que aqui residem. Não querendo ser resistente ao que é estrangeiro, mas advogar pelas especificidades, vê-se que o cotidiano é a caldeira de imagens que contribuiu para que estes olhares se sobressaíssem. Portanto, é para esta realidade que o esforço de desenvolver um estudo desta natureza vale muito como potência de transformação de uma história.

Devido a esta condição, envolvendo as necessidades de cada ser humano e de cada família e que estão postas no cotidiano de cuidado da Enfermagem, ressalta-se que é preciso se preparar para receber esta clientela, que está cada vez mais carente, mais vitimizada, uma vez que seu cotidiano de cuidado parte do cuidado da criança e, cada vez mais, deixa forte a necessidade de compreender que o cuidado de Enfermagem precisa abordar a família como **foco de cuidado** e não apenas como **contexto** para que possam desenvolver seu trabalho, pautado nas reais limitações que as famílias trazem ao Hospital, por meio de seus filhos.

é difícil, como eu já passei por isso, nós sabemos que precisa de bem mais para cuidar das famílias, podíamos fazer mais, porém é bem difícil, teria de ser uma postura de todos. (Cristal.)

Quando a fala acima é explorada, voltamos a pontos convergentes discutidos, a “postura de todos”. Entendo que seria a compreensão de que as famílias são unidades de

cuidado e que precisam de cuidado, conforme diz Elsen. (1994). Uma postura socializada por todos, seria a uniformização de idéias, o que me parece um retorno ao engessamento, à idéia de rotinas inabaláveis, enfim, ao exagero do estabelecido.

Mas, ao olhar por outro ângulo, vejo nesta fala, a possibilidade de que é imprescindível que os profissionais, em primeira instância, percebam que as famílias precisam ser cuidadas como foco de atenção da Enfermagem. Esta postura, trazida pela experiência da profissional que foi “paciente”, “mãe”, em uma situação de Hospitalização, fé-la ver que há muito a ser feito pelas e com as famílias, mas que precisa haver um consenso da importância desta família dentro do Hospital, e isto requer mudanças paradigmáticas profundas, revisão à história das famílias no mundo, no Brasil, nas Instituições, para que as pessoas possam construir dentro de si, imagens da família como um sistema que ao ser desmembrado em função da Hospitalização fica à “mercê” dos profissionais.

É preciso saber catalisar o que é vivenciado justamente porque é vivenciado. A crítica não basta, em certos momentos, ela priva de ar o espírito, contra a rotina universitária, contra a azáfama de sua tagarelice, é preciso saber elaborar um pensamento radical diretamente voltado para a existência. (MAFFESOLI, 2007b, p.17).

Corroborando com a citação de Maffesoli, creio que este é um caminho para o cuidado de famílias em sua essência, olhar para a existência, deixará de lado o fato trazido pelos próprios profissionais, que “alguns” percebem a **doença de carinho**, de afeto que leva famílias e mais famílias ao cotidiano da Hospitalização. E se houver um ensaio para a compreensão desta complexidade que se mostra no cotidiano dos profissionais, talvez a imagem de família vá se reconstruindo, redesenhando no imaginário destes profissionais, e em algum momento seja vista como um sistema microssocial de cuidado.

A partir da noção de cotidiano entendida por Nitschke (2003) como:

A maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia-a-dia expressa por interações, crenças, valores, imagens, significados e símbolos, estando relacionada à cultura em que estão inseridos, que vai construindo seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, delineando seu ciclo vital. Assim, se expressa por interações experimentadas diariamente, que possibilitam ou não, o ser humano crescer e se desenvolver ao longo de sua vida.

É compreensível que cada pessoa viva seu cotidiano à sua maneira, suas crenças,

seu aprendizado, e esta é uma das razões que vejo o cotidiano como fonte de inspiração para a investigação científica, pois seus achados, suas imagens levam à percepção de que a atuação de Enfermagem pode ser voltada para as características do que compartilhamos neste cotidiano com as famílias. Neste caso, a interação entre Enfermagem e famílias, possibilitará um processo de cuidado mais integrado quando se fala de famílias: todas merecem ser cuidadas e estimuladas a buscar sua potência para retomar seu papel de cuidadora familiar. Porém, os profissionais precisarão estar alerta para a compreensão de que as famílias precisam de um cuidado que nasça, a partir delas, que o cuidado precisa ocorrer, que não é uma opção de escolha entre “qual família eu devo cuidar” e sim, como cada família precisa ser cuidada.

Para encerrar este pequeno epílogo, trago o mestre desta trajetória. Mafessoli (2007 b, p.205), mostra-nos a força que acena para a continuação da luta em direção ao cuidado de Enfermagem às famílias como foco de atenção, quando este refere que:

O olhar concreto ignora os *a priori* intelectuais e, muito pelo contrário, apega-se aos detalhes cotidianos, às observações imediatas, a essa teatralidade urbana que, como um mosaico, é construída da conjunção de todas as pequenas coisas, indiferentes como tais, mas que em seu conjunto ordenado fazem sentido.

A batalha continua! Talvez um pouco mais livre das cortinas que velavam a realidade da incipiência dos cuidados de Enfermagem às famílias no cotidiano da Hospitalização materno-infantil, mas que agora se revela em imagens que compõe um álbum que todos podem “olhar”, “ver” e “buscar” alguma mudança se assim o desejarem, como é o caso destes sujeitos, pessoas, tão especiais que ousaram expor suas imagens neste estudo.

CAPÍTULO 10 - O ENCONTRO COM O MEU EU: A EXPERIÊNCIA DE TER VIVIDO O QUOTIDIANO

Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos.
O essencial é invisível aos olhos para não se esquecer.
Os homens esqueceram esta verdade, mas tu não deves esquecer.
Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.
(SAINT-EXUPÉRY)

O trem parou na primeira estação em que senti um pouco mais de segurança. Sabe-se que muitos quilômetros estão por vir! Sem ansiedades de transformar a viagem em algo sem sentido, os passageiros buscam lembrar a viagem até esta estação e convidada para que outros embarquem neste trem para uma viagem futura, de continuação, de retorno ao mágico, ao trágico, mas com os olhos sempre direcionados ao horizonte chamado cuidado à família.

Certamente que, neste ponto da viagem, que se mostra entre a incompletude e a complexidade do vivido, até então, podemos retomar as contribuições que todos os passageiros, as pedras preciosas deste trilhar, deixaram nas suas interações dentro deste trem. É um ciclo que se completa, mas não finda, pois todo ciclo está sempre em movimento, avançando, retrocedendo, mas em dinâmico movimento espiralesco. Pós-modernidade? Certamente!

Estar nesta viagem junto das pedras preciosas, por certo foi um grande momento do viver de todos nós. Trabalhar, nesta pesquisa, alicerçada nas nuances da razão sensível, com toda a flexibilidade e harmonia possíveis de um processo imbricado de sentimentos e experiências, faz-nos pensar muito sobre o que é, e como é o nosso cotidiano de cuidado. Uma experiência de viver em comunhão, viver o vivido, como diz Maffesoli. Por vezes, fui porta-voz das ansiedades, das dores da alma, das doenças do carinho, de cada pedra preciosa. Na verdade, fui o cartaz onde as imagens eram coladas e recoladas ao longo da vivência que compartilhamos: pesquisadora e seres pesquisados, em uma interação fortemente estabelecida de seres humanos em coesão. Coesão em uma só direção, buscar alternativas para além de fazer emergir a incipiência do cuidado de Enfermagem às famílias, ousar delinear estratégias para que ele tome seu lugar de destaque: o lugar do cuidado.

Durante todo o percurso, fui fiel a “apresentação” e não a “representação” do que os profissionais e as famílias bravamente deixaram mostrar na rica experiência de trocas entre a simplicidade e a complexidade do mundo em que estão inseridos. Por muitas vezes, não

consegui me abstrair deste mundo, uma vez que faço parte dele, e como ser humano que sou, vivi cada momento intensamente. Com as alegrias e as frustrações de uma adolescente que consegue pela primeira vez mover suas inquietudes para o mundo exterior à sua alma e, consegue vislumbrar que conseguiu alcançar, a passos largos e curtos, doídos e descontraídos, encontrar o compasso para a vivência de um cuidado de Enfermagem às famílias próximo do que sempre acreditei.

Neste caminho, a união de diversos olhares, em uma conjunção teórica que sustentou a todo o momento esta viagem, principalmente as noções de Michel Maffesoli com as contribuições sobre o cotidiano, a socialidade, e a razão sensível, com seus pressupostos que perpassaram por todas as linhas de reflexão deste estudo, na proposta de ultrapassar as dificuldades e contribuir com as diversidades das imagens que foram definindo a paisagem desta viagem de trem.

Nas contribuições teórico-epistemo-filosóficas de Maffesoli é que encontrei forças para mergulhar de corpo e alma nas imagens que o cotidiano de cuidado da Enfermagem da área materno-infantil revelou nas falas traduzidas em imagens trazidas pelas pedras preciosas deste tesouro chamado Vida.

Relativizar cada experiência, exprimir as sensações, ousar reconhecer as nuances presentes nas diferenças e nas aproximações entre o ideal e o real que o cuidado de Enfermagem desperta nos envolvidos com este cotidiano, deu-me a possibilidade de refletir que as diferenças podem se tornar harmônicas, e por estas encontramos vários caminhos que se pode trilhar na busca de um horizonte que nos permita sentir a felicidade de vivê-lo.

Porém, embarcar nesta aventura exige de todos, uma potência geradora de coragem, pois ficamos muito expostos, considerando as incertezas que a vida tem. Não se pode ter o controle do natural, não se pode transformar pensamentos e ideologias criadas em anos de vivência e experiência no cotidiano de cuidado Hospitalar de uma hora para outra. É preciso ter paciência, deixar fluir, naturalmente, o despertar nas pessoas, a necessidade de avançarmos rumo às súplicas de cuidado que estão postas pelas famílias, em suas vozes. Elas não fazem mais silêncio, apenas permanecem em silêncio quando não são convidadas a participar desta jornada que chamamos de cuidado de Enfermagem.

