

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

GIOVANA DE OLIVEIRA MONTEIRO QUEIROZ

GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CARDIOPATIA
REUMÁTICA NO CONTEXTO HOSPITALAR

RIO DE JANEIRO

2024

GIOVANA DE OLIVEIRA MONTEIRO QUEIROZ

**GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CARDIOPATIA
REUMÁTICA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, vinculado ao Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem - NUGESPEEn, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Thiago Privado Da Silva

RIO DE JANEIRO

2024

CIP - Catalogação na Publicação

d5l2g de Oliveira Monteiro Queiroz, Giovana
Gerência do cuidado de enfermagem à criança com
cardiopatia reumática no contexto hospitalar /
Giovana de Oliveira Monteiro Queiroz. -- Rio de
Janeiro, 2024.
145 f.

Orientador: Thiago Privado da Silva.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

1. Cardiopatia Reumática. 2. Criança
Hospitalizada. 3. Cuidados de enfermagem. 4.
Enfermagem Pediátrica. 5. Planejamento de
Assistência ao Paciente. I. Privado da Silva,
Thiago, orient. II. Título.

GIOVANA DE OLIVEIRA MONTEIRO QUEIROZ

**GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CARDIOPATIA
REUMÁTICA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, vinculada ao Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem - NUGESPEEn, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 19 de abril de 2024

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Thiago Privado da Silva - Presidente
Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery

Prof^a. Dr^a. Ana Paula Prata - 1º Examinador
Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal

Prof^a. Dr^a. Liana Amorim Correa Trotte - 2º Examinador
Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery

Prof. Dr. Italo Rodolfo Silva – Suplente
Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Anna Nery

Prof^a. Dr^a. Laura Johanson da Silva – Suplente
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação de Mestrado à Deus e aos meu familiares. Em especial, quero dedicá-la, de coração, à minha mãe, minha maior inspiração para estudar sobre a cardiopatia reumática e meu maior incentivo para evoluir!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por tudo que fez em minha vida, por me proporcionar viver e alcançar sonhos incalculavelmente maravilhosos. Por sua presença e por ser o meu melhor amigo em todos os momentos, pelo amor e misericórdia para comigo. Sou muito grata à Deus por me sustentar de pé durante toda essa trajetória e por toda a minha vida sendo o meu alicerce e o meu refúgio, por me ouvir e me acalmar nos períodos em que mais precisei.

Agradeço ao meu esposo Wallef, por sempre me incentivar, me ajudar a prosseguir, por toda paciência e amor. Agradeço à minha mãe Patrícia, por ser minha inspiração à estudar sobre esse tema, pelo seu amor para comigo e por todas as orações. Agradeço ao meu pai Giovane por sempre me apoiar e me impulsionar a prosseguir. Agradeço à minha irmã Nathália por acreditar no meu potencial e sempre me acalmar quando precisei. Agradeço ao meu cunhado Victor por todo incentivo e apoio, por dedicar tempo para me escutar. Sou grata à minha sogra Roberta por ter dedicado tempo para me acompanhar nos congressos e por me encorajar. Agradeço à todos os demais familiares que sempre estiveram ao meu lado durante essa trajetória e