Nitschke (1999, p. 182), faz uma analogia que cabe muito bem para este momento:

A imagem é a de estar em cima do muro. Transfigurando-se esta idéia, como vem sido concebida, para estar em cima do muro precisa ter coragem, ao contrário do que poderiam alguns pensar. Pois estar de um lado, ou de outro, é muito mais seguro. O próprio muro nos protege. Mas também não nos

deixa ver o que está do outro lado, nem tampouco trocar. Quem está em cima do muro, têm uma visão ampliada, estando na linha de encontro dos dois lados. Quer unir respeitando as diferenças.

Considerando e corroborando com a análise muito pertinente da autora acima, a viagem se deu sob este prisma, estávamos todos em cima do muro, pois na apresentação do cotidiano como ele realmente é e as visões se pluralizam e se intensificam, deixando a imagem de que as diferenças, a multiplicidade, a complexidade do simples é que determinam a efervescência do mundo de cuidado. São estas nuances que fazem nascer o otimismo necessário para não só um futuro, mas um presente, de melhores aspirações, embora não concretas, mas talvez passionais. São encontros de imagens que compõem um álbum que possibilita que outros as olhem com a mesma inquietude geradora de sentimentos para um cuidado de Enfermagem pautado na diversidade do humano.

Nesta viagem, os pressupostos de Maffesoli estiveram presentes, alimentando e contribuindo para a percepção das imagens que nasceram desta experiência. O *pressuposto da forma* esteve mais presente em todo este processo de pesquisar, onde permitiu a liberdade de olhar e ver que o cotidiano de cuidado de Enfermagem carece desta forma, que as famílias e os profissionais desenharam tão bem. As formas deixaram saltar aos olhos a emergência que as famílias trouxeram em seu conteúdo, nas falas, de um espaço socializador entre elas próprias e a equipe de Enfermagem, em um misto de jogo de máscaras e couraças protetoras, que em função da forma, foram se reelaborando, deixando de ser uma capa de distanciamento, e passaram a ser o véu claro e transponível de um cuidado para ambos.

As formas estiveram presentes também nas falas das pedras preciosas deste estudo, quando deixaram fluir seus desejos, quando se mostraram interligadas, entrelaçadas na proposta de seguir em busca de um direcionamento para o cuidado de Enfermagem às famílias. A noção de forma, que Maffesoli referencia como algo que dá movimento e imagem, sem ser formatado, engessado, também contribuiu para as etapas de coleta, análise e discussão dos dados elencados nesta pesquisa. Contribuiu para a forma de descrição desta vivência, oportunizou a observação das imagens, em um exercício de corte e recorte das imagens onde nasceram as categorias de análise.

A reflexão foi se desenhando através das formas que as imagens vinham à mente, sendo que é válido ressaltar que, em todo o processo, além das imagens, os sentimentos e expressões dos corpos e mentes das pedras preciosas estiveram junto com as falas que

significaram as imagens.

As entrevistas, a observação de campo e a análise documental, permitiram-me “ver” que a essência das coisas não está em um só ponto: ela é plural, rica de imagens, de sentimentos, de abstrações que levaram os profissionais de Enfermagem e as famílias a se entregarem de modo ousado, mas inteiro, nos momentos de escuta que se tornou a entrevista. Para mim, não foi apenas uma entrevista. Ao contrário do que eu mesma pensava, vendo a entrevista como é algo muito impessoal e distante, neste estudo ela foi à tônica do processo de coleta de dados. Nas entrevistas, pude me aproximar mais inteiramente das pessoas, percebi que elas se sentiram valorizadas por poder falar o que desejavam, foi um momento de cuidado, ou como diz Nitschke (1999) de entre-cuidado.

Habituada a desenvolver oficinas para a coleta de dados em pesquisas anteriores, achava que as entrevistas me deixariam com a sensação de não chegar ao âmago da questão norteadora do estudo. Entretanto, surpreendi-me, ao experienciar a integração, a troca, as reflexões que brotaram neste processo. Não é possível descrevê-las em palavras, ficarão para sempre na memória das pedras preciosas e na minha, já que também me considero uma pedra preciosa ao ousar enfrentar este desafio que busquei para mim mesma: revelar uma realidade até então empírica, e ampliar as possibilidades de transformação desta realidade com as mãos de todas as pedras preciosas que participaram deste estudo e das demais que hão de vir e unir-se a esta viagem que, por ora, apenas parou para um descanso, uma retro-alimentação, e que pretende logo reiniciar seu rumo, em busca do cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias no processo de Hospitalização, a partir das famílias.

A viagem iniciou quando a semente da inquietude despertou-me para o cotidiano do qual faço parte, da Hospitalização materno-infantil. Unida a este fato, estava a experiência de atuar em grupos de pesquisa que abordam a família, o imaginário, o cotidiano e a razão sensível. A princípio, nem eu mesma sabia exatamente o que buscava; depois, com os encontros com os profissionais e as famílias e com as perguntas: *como é o seu dia-a-dia aqui na Unidade de Internação? E como sua família é cuidada no Hospital?* Minhas ansiedades foram se transformando também em imagens. A priori, doloridas, pelo sofrimento que as famílias trouxeram, e pela certeza de que os profissionais perceberam que as famílias não estão sendo cuidadas pela Enfermagem no Hospital.

Da dor, floresceu o jardim das possibilidades e, apesar de reconhecer que para esta realidade ganhar outra forma, é preciso investimento nos profissionais, escuta afetiva e efetiva das famílias e, mais do que tudo, sensibilidade para aceitar o que se mostra nas imagens deste

álbum e coragem para exercitar as estratégias que as pedras preciosas trouxeram.

Assim, alguns autores que participaram desta viagem, fazendo interfaces e conexões teóricas importantes, corroboram que precisamos estar alertas para aspectos intrínsecos ao mundo das famílias e dos profissionais, para o embarque na hora certa desta segunda etapa da viagem: as ações para tornar o ideal em real no cotidiano de cuidado de Enfermagem às famílias.

Logo, Pinto, Ribeiro e Silva (2005), dizem que é necessário manter o equilíbrio para atender as demandas das famílias e cuidar das crianças Hospitalizadas. Queiroz (2004), contribui, ao refletir que para se trabalhar com famílias, é necessário acreditar que os processos de saúde e doença são experiências que envolvem toda a família. Robles Silva (2003) atenta para o excesso de trabalho das famílias, principalmente, as mulheres, o que leva à doença crônica, envolvendo também toda a família. Ângelo e Pettengill (2005), chamam a atenção para as vulnerabilidades das famílias. Mendes e Bousso (2006) apontam que este é um desafio que integra também o aprender e experimentar o cuidado da família na graduação em Enfermagem.

Soares e Fonseca (2006), alertam também para o desgaste emocional dos profissionais que atuam no ambiente Hospitalar. Pai, Schranck e Pedro (2006), apontam que o papel do enfermeiro é de um ser sócio-político que gera visibilidade da profissão do cuidado, sendo que é, a partir desta pedra preciosa, que o movimento de transformação de uma realidade está atrelado. Portanto, segundo Takahashi, Barros, Michel e Souza (2008), o processo de Enfermagem possui dificuldades e facilidades em sua realização, sendo que estes desafios precisam ser vencidos desde o ensino na graduação de Enfermagem. Desta maneira, será possível tornar mais visível o que a Enfermagem faz em seu cotidiano de cuidado de Enfermagem, e, conseqüentemente, as transformações de sua prática junto de toda a equipe e das famílias.

Aqui se firma um compromisso ético, pois as famílias e os profissionais ficaram com as expectativas de que algo pode ser modificado. Basta, agora, a sensibilidade de a Instituição aceitar o desafio diante da proposta de capacitar os profissionais para o cuidado de Enfermagem, com a família como foco de atenção, bem como a responsabilização de todos os profissionais em insistir nas dificuldades que de início sempre aparecem. Esta é a maior virtude que se espera do profissional de Enfermagem: garra e vontade de vencer os obstáculos para um bem maior, ou seja, promover seres humanos e famílias mais saudáveis, mesmo que seja no templo da doença!

Esta tese trouxe contribuições importantes para a área de pesquisa do Cuidado, Quotidiano, Imaginário e Imagem, Saúde da Mulher e da Criança, e Saúde do Trabalhador, além de despertar nossa consciência em busca de soluções para os pontos fracos apontados no encontro das imagens dos profissionais e das famílias. Deste modo, saliento que as sugestões trazidas pelas famílias e profissionais são de certo modo, simples e possíveis de realizarmos. Estar atentos as pessoas que nos rodeiam, de quem cuidamos, de como desejam ser cuidadas, de um simples e gratuito “bom dia” é o principal para as famílias se sentirem cuidadas e para que os profissionais valorizem o que fazem, mas que insistem em manter na zona de invisibilidade deles próprios e da sociedade.

Berenice e Gordon (2004, p. 11), em seu livro “Do silêncio à voz”, fazem alusão à coragem e determinação das enfermeiras, o que estendo para a equipe de Enfermagem, quando dizem:

Uma dádiva de respeito, claramente afirmado, pelo valor do trabalho da Enfermagem, um manifesto que apela às Enfermeiras para que apliquem a sua coragem e desenvolvam suas capacidades de se exprimir com veemência, clareza e eficácia perante o público e através dos meios de comunicação. Descobrimos que discernir e descrever os conhecimentos, a competência e as capacidades envolvidos no trabalho quotidiano da Enfermagem permite que as próprias Enfermeiras compreendam o seu trabalho de forma a contribuir para o seu empoderamento, aumentando o domínio e a apreciação do seu próprio trabalho e, por acréscimo, a sua capacidade de cuidar melhor dos doentes. A articulação do trabalho de Enfermagem pode não só instigar a gestão Hospitalar, os políticos e os dirigentes a valorizar e a recompensar a Enfermagem, como ainda contribuir para que as enfermeiras valorizem a si próprias e entre si.

Deste modo, não pretendo ter a idéia de que todos os profissionais da Enfermagem, imersos nesta microssocialidade do quotidiano materno-infantil, e talvez o Hospital Universitário, estejam de malas prontas para embarcar nesta viagem. Porém, os trens geralmente não partem com todos os assentos completos, passageiros vão entrando neste trem ao longo do caminho, outros vão deixando-o por inúmeras razões. Mas ainda acredito no poder do esforço, da vontade, do amanhã. A vida é tênue demais para que a deixemos passar sem produzir algo de inovador, ou de “bom” para o viver e ser das pessoas.

Então, como sempre advoguei e defendi a família como uma companheira do quotidiano de cuidado da Enfermagem, até mesmo por ter sido cuidada por elas em muitas vezes, deixo a contribuição que por ora me cabe: o compromisso de continuar lutando para que o desvelamento do quotidiano não fique apenas em páginas de papel, mas se mostre como

imagens reconstruídas em recortes de mais sensibilidade, de escuta afetiva e efetiva, de espaços onde as mãos possam se encontrar, onde os olhos falem mais que as palavras. E a família.... Ah! A família!!!!

Família... a base, o topo, o tombo
É na família que tudo nasce, tudo renasce
A família que cria e recria
Que abandona, mas que acolhe
Que faz sofrer e sofre junto
A família que seca as lágrimas,
A família que faz sorrir.
Família...o céu e o inferno
Mas é família, o porto
O ponto de saída, mas também
O ponto de chegada, de várias chegadas
Família que enobrece, entristece, alegra-se
Família de intrigas, de idas, de vindas
Família de um ninho cheio
Família de ninho vazio
Mas o ninho está sempre lá.
Esta família, é a minha, é a sua
Quem não tem família?
Seu animalzinho, seu amiguinho,
Suas músicas, suas lembranças
Como era bom ser criança
A família cresceu, outros se agregaram
Família é casa, sem teto, sem nada
Família é o mar que parece imenso
Mas que cabe no coração!

(Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza, 2008).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, I. L. K. **Luzes e sombras no ritual do encontro profissional e o mundo da intimidade familiar:** a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar. Florianópolis: UFSC/PEN, 2003.

ALTHOFF, C. R. **Convivendo em família:** contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. 2001. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

_____. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, I, MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Universidade Estadual do Paraná, 2002. p.25-43.

ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I. Família como Foco de Pesquisa. In: _____. **Pesquisando famílias:** Olhares Contemporâneos. Florianópolis: Papa Livros, Florianópolis, 2004.

ALVARO-LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em enfermagem:** um enfoque prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família.** 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BAGGIO, Maria Aparecida. O significado de cuidado para profissionais da equipe de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 09-16. 2006. Disponível em www.scielo.br Acesso em: 04 set. 2007.

BELLATO, R. **A vivência da hospitalização pela pessoa doente.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

BERENICE, B. GORDON, S. **Do silêncio à voz.** Coimbra: Ariadne Editora, 2004.

BERGER, P. L. LUCKMANN. **A construção social da realidade.** Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

BISHOP, A. H. **Nursing Ethics:** therapeutic caring presence. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1996.

BOEHS, A. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre sistemas de cuidado familiar e profissional.** 2001. 255 f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BOFF, L. **A voz do arco-íris.** Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

_____. **Ethos mundial:** um consenso mínimo entre os humanos. Brasília: Letraviva, 2000.

_____. **Ética e Eco-espiritualidade**. São Paulo: Verus, 2003.

_____. **Saber cuidar: Ética do Humano – Compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOYKIN, A. SCHOENHOFER, S. **Nursing as caring: a model for transforming practice**. New York: National League for Nursing Press, 1993.

CARTANA, M. H. **Rede de suporte social das famílias**. 1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

CARTER, B, MC G.M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 2001.

CENTA, M. L. **Do natural ao artificial: a trajetória do casal infértil**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

CODY, A. Helping the vulnerable or condoning control within the family: where is nursing? **J Adv Nurs.**, v. 23, n. 5, p. 882. 1996.

COLLIÈRE, MF. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Portugal: Printipo, 1989.

COSTA, M. P. F. Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo. In: SILVA, M. J. L. . **Qual o tempo do cuidado**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

DAL PAI, Daiane; SCHRANK, Guisela; PEDRO, Eva Neri Rubim. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta paul. enferm.**, v. 19, n. 1, supl. 1, jan./mar. 2006 .

DENARDIN, M.L. A família rural e os cuidados de saúde. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2002. p.77-96.

_____. **Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos**. 1994. 223 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) Programa de Pós-graduação em Extensão Rural, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1994.

DORION, L. A. **Compreender Sócrates**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

ELSEN, I. **Concepts of health and illness and related behavior among Brazilian families living in fishing village**. 1984, 301 f. Thesis (Doctorate in Nursing Science) University of California, São Francisco, 1984.

_____. Desafios da Enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. et al. **Marcos para a prática com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77.

_____. Família como Foco de Pesquisa. In: _____. **Pesquisando Famílias: Olhares Contemporâneos**. Florianópolis: Papa Livros, 2004.

_____. Saúde Familiar: a trajetória de um grupo. In: BUB, L. **Marcos para a prática de Enfermagem com famílias**. Florianópolis: Edufsc, 1994.

ELSEN, Ingrid et al. **Marco para a prática de Enfermagem com famílias**. Florianópolis/SC: EDUFSC, 1992.

ERDMANN, A. L. **Sistema de Cuidados de Enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1996. 138 p.

FERNANDES, S. L. A. **O cotidiano com seus limites e forças para o ser saudável: um encontro da enfermagem com a potência para contornar a violência no dia-a-dia**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FONSECA, A. M.; SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente Hospitalar. **Rev. René**, v. 7, n. 1, abr. 2006.

FRAGA, D. F. et. Al. **Compreendendo e cuidando o adolescente no processo de adolescer, através de uma abordagem holístico-ecológica**. Monografia (Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GAIVA, M. A. M. O cuidar em unidades de cuidados intensivos e neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare Enfermagem**, v.11, n. 1. 2006.

GHIORZI, A. R. **Entre o dito e o não dito: da percepção á expressão comunicacional**. Florianópolis: s/ed., 2004. 288 p.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; HAMES, Maria de Lourdes Campos. O cuidar institucional da Enfermagem na lógica da pós-modernidade. **Acta paul. enferm.**, v. 20, n. 3, jul./set. 2007

GRIFFING, A. P. A Philosophical analysis of caring in nursing. **Journal of Advanced Nursing**. n. 8, p.289-295. 1983.

GUARESCHI, A. P. D. F.; L. M. M. Relacionamento multiprofissional x criança x acompanhante: desafio para a equipe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, p. 423-436, dez. 1997.

HENCKEMAIER, L. **O cuidado transcultural à família no Hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para a sua prática**. 1999. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

HONORÉ, CARL. **Devagar: como um movimento mundial está desafiando o culto da velocidade**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

- HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. 16. ed. São Paulo/SP: E.P.U., 1979.
- HYMOVICH, D, BARNARD, M. P, **Family Health Care**. Mc Grow – Hill Book Company, 1973.
- LEININGER, M. **Culture care, diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- LEOPARDI, M. T. (org). **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Florianópolis/SC: UFSC, 2006.
- _____. **Teoria e método em assistência de Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006. 396p.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.
- _____. **A contemplação do mundo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.
- _____. **A parte do diabo: resumo da subversão pós-moderna**. Rio de Janeiro: Record, 2004. 191p.
- _____. **Elogio da razão sensível**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005a.
- _____. **No fundo das aparências**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005b.
- _____. **A sombra do Dionísio: contribuição a uma sociologia da orgia**. Rio de Janeiro: Graal, 2005. P. 159.
- _____. **O ritmo da vida: variações sobre o imaginário pós-moderno**. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2007.
- _____. **O conhecimento do cotidiano: para uma sociologia da compreensão**. Lisboa: Veja, s/d.
- _____. **A tecnossocialidade como fator de laço social**. Palestra no Curso de Pós-Graduação em Jornalismo da PUC- Porto Alegre-RS. Em 16 de outubro de 1996.
- _____. **A violência totalitária, ensaio de antropologia política**. Porto Alegre: Sulina, 2001. 312p.
- _____. **Aux creux des apparences: pour une éthique de l'esthétique**. Paris: PLON, _____. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 2005a. P. 207
- _____. **La contemplation du monde: figures du style communautaire**. Paris.: Grasset, 1993.

_____. **Notas sobre a pós-modernidade:** o lugar faz o elo. Rio de Janeiro: Atlântica, 2004.

_____. **O conhecimento comum:** Introdução a Sociologia Compreensiva. São Paulo: Brasiliense, 2007a.

_____. **O instante eterno:** o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas. São Paulo: Zouk, 2003.

_____. **O tempo das tribos:** o declínio do individualismo nas sociedades de massas. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **Sobre o nomadismo.** Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2001.

MAFFESOLI, M. & ROUANET, S.P. **Moderno x Pós-Moderno.** Rio de Janeiro: UERJ, Departamento Cultural, 1994.

MARCON, S. S. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: ELSÉN, I, MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Universidade Estadual do Paraná, 2002. p.45-76.

_____. **Vivenciando a gravidez.** 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1989.

MARCON, Sonia Silva; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; DECESARO, Maria das Neves et al. Produzindo conhecimento sobre família: a contribuição da Enfermagem do Sul do Brasil. **Acta paul. enferm.**, v.19, n.1, supl. 1, jan./mar. 2006.

MASI, D. de. **O ócio criativo.** Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo.** Rio de Janeiro: Record, 1971.

MENDES, A. M. C.; BOUSSO, R S. O desafio de aprender e experimentar o cuidado da família na graduação em Enfermagem. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, v. 10, n.. 1, jan. 2006.

MENZANI, G. A sobrecarga de trabalho e a falta de tempo. In: SILVA, M. J. L. **Qual o tempo do cuidado.** 2. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

MERLEAU PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F; CRUZ, N. GOMES, R. MINAYO, M.C. (org). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de Enfermagem e**

famílias, no contexto do nascimento Hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____. **Nascimento como rito de passagem: abordagem para o cuidado de mulheres e recém-nascidos.** São Paulo: Robe Editorial, 1997.

_____. Rituais de vida e cuidado com o nascimento humano. In: ELSEN, I, MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Universidade Estadual do Paraná, 2002. p.141-154.

MORIN, E **O Método 1:** a natureza da natureza. Porto Alegre: Sulina, 2005b.

_____. **Introdução ao Pensamento Complexo.** Porto Alegre: Sulina, 2005a.

MOTTA, M. G. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e Hospital:** uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. 1998. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MOTTA, M. da G. C. da. **O ser tríplice no mundo da criança, família e Hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais.** 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

NITSCHKE, R. G. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pós-modernos:** a descoberta dos laços de afeto como caminho. 1999. 462 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

NODDINGS, N. **Caring:** a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley, Ca: University of Califórnia Press, 1984.

PATRICIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural.** 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

PATRÍCIO, Z. M. **Dimensão felicidade–prazer no processo de viver saudável individual e coletivo:** uma questão bioética numa abordagem holístico ecológica. Florianópolis, 1995. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina.

PENNA, C. M. M. **Ser saudável no cotidiano da favela.** Pelotas: UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1997.

PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: PETRINI, J. C; CAVALCANTI, V. R. S. **Família, sociedade e subjetividades:** uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 2005.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 982-8, nov.dez. 2005.

PHILIPS, C. A. Vulnerability in family systems: application to antepartum. **J Perinat Neonatal Nurs.**, v. 6, n. 3, p. 26-6. 1996.

PIEREZAN, C. P. **As necessidades da criança Hospitalizada e seu acompanhante:** possibilidades e limites para o seu atendimento no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PINTO, J. P.; RIBEIRO, C.M.; SILVA, C. V. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas de cuidar da criança Hospitalizada: a experiência em família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 6, Nov/Dez. 2005.

QUEIROZ, A. A. Enfermagem de Família: clarificação de conceitos. In: JORNADA DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. **Anais...** Jornada da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de saúde primários, Portugal, 23 maio 2004.

RADÜZ, V. **Cuidando e se cuidando:** fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. 2. ed. Goiânia: AB, 1999.

REZENDE, A.L.et al. **O fio das moiras:** O afrontamento do destino no cotidiano da saúde. Florianópolis: UFSC, 1995.

RIBEIRO, N. R. R. **Famílias vivenciando o risco de vida do filho.** 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

ROGUE C. **Compreender Platão.** 2 ed, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

ROSS-ALAOLMOLKI, K.; HEINZER, M. M.; HOWARD, R. et al. Impact of childhood cancer on siblings and family: family strategies for primary health care. **Holist Nurs Pract.**, v. 9, n. 4, p. 66-75. 1995.

SÁ, A. C. **O cuidado do emocional em saúde.** São Paulo: Robe Editorial, 2003.

SCHWARTZ, E. **O viver, o adoecer e o cuidar de famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil uma perspectiva ecológica.** 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, A. L. **Cuidado Transdimensional:** um paradigma emergente. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

SILVA, D. M. da. **Limites e possibilidades no cotidiano das enfermeiras mudança da**

sistematização do cuidado: uma abordagem cultural num ambiente Hospitalar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, L. C. **A morte e o morrer no cotidiano da Hospitalização infantil:** construindo possibilidades de cuidado ao cuidador. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____. **Buscando com a família formas mais eficaz de enfrentamento na vivência da situação de doença crônica.** Monografia (Especialização em Enfermagem na Saúde da Família), Programa de Pós-graduação da UFSC, Florianópolis, 1999.

SILVA, L. R. **Doble o triple jornada:** el cuidado a enfermos crônicos. México: Universidad de Guadalajara, 2003.

SOUZA, A.I. Cuidando de famílias: identificando ações de cuidado e não-cuidado nos familiares. In: ELSEN, I, MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Universidade Estadual do Paraná, 2002. p. 363-380.

SOUZA, R. M; RAMIRES, V. R. R. **Amor, casamento, família, divórcio...** e depois, segundo as crianças. São Paulo: Summus, 2006.

STRATHERN, P. **Heidegger em 90 Minutos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. **Kierkegaard em 90 Minutos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

TAKAHASHI, Alda Akie; BARROS, Alba Lúcia Bottura Leite de; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene et al. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um Hospital de ensino na execução do processo de Enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v. 21, n. 1, jan./mar. 2008.

TERRA, M. G.; SILVA, L. C.; CAMPONOGA, S. et al. Na Trilha da Fenomenologia: um caminho para a pesquisa em Enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 672-8, out.dez. 2006.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

_____. **Cuidar:** Expressão Humanizadora da Enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró Borges. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n. 4, ago. 2008.

WATSON, J. **Enfermagem:** ciência humana e cuidar, uma teoria de Enfermagem. São Paulo: Lusociência, 2002.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. - O cuidado de Enfermagem à família: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em

www.fen.ufg.br Acesso em: 28 ago. 2007.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais**. 3. ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 1999.

WRIGHT, L. LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3 ed. São Paulo: Rocca, 2002.

ZAGONEL, IPE et al. *Elementos do cuidar/cuidado: a perspectiva de estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – Brasil*. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 33-38, jan-jun. 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Laura Cristina da Silva** e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **A EXPRESSÃO DO QUOTIDIANO DE CUIDADO DA ENFERMAGEM À FAMÍLIA NA ÁREA MATERNO-INFANTIL** com o objetivo de Compreender como se expressa o cotidiano de cuidado da enfermagem às famílias na área materno-infantil na perspectiva teórico-filosófica da Sociologia Compreensiva e a Razão Sensível de Michel Maffesoli. Este estudo é necessário porque se pretende avançar na produção do conhecimento na área de saúde da família, principalmente no cuidado hospitalar. Para tanto serão realizadas entrevistas com as equipes de enfermagem das unidades de internação do Hospital Universitário: pediatria, neonatal e alojamento conjunto, e com as famílias, além de análise documental de prontuários. Isto não traz riscos ou desconforto para vocês que participarem do estudo. Asseguro-lhe que serão respeitadas as necessidades de cada um de vocês, bem como de seu desejo em não participar ou desistir de sua participação neste estudo. Saliento que estes encontros podem ser interrompidos a pedido da família e do cliente e equipe de enfermagem caso ocorra manifestações de algum mal-estar pela abordagem do tema. Deixamos claro que o desejo de “não participar” deste estudo não trará qualquer constrangimento ou penalidade para os sujeitos de pesquisa.

Informamos que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em eventos e revistas da área da saúde e que para tanto será garantido o anonimato dos participantes. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelos telefones: (48) 99770433, 33485167, 37219146.



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui esclarecido sobre a pesquisa: “**A EXPRESSÃO DO QUOTIDIANO DE CUIDADO DA ENFERMAGEM À FAMÍLIA NA ÁREA MATERNO-INFANTIL**” e concordo que as informações coletadas nesta pesquisa sejam utilizadas na realização da mesma e que possam vir a ser publicados, garantindo-se o anonimato dos respondentes. **Autorizo**, para tanto, que a **entrevista seja gravada**. Estou ciente de que se for do meu desejo poderei desistir da participação nesse estudo sem qualquer penalidade e que se houver qualquer manifestação de desconforto poderemos interromper a coleta de dados bem com a participação neste trabalho.

Participante da pesquisa

RG: _____.

Enfermeira Laura Cristina da Silva

RG: _____.

Fpolis, 05 de maio de 2008.

APÊNDICE B – Instrumentos de Entrevistas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DOUTORANDA: Laura Cristina da Silva**

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA COM AS FAMÍLIAS

- 1-Conte-me um dia seu aqui no hospital da manhã à noite.
- 2-Continuando a conversa: Como o Sr. Ou Sra. se sente aqui no hospital?
- 3-Conte-me como é seu relacionamento com a equipe de enfermagem aqui no hospital.
- 4-Como sua família é cuidada aqui no hospital pela enfermagem? O Sr ou Sra. pode me descrever as ações que a Enfermagem realiza com você e sua família?
- 5-Dê-nos sugestões de como vocês gostariam que a Enfermagem cuidasse de sua família no hospital?

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DOUTORANDA: Laura Cristina da Silva**

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM

- 1-Descreva o seu cotidiano de trabalho aqui na UI.

- 2- O que é família para você?

- 3- Qual tem sido para você o foco do cuidado de enfermagem aqui no hospital?

5. Para você o que significa a expressão: cuidado de enfermagem à família?

6. Quais as demandas de cuidado a família requer na sua unidade de internação?

- 7- Como as famílias são cuidadas nesta unidade pela Enfermagem?

8. O que você sugere para que possamos cuidar da família no hospital?

APÊNDICE C – Instrumento de Análise Documental**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DOUTORANDA: Laura Cristina da Silva.****INSTRUMENTO DE ANÁLISE DOCUMENTAL
PRONTUÁRIO HOSPITALAR**

Clínica de origem do documento: _____
Prontuário número: _____
Família: _____
Data: _____
Tempo de hospitalização/acompanhamento do familiar _____
Quem estava hospitalizado: _____

**Onde os descritores aparecem:
Prescrição de enfermagem, Histórico de Enfermagem, Evolução de
Enfermagem**

Família: _____
Acompanhante: _____
Pai: _____
Mãe: _____
Avó: _____
Familiar: _____
Cuidado á família _____
Referências a família: _____

APÊNDICE D – Estratégias da Observação Participante dos Campos de Pesquisa

Estratégias da observação participante dos campos de pesquisa

- Observar como se mostra o cotidiano de cuidado da enfermagem às famílias nas unidades de internação pediátrica, neonatologia e alojamento conjunto.

- Identificar qual o tipo de abordagem a Enfermagem utiliza no cuidado que realiza em seu cotidiano de trabalho junto das famílias.

- Ouvir os profissionais de enfermagem sobre o que pensam do cuidado às famílias em seu cotidiano de enfermagem

- Ouvir as famílias sobre o que pensam do cuidado de enfermagem às famílias cotidiano da hospitalização

- Desenvolver uma reflexão teórico-filosófica a partir das idéias de Michel Maffesoli sobre o cotidiano de cuidado da enfermagem às famílias na área materno-infantil.

APÊNDICE E

DESCREVE-ME O SEU QUOTIDIANO DE TRABALHO AQUI NA UI PROFISSIONAIS	EXPRESSÕES IMPORTANTES DOS PROFISSIONAIS	INSIGHTS LAURA	CATEGORIAS
<p>Eu procuro sempre conhecer as mães</p> <p>, chamá-las pelos nomes, vou marcando o nome da mãe do lado da criança. Vejo quais são as prioridades, os encaminhamentos. Para saber se estão sendo bem tratados, se estão precisando de alguma coisa. Às vezes a unidade fica um pouco tumultuada quando as mães brigam umas com as outras... Então o que eu procuro fazer? Procuro fazer com que as mães e suas crianças se sintam confortáveis e que amenizem os problemas. O momento que eu acho mais importante é o momento do histórico de enfermagem que é o momento em que conversamos e fazemos o acolhimento com essa família. E notei que quando não conseguimos fazer um bom histórico e está tudo tumultuado, quanto mais tumultuado, mais tumultuado ficam, as coisas vão desencadeando pro lado ruim. Assim como quando a gente quer que flua bem, flui realmente. Hoje por exemplo, teve uma única internação. Então o que eu fiz? Conversei uma porção com uma mãe que chegou uma menina de 17 anos, uma menina que está vinda pela primeira vez para Florianópolis</p>	<p>Eu procuro sempre conhecer as mães</p> <p>Chamá-las pelos nomes</p> <p>Vejo quais são as prioridades</p> <p>Saber se estão sendo bem tratados</p> <p>A unidade fica um pouco tumultuada quando as mães brigam umas com as outras</p> <p>As mães e suas crianças se sintam confortáveis e que amenizem os problemas</p> <p>Momento do histórico de enfermagem que é o momento em que conversamos e fazemos o acolhimento com essa família.</p> <p>Notei que quando não conseguimos fazer um bom histórico e está tudo tumultuado, mais tumultuado, mais tumultuado ficam.</p> <p>Teve uma única internação. Então o que eu fiz? Conversei uma porção com uma mãe que chegou uma menina de 17 anos. Então a gente conversa uma porção, e é nesse</p>	<p>Quotidiano permeado por necessidade de identificação, respeito pela individualidade, prioridades de cuidado e seus encaminhamentos mesmo que incipientes para as famílias. Reconhecimento acerca de como a criança e seu acompanhante está sendo cuidado, em situações de conflito há um nível tensional elevado, mas que é tentado soluções no próprio ambiente. Busca pelo conforto das crianças e das mães (mulheres muito presentes no cotidiano hospitalar materno-infantil).</p> <p>Valoriza a metodologia de assistência como prioridade para conhecer e acolher quem está chegando para a hospitalização, quando não realiza tal metodologia aumenta o nível tensional por não saber quem está cuidando</p> <p>A falta de tempo para realizar a metodologia provoca o distanciamento</p>	<p>como é o meu cotidiano?"</p> <p>- a gente pega o plantão, mas muitas vezes no corredor já sabe quem está grave, quem reinternou.</p> <p>-a gente se depara após o plantão, com crianças graves, crianças muitas vezes não grave da doença, mas grave de carinho</p> <p>-Na hora nem me veio tantas coisas que eu faço.</p> <p>-a gente vai sendo engolida pelo tempo, pela pressa e quando vê deixa de escrever tudo aquilo que a gente fez.</p> <p>-do lado de fora é uma vida e quando está aqui é tudo tranqüilo... Tudo calmo.</p> <p>VISITA</p> <p>- procuro conhecer as mães</p> <p>- Chamá-las pelos nomes</p> <p>- marcando o nome da mãe do lado da criança.</p> <p>-Vendo prioridades, encaminhamentos</p> <p>? FINALIDADE Para saber se estão sendo bem tratados, se estão precisando de alguma coisa</p> <p>Às vezes: evento</p> <p>- as mães brigam umas com as outras... a unidade fica um pouco tumultuada ação</p> <p>-Procuro fazer com que as mães e suas crianças se sintam confortáveis e que amenizem os problemas quando acontecem brigas entre as mães, talvez até seja culpa nossa, por não termos feito a acolhida correta.</p> <p>O momento que eu acho</p>

<p>internada, de Bom Retiro. Então a gente conversa uma porção, e é nesse momento que a gente faz um contrato, mesmo que de uma forma informal. É onde a gente faz um vínculo, essa “amarração”. E às vezes eu percebo que quando não fui eu que fiz, eu sinto necessidade de me aproximar, pois me sinto meio distante dessa família. E quando a gente está lidando com as crianças se a gente não tem essa ligação com a mãe não dá certo. Eu sempre digo pros meus alunos que a gente sempre deve buscar o olhar da mãe, porque geralmente as mães têm uma percepção fora do comum, elas sabem se o seu filho está bem. É importante reconhecer as falas das mães, a gente acaba fazendo, mas não registra o que a gente faz no dia a dia. Então quando tu me perguntas “como é o meu cotidiano?” Na hora nem me veio tantas coisas que eu faço. É justamente aquela coisa, a gente vai sendo engolida pelo tempo, pela pressa e quando vê deixa de escrever tudo aquilo que a gente fez. E quando às vezes a gente não consegue esse vínculo, essa ligação, cada situação mínima que aconteça evolui num contexto bem maior. E isso, quando acontecem brigas entre as mães, talvez até seja culpa nossa, por não termos feito a acolhida correta. É muito fácil falar como tem que ser feito, do lado de fora é uma vida e quando está aqui é tudo tranquilo... Tudo calmo. Mas as pessoas estão</p>	<p>momento que a gente faz um contrato, mesmo que de uma forma informal. É onde a gente faz um vínculo, essa “amarração”.</p> <p>Sinto necessidade de me aproximar, pois me sinto meio distante dessa família</p> <p>A gente está lidando com as crianças se a gente não tem essa ligação com a mãe não dá certo.</p> <p>Deve buscar o olhar da mãe</p> <p>E importante reconhecer as falas das mães, a gente acaba fazendo, mas não registra o que a gente faz no dia a dia.</p> <p>“como é o meu cotidiano?” Na hora nem me veio tantas coisas que eu faço.</p> <p>Vai sendo engolida pelo tempo, pela pressa e quando vê deixa de escrever tudo aquilo que a gente fez.</p> <p>Às vezes a gente não consegue esse vínculo</p> <p>Quando acontecem brigas entre as mães, talvez até seja culpa nossa, por não termos feito a acolhida correta</p> <p>Mas as pessoas estão vindas da rua cheias de problemas. Não é só uma criança que está aqui, esta criança pertence a uma família, que geralmente tem mais filhos, que tem</p>	<p>entre profissional e famílias, pois é no momento do histórico que ocorre o contrato informal, a formação do vínculo, a amarração. Neste caso reduzindo as distâncias. Quando não há ligação com as mães o processo de cuidar não dá certo. A busca pelo olhar reafirma a identidade e o respeito pela pessoa que está na frente do profissional, é a solidariedade orgânica.</p> <p>Família contexto</p> <p>Reconhecimento de que a voz das mães é importante, bem como a ausência de registros de enfermagem não sinalizam o que alguns profissionais realizam em seu cotidiano junto das crianças e suas mães.</p> <p>Rever o cotidiano é uma necessidade, muitas nuances são esquecidas e engolidas pelo tempo. Fazer por fazer, por ser</p>	<p>mais importante: momento do histórico de enfermagem O que é: o momento em que conversamos e fazemos o acolhimento com essa família. quando não conseguimos fazer um bom histórico e está tudo tumultuado: ficam, as coisas vão desencadeando pro lado ruim; quando acontecem brigas entre as mães, talvez até seja culpa nossa, por não termos feito a acolhida correta. quando não fui eu que fiz, eu sinto necessidade de me aproximar, pois me sinto meio distante dessa família.</p> <p>quando a gente quer que flua bem: flui realmente evento: uma única internação. Ação : Conversei uma porção com uma mãe que Chegou</p> <p>quando gente conversa uma porção e-é nesse momento que a gente faz um contrato, mesmo que de uma forma informal.</p> <p>É onde a gente faz um vínculo, essa “amarração;</p> <p>evento -Quando a gente está lidando com as crianças - -Se a gente não tem essa ligação com a mãe não dá certo; quando às vezes a gente não consegue esse vínculo, essa ligação, cada situação mínima que aconteça evolui num contexto bem maior quando acontecem brigas entre as mães, talvez até seja culpa nossa, por não termos feito a acolhida correta.</p>
--	---	--	---

<p>vindas da rua cheias de problemas. Não é só uma criança que está aqui, esta criança pertence a uma família, que geralmente tem mais filhos, que tem necessidade, passa fome, que muitas vezes é vitimizada. E tudo isso está por trás da criança que está ali. E se a mãe dessa criança está reclamando, muitas vezes ela está reclamando da vida dela, das coisas dela. A gente sabe que muitas vezes ela não tem o que comer e está reclamando da comida. Mas e por que ela faz isso? Às vezes a gente está num momento em que não consegue entender e nos revoltamos com isso, mas ela esta chamando atenção. Às vezes ela está até emocionada porque está sendo acolhida, chamada pelo nome, tem lugar aquecido, tem carinho, tem respeito, tem dignidade e às vezes não quer nem sair do hospital. E eu penso Como a gente tem que se preparar pra receber nossa clientela que está cada vez mais carente, mais vitimizada, isso é bem triste.</p>	<p>necessidade, passa fome, que muitas vezes é vitimizada. E tudo isso está por trás da criança que está ali. E se a mãe dessa criança está reclamando, muitas vezes ela está reclamando da vida dela, das coisas dela.</p>	<p>rotineiro.</p> <p>Nas ocasiões de conflito entre as mães há o entendimento que possa ser pela maneira com que o cotidiano hospitalar se mostra, sendo escolhas erradas na abordagem de quem necessita de cuidado uma delas.</p>	<p>-a gente sempre deve buscar o olhar da mãe, porque geralmente as mães têm uma percepção fora do comum, elas sabem se o seu filho está bem. -E importante reconhecer as falas das mães, a gente acaba fazendo, mas não registra o que a gente faz no dia a dia</p>
<p>ivana</p>	<p>Não consegue entender e nos revoltamos com isso</p> <p>Acolhida, chamada pelo nome, tem lugar aquecido, tem carinho, tem respeito, tem dignidade</p>	<p>Mudanças no ritmo da vida social estão modificando a essência das pessoas que se expõe aos riscos da violência totalitária de uma sociedade desigual, e estas famílias chegam ao hospital, e as mazelas humanas que acabam reclamando pode ser em detrimento desta desigualdade, do mecanicismo social, do formismo sem identidade.</p>	<p>Registros</p> <p>-a gente acaba fazendo, mas não registra o que a gente faz no dia a dia; -a gente vai sendo engolida pelo tempo, pela pressa e quando vê deixa de escrever tudo aquilo que a gente fez. Crianca -Não é só uma criança que está aqui, -esta criança pertence a uma família, ???Contexto???Foco</p> <p>família, -as pessoas estão vindas da rua cheias de problemas. -Não é só uma criança que está aqui, esta criança pertence a uma família, que geralmente tem mais filhos, que tem necessidade, passa fome, que muitas vezes é vitimizada. -E tudo isso está por trás da criança que está ali</p>
	<p>Como a gente tem que se preparar pra receber nossa clientela que está cada vez mais carente, mais vitimizada, isso é bem triste.</p>	<p>A revolta dos profissionais é compreendida por inclusive se identificar com estas famílias e ao mesmo tempo temê-las pelas situações de barbárie em que vivem. Mas estas também precisam da humanidade, do calor fraterno, do acolhimento do respeito e da dignidade.</p>	<p>!!Contexto!!! Mae -e a mãe dessa criança está reclamando, muitas vezes ela está reclamando da vida dela, - as mães têm uma percepção fora do comum, -elas sabem se o seu filho está bem. -muitas vezes ela não tem o que comer e está reclamando da comida.</p>
		<p>A busca de equilíbrio entre</p>	

este social, este meio ambiente, o cotidiano mostra que nas delimitações das paredes dos hospital as regras, os limites, o poder que sempre pareceu nos proteger hoje requer releitura, e a pós-modernidade é o caminho, inclusive para que os profissionais possam buscar capacidades, potências, para o cuidado das famílias que se mostram na contemporaneidade.

Mas e por que ela fazisso?

- mas ela esta chamando atenção.

- Às vezes ela está até emocionada porque está sendo acolhida, chamada pelo nome, tem lugar aquecido, tem carinho, tem respeito, tem dignidade e às vezes não quer nem sair do hospital.

está sendo acolhida, --

chamada pelo nome,-

tem lugar aquecido,

tem carinho,

tem respeito,

tem dignidade e às

- Às vezes a gente está num momento em que não consegue entender e nos revoltamos com isso,

Como a gente tem que se preparar pra receber nossa clientela que está cada vez mais carente, mais vitimizada, isso é bem triste.

Meu dia a dia aqui na pediatria é: a gente pega o plantão, mas muitas vezes no corredor já sabe quem está grave muitas vezes a gente se depara após o plantão, quem reinternou. Então tão, com crianças graves, crianças muitas vezes não grave da doença, mas grave de carinho. E muitas vezes não só a criança, mas a própria família precisa de um apoio. E muitas vezes na medicação a gente observa várias coisas daquela família, principalmente a parte do carinho, que eles não sabem o que é isso, muitas vezes a criança não sabe, o pai não sabe, ou muitas vezes não

Dia a dia aqui, a gente pega o plantão, mas muitas vezes no corredor já sabe quem está grave, quem reinternou

A gente se depara após o plantão, com crianças graves, crianças muitas vezes não grave da doença, mas grave de carinho

Não só a criança, mas a própria família precisa de um apoio.

Observa várias coisas daquela família, principalmente a parte do carinho, que eles não sabem o que é isso

O cotidiano pode mostrar rotinas, repetições de ações que transparece o viver de pessoas que, habitualmente se dispõe a manter suas atividades do mesmo modo, não da mesma forma, pois cada dia é individual e as interações estabelecidas nos modificam, inclusive fazendo o olhar compreender que estamos pobres de carinho e afeto.

As famílias podem não saber o que é carinho, pois talvez não tenham tido significativamente o suficiente, mas sabem e reconhecem o calor de um olhar que a identifica e se coloca ao seu lado.

aprenderam e não conseguem passar isso para a criança. Depois disso, a gente faz a medicação, conversa um pouco na sala de lanche, isso quando dá. E tem a hora do descanso noturno e depois à hora do plantão.

Tetê

Depois disso, a gente faz a medicação, conversa um pouco na sala de lanche, isso quando dá.

As medicações são consideradas importantes pelos profissionais, e também é possível verificar que a experiência de condições contraditórias, discrepantes em um só ambiente, exige que o cotidiano de cuidado da enfermagem tenha um respiradouro, que se institucionalizou na sala de lanches. E no descanso noturno.

Meia noite a meia noite. Começa com uma passagem de plantão, normalmente você lê o livro intercorrências para ver quem é o paciente mais grave antes da visita aos quartos. A divisão de pacientes que ocorre entre as técnicas é por conta delas, elas só me informam quem ficou com quem, eu avalio os pacientes dou prioridade aos mais graves, ajudo na medida do possível as técnicas, faço as observações complementares dos pacientes e mais tarde eu vou fazer a metodologia de enfermagem e sentar o bumbum na cadeira e escrever, escrever, escrever, tentar pensar o máximo possível. Eu odeio escrever! Bom, eu trabalho no que eu gosto, com pessoas que eu gosto. Escolhi da maneira mais inesperada possível, eu adoro pediatria, não era a minha praia, era o que eu achava pelo menos. Na verdade pra mim não tem cotidiano, dá uma idéia que você pensa numa

Meia noite a meia noite.

Plantão, normalmente você lê o livro intercorrências para ver quem é o paciente mais grave

Dou prioridade aos mais graves

Mais tarde eu vou fazer a metodologia de enfermagem e sentar o bumbum na cadeira e escrever, escrever, escrever, tentar pensar o máximo possível. Eu odeio escrever! Bom, eu trabalho no que eu gosto, com pessoas que eu gosto.

Na verdade pra mim não tem cotidiano, dá uma idéia que você pensa numa coisa chata, rotina.

Quotidiano temporal, com data e hora marcadas para entrar e sair. Este espaço pode revelar todos os tipos de interações, que inicia com a passagem de plantão, ou seja, as informações, as prioridades profissionais de pacientes mais graves, enfim, a realização do que está instituído mesmo que em uma resistência silenciosa como relata a profissional em relação a realização da metodologia de assistência. No cotidiano os gostos são variados, assim como as posturas, o que para um profissional aproxima-o das famílias para outro é tempo perdido.

Este cotidiano expressa as contradições do próprio profissional, pois trabalham com o que gostam, mas resistem as nuances contemporâneas que ele mesmo gera com a vivência das pessoas, e não é "uma coisa chata",

<p>coisa chata, rotina. E apesar dos “vinte e lá vai fumaça” de enfermagem, vinte e cinco anos agora esse ano e vinte anos de pediatria, eu continuo tão apaixonada como no começo.</p> <p>Sônia</p>	<p>Continuo tão apaixonada como no começo.</p>	<p>ele existe, apesar de a noção do senso comum estar forte nesta fala: Na verdade pra mim não tem cotidiano, dá uma idéia que você pensa numa coisa chata, rotina. E o cotidiano é tão dinâmico que a paixão pelo mesmo tipo de trabalho por mais de 20 anos persiste.</p>
<p>Possuímos uma rotina de trabalho, já instituída pelo hospital, nosso trabalho é bem articulado, pois envolve as crianças que é um ser diferente de se trabalhar, envolve mais carinho, atenção, muita criatividade e estes motivos nos levam a sair das rotinas pré-estabelecidas.</p> <p>Deonísio</p>	<p>Possuímos uma rotina de trabalho, já instituída pelo hospital, trabalho é bem articulado, pois envolve as crianças que é um ser diferente de se trabalhar, envolve mais carinho, atenção, muita criatividade e estes motivos nos levam a sair das rotinas pré-estabelecidas.</p>	
<p>Seguimos uma rotina da unidade que é: pegar a passagem de plantão, conhecendo assim a criança pelo nome, tirar as medicações prescritas pelo médico, e os cuidados de enfermagem. Após vamos aos quartos, das crianças, conhecemos, nos apresentamos para elas e para o acompanhante. Nesta unidade temos um diferencial, pois lidamos com crianças e as mesmas exigem muito mais que um adulto, quebrando muitas vezes as rotinas.</p> <p>Ana T</p>	<p>Seguimos uma rotina pegar a passagem de plantão A criança pelo nome, tirar as medicações prescritas pelo médico, e os cuidados de enfermagem Apresentamos-nos para elas e para o acompanhante</p> <p>Temos um diferencial, pois lidamos com crianças e as mesmas exigem muito mais que um adulto, quebrando muitas vezes as rotinas</p>	
<p>Início minha função, como técnico de enfermagem, às 13 horas nessa unidade (neo). Essa unidade requer muita atenção de enfermagem aos Recém Nascidos (RN) no sentido de higienização, alimentação, medicação, etc, além de incentivar e vincular os bebês com</p>	<p>Essa unidade requer muita atenção de enfermagem aos Recém Nascidos (RN) no sentido de higienização, alimentação, medicação Incentivar e vincular os bebês com seus pais</p>	

<p>seus pais no sentido de orientação e interação nesses cuidados.</p> <p>Dodô</p> <p>Presto assistência ao RN, oriento familiares, visitantes quanto às rotinas do setor, ajudo na parte administrativa, ensino os pais cuidados ao RN.</p> <p>Na verdade a equipe de enfermagem na unidade é um grande quebra-cabeça, em que cada um de nós é uma peça importante.</p> <p>Nosso dia-a-dia é uma mistura de sentimentos e trabalho, individual e em grupo, onde o foco mais importante é o paciente e sua integralidade. Nosso objetivo maior é cuidar de quem precisa da equipe e da nossa unidade com carinho especial, aquele que temos pela nossa casa.</p> <p>Brilhante</p>	<p>Orientação e interação nesses cuidados</p> <p>Presto assistência ao RN, oriento familiares, visitantes quanto às rotinas do setor</p> <p>Parte administrativa ensino os pais cuidados ao RN Equipe de enfermagem na unidade é um grande quebra-cabeça cada um de nós é uma peça importante</p> <p>Nosso dia-a-dia é uma mistura de sentimentos e trabalho, individual e em grupo, onde o foco mais importante é o paciente e sua integralidade Objetivo maior é cuidar da nossa unidade com carinho especial, aquele que temos pela nossa casa</p>
<p>Oscila entre prestar assistência ao bebê e sua família, quanto a parte administrativa e burocrática que viabiliza e articula este cuidado.</p>	<p>Oscila entre prestar assistência ao bebê e sua família</p> <p>Parte administrativa e burocrática</p> <p>Viabiliza e articula este cuidado.</p>
<p>Agora estou executando o cargo de chefia, então normalmente eu chego, pego plantão, nos dias que eu chego no horário de pegar plantão, dou uma olhada se tem alguma coisa pendente dos dias anteriores, me intero de tudo o que aconteceu na minha ausência, inicio</p>	<p>Pego plantão, nos dias que eu chego no horário de pegar plantão</p> <p>me intero de tudo o que aconteceu na minha ausência</p> <p>Se precisa de mim na assistência, aí essa é prioridade, sempre a</p>

<p>tentando resolver essas coisas que ficaram pendentes. Se está tudo equilibrado e eu tenho uma enfermeira na assistência eu deixo que ela fique diretamente na assistência e eu fico resolvendo essas coisas. Se precisa de mim na assistência, aí essa é prioridade, sempre a assistência primeiro. Aí eu vou junto, nós passamos visita, nós observamos como as mães estão interagindo com os bebês, como estão as mamás, como ela está se sentindo após ter esse bebê, procuro conversar um pouquinho, pergunto se ela tem outros filhos e pergunto normalmente com quem ficaram essas crianças, pra ver se isso está sendo um motivo de angústia para ela nesse período em que ela está aqui no hospital, que muitas querem já ter alta no primeiro dia e dizem: “não, mas eu quero ir embora, eu deixei minha criança com a vizinha, eu deixei com a minha mãe, ela trabalha fora”. Eu pelo menos, sempre procuro dar esse espaço de saber como ficaram esses outros filhos e dali a gente vai definindo as coisas que a gente vai fazer, a partir disso, as demandas que vão aparecendo nessa visita, vamos fazendo os encaminhamentos, as vezes conseguimos encaminhar para o serviço social, as vezes precisa da psicologia, a gente orienta que os irmãozinhos podem vir visitar, que para eles é uma novidade, pois outros hospitais não tem, né? Que podem vir, que a gente libera um</p>	<p>assistência primeiro</p> <p>Nós observamos como as mães estão interagindo com os bebês, como estão as mamás, como elas estão se sentindo após ter esse bebê</p> <p>Conversar um pouquinho, pergunto se ela tem outros filhos e pergunto normalmente com quem ficaram essas crianças</p> <p>Muitas querem já ter alta no primeiro dia e dizem: “não, mas eu quero ir embora, eu deixei minha criança com a vizinha, eu deixei com a minha mãe, ela trabalha fora”</p> <p>Procuro dar esse espaço de saber como ficaram esses outros filhos</p> <p>Vamos fazendo os encaminhamentos</p> <p>Encaminhar para o serviço social, às vezes precisa da psicologia, a gente orienta que os irmãozinhos podem</p>
--	--

<p>pouquinho para eles entrarem, que pode conhecer o irmão e que isso é bom, então... É o tempo todo dando orientações e resolvendo as demandas que vão surgindo durante o dia.</p>	<p>vir visitar</p> <p>A gente libera um pouquinho para eles entrarem</p> <p>É o tempo todo dando orientações e resolvendo as demandas que vão surgindo durante o dia</p>
<p>Sandra</p> <p>O AC tem uma característica bem rotineira. Tem algumas coisas que a gente normalmente tem que prestar ao paciente. Então eu procuro sempre estar atento nas questões e verificar se há exames de pacientes pendentes pros médicos passarem as visitas nos quartos, ver os BCFS, coisas que nos são colocadas como rotina. Mas também procuro ver o que está necessitando no setor, algumas coisas que possam ser organizadas de outra maneira para melhorar o serviço, embora muitas vezes o volume de trabalho dentro da rotina é tão grande que não sobra tempo para mais nada. Basicamente tem algumas atividades para os acompanhantes, mas não são muitas vezes, vai ao leito, conversa, vê como o paciente está se sentindo em relação à internação, às vezes tem um que estão um pouco angustiados, converso um pouco, faço umas piadinhas para tentar alegrar, tento dar um conforto ao paciente, explicando que aquilo tudo vai ter um fim. No momento tem sido basicamente conversas, às vezes indicar esse pessoal que passa do livro, vai dar uma volta. Basicamente</p>	<p>Uma característica bem rotineira</p> <p>Tem algumas coisas que a gente normalmente tem que prestar ao paciente.</p> <p>Estar atento nas questões e verificar se há exames de pacientes pendentes pros médicos passarem</p> <p>Coisas que nos são colocadas como rotina. O volume de trabalho dentro da rotina é tão grande que não sobra tempo para mais nada. Basicamente tem algumas atividades para os acompanhantes, mas não são muitas vezes, vai ao leito</p> <p>Relação à internação, às vezes tem um que estão um pouco angustiados, converso um pouco, faço umas piadinhas para tentar alegrar, tento dar um conforto ao paciente, explicando que aquilo tudo vai ter um fim.</p> <p>Basicamente conversas, às vezes indicar esse pessoal que passa do livro, vai dar uma volta. Basicamente esse tipo de ação.</p>

esse tipo de ação.

Resumindo, é atender às mães de uma maneira geral, a família e acompanhante da puérpera e o bebê em relação às necessidades e também atender a recepção delas principalmente quando estão chegando aqui, e atender as intercorrências que possam surgir nesse período, em relação a algum problema que possa ocorrer com o bebê ou a puérpera. E também o que fica para ser visto à tarde em função do que a enfermeira passou da manhã, aí tem muita coisa em relação a exames, procedimentos e metodologia, bastante complexos. Porque a gente é acostumada, mas se a gente for escrever item por item vai uma boa quantidade de papel, digamos assim. Porque isso? Porque a gente está no meio de um todo, a enfermagem está no meio. O enfermeiro por característica desse hospital ele monopolizou a responsabilidade, tudo é para ele e ele quem vai gerenciando: se não tem serviço social, você é serviço social, se não tem psicólogo, você é psicólogo, você é encaminha, você gerencia mesmo essas atividades de maneira geral, então isso é muito relativo em função do movimento em si, dia que está calmo, você senta, você faz as coisas que faltam dia que está agitado tem que ser tudo correndo também. Então aqui a gente não

Resumindo, é atender às mães de uma maneira geral a família e acompanhante da puérpera e o bebê em relação às necessidades

Atender as intercorrências que possam surgir nesse período com o bebê ou a puérpera.

Aí tem muita coisa em relação a exames, procedimentos e metodologia, bastante complexos. Porque a gente é acostumada, mas se a gente for escrever item por item vai uma boa quantidade de papel, digamos assim. Porque isso?

O enfermeiro por característica desse hospital ele monopolizou a responsabilidade

Você gerencia mesmo essas atividades de maneira geral, então isso é muito relativo em função do movimento em si

Então aqui a gente não tem

tem uma rotina pré-estabelecida, porque não tem hora para nascer. E a gente aqui trabalha em função do nascimento. Quando sobre tempo, na verdade a gente costuma é relaxar mesmo é estender um pouco a conversa, um pouco o café, mas específico mesmo não tem. Agora fazer uma ginástica, não tem. Essa coisa assim, a malandragem se torna mais evidenciada. “Ah, coisa boa que está calmo!” As fofquinhas ficam mais prolongadas.

uma rotina pré-estabelecida, porque não tem hora para nascer. E a gente aqui trabalha em função do nascimento. Quando sobre tempo, na verdade a gente costuma é relaxar mesmo é estender um pouco a conversa, um pouco o café, mas específico mesmo não tem.

“Ah, coisa boa que está calmo!” As fofquinhas ficam mais prolongadas.

A primeira coisa é claro, a gente vai olhar os prontuários, tirar os cuidados, medicação, controle dos sinais vitais, é bem tranquilo. Em seguida, a gente vai passar nos quartos, ver medicação, os sinais vitais. Depois tem o banho dos recém-nascidos, que a gente traz pra uma salinha. Quando possível a gente traz as mães para acompanharem, e claro, aquela que está se sentindo mal, a gente deixa pra outro dia. Aí aqui a gente orienta, como é feito o banho, a técnica, os cuidados com o coto umbilical que muitas delas têm muito medo, muito receio. O restante do período é controle de medicação, sinais vitais às vezes têm uma gestante que exige mais cuidados, que precisa dar um banho de leite. Ah, quando tem paciente pra pegar no centro obstétrico.

Olhar os prontuários, tirar os cuidados, medicação, controle dos sinais vitais

Passar nos quartos, ver medicação, os sinais vitais. Depois tem o banho dos recém-nascidos, que a gente traz pra uma salinha.

As mães para acompanharem, e claro, aquela que está se sentindo mal, a gente deixa pra outro dia.

Orienta, como é feito o banho, a técnica, os cuidados com o coto umbilical que muitas delas têm muito medo, muito receio. O restante do período é controle de medicação, sinais vitais às vezes

<p>Bem, eu vejo mais assim, a minha parte de orientação. Além de todo cuidado que agente tem com as medicações, tu sabe que aqui são poucas as medicações administradas. <u>Eu vejo mais o nosso trabalho como orientação às mães e seus familiares, que geralmente sempre estão acompanhando.</u> Então eu tento passar para essas pessoas, principalmente para as mães de primeira viagem, que tem muitas dúvidas e tem medo até de pegar no bebezinho. Então a gente preconiza a <u>família</u>, eu penso que a mãe tem que ter contato com seu bebezinho desde o momento que nasce, desde o primeiro banho, eu sempre induzo a mãe a vir junto comigo, a ver o banho, a tocar no bebê. Na hora do banho, ela tem medo de tocar no bebê, quer tocar com gaze. Eu sempre digo: “não, toque com a mão”, o bebê vai se sentir mais seguro. Então eu convido o pai para vir junto, às vezes tem uma avó junto. Então eu sempre procuro preconizar, mãe, pai e bebê. Então o nosso serviço é muito mais orientação. Eu acho que a era das avós já passou faz tempo, eu sempre procuro passar para elas que não tem essa de você ter um bebê e achar que a sua mãe tem que cuidar do seu bebezinho, ela não estará 24 horas por dia para te socorrer, então tu tem que sair daqui segura para saber o que fazer com o seu bebê em casa. Mas na <u>clínica médica era bem diferente, porque a</u></p>	<p>A minha parte de orientação. Além de todo cuidado que agente tem com as Medicações</p> <p>Principalmente para as mães de primeira viagem, que tem muitas dúvidas e tem medo até de pegar no bebezinho. Então a gente preconiza a família, eu penso que a mãe tem que ter contato com seu bebezinho desde o momento que nasce, desde o primeiro banho, eu sempre induzo a mãe a vir junto comigo, a ver o banho, a tocar no bebê. Na hora do banho, ela tem medo de tocar no bebê, quer tocar com gaze. Eu sempre digo: “não, toque com a mão”, o bebê vai se sentir mais seguro.</p> <p>O pai para vir junto, às vezes tem uma avó junto. Eu sempre procuro preconizar, mãe, pai e bebê.</p> <p>Eu acho que a era das avós já passou faz tempo, eu sempre procuro passar para elas que não tem essa de você ter um bebê e achar que a sua mãe tem que cuidar do seu bebezinho</p> <p>Na clínica médica era bem diferente, porque a gente</p>
---	---

gente não tinha muito tempo, era muita correria, muita medicação, muito paciente dependente, muita infecção. Aqui é um ambiente mais saudável, é uma renovação, eu acho excelente. Eu vejo o meu dia-a-dia como prestar realmente uma assistência de orientação. Eu digo "eu" porque nem todo mundo age dessa forma, é pessoal, é de cada um.

não tinha muito tempo, era muita correria, muita medicação, muito paciente dependente, muita infecção.

Meu dia-a-dia como prestar realmente uma assistência de orientação. Eu digo "eu" porque nem todo mundo age dessa forma, é pessoal, é de cada um.

Rotina - Cotidiano

Registros – o escrever- a metodologia

Mães

Crianças

Família

O encaminhar (depois discutir o que Ingrid ressalta de caminhar junto..)

]Respiradouros

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado Projeto nº 271/07

I - Identificação

Data de entrada no CEP: 06/09

Título do Projeto: A expressão do cuidado à família no cotidiano da enfermagem hospitalar: a complexidade de um fazer invisível.

Pesquisador Responsável: Rosane Gonçalves Nitschke.

Pesquisador Principal: Laura Cristina da Silva.

Propósito: A pesquisa em questão encontra-se vinculada ao Doutorado de Laura Cristina da Silva realizado no Departamento de Enfermagem da UFSC.

Instituição onde se realizará: Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago.

II - Objetivos:

Geral: - Compreender como se expressa o cuidado de enfermagem às famílias no cotidiano da hospitalização, a fim de gerar visibilidade ao fazer da enfermagem na perspectiva teórica do pensamento complexo de Edgar Morin e da razão sensível de Michel Mafessoli.

Específicos: a) conhecer como se expressa o cuidado de enfermagem às famílias no cotidiano da hospitalização em unidades de internação hospitalar que atendem população de faixa etária entre nascimento e terceira idade, por meio de análise documental de prontuários; b) identificar com os enfermeiros das unidades de internação escolhidas, o que fazem para cuidar das famílias envolvidas no cotidiano da hospitalização; c) identificar com os auxiliares técnicos de enfermagem das unidades de internação escolhidas, como percebem o cuidado de enfermagem às famílias no seu cotidiano de trabalho; d) construir um modelo de cuidado às famílias, que vivem o processo de hospitalização, com base na experiência da equipe de enfermagem deste hospital escola que possa ser referência para a intervenção com as famílias nos seus contextos de vida.

III - Sumário do Projeto: A atenção à saúde é focada no indivíduo e, nesta perspectiva, as famílias, como unidade cuidadora e geradora de cuidado de seus membros, acabam por ser negligenciadas. O conhecimento sobre a área de saúde familiar se mostra no cenário científico como vasta possibilidade de pesquisa, uma vez que estamos olhando para a família como foco de investigação muito recentemente. Dessa forma, muitas ações encontram-se invisíveis no cotidiano da equipe de enfermagem hospitalar e precisam ser evidenciadas para que se possa promover conhecimento sobre quem cuida e é cuidado em saúde familiar. Assim, essa pesquisa se volta para esse campo de análise. O referencial teórico utilizado é a abordagem

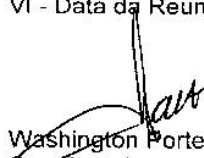
qualitativa fenomenológica. Para a coleta de dados todos os sujeitos serão informados e consultados sobre os procedimentos a serem utilizados e poderão aceitá-los ou não. Assim, inicialmente será realizada uma análise documental a partir de 10 prontuários de pacientes que foram consultados a esse respeito, sendo esses prontuários originários de clínicas de internação médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica, alojamento conjunto e Uti do Hospital escola da UFSC. Os prontuários serão selecionados dentre aqueles nos quais se sobressair a palavra família e dispuser de suficientes anotações sobre o cuidado à família. Na seqüência serão entrevistados os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da equipe de enfermagem das clínicas de internação médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica, alojamento conjunto e Uti do Hospital escola da UFSC, pois vivenciam o cuidado às famílias no cotidiano de trabalho nessa instituição hospitalar. Dentre esses profissionais, serão entrevistados os enfermeiros que aceitarem participar do estudo, bem como, também serão entrevistados pelo menos 05 técnicos/auxiliar de enfermagem de cada unidade mencionada acima. Também serão entrevistados no mínimo 10 representantes das famílias que estiverem durante a análise documental com um membro familiar hospitalizado. A seguir serão realizadas oficinas de interação com os sujeitos da pesquisa na qual será oferecido aos sujeitos um espaço coletivo para a validação dos achados na análise documental e nas entrevistas. As oficinas serão realizadas em 03 sessões. Espera-se a partir desses dados oferecer visibilidade ao cuidado de enfermagem às famílias no ambiente hospitalar, avançar na produção do conhecimento na área da família, bem como, gerar um modelo de cuidado voltado àqueles que vivenciam o processo de hospitalização.

IV - Comentários: A pesquisa em questão aceita a Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como, apresenta a documentação exigida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Ainda, o referencial metodológico se baseia na investigação qualitativa e todos os participantes envolvidos serão consultados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Espera-se com esta pesquisa construir um modelo de cuidado às famílias, que vivem o processo de hospitalização, com base na experiência da equipe de enfermagem deste hospital escola que possa ser referência para a intervenção com as famílias nos seus contextos de vida. A considerar esses aspectos, somos de parecer favorável à aprovação da pesquisa.

V - Parecer:

Aprovado (X)

VI - Data da Reunião: 01 de outubro de 2007.


Washington Portela de Souza
Coordenador

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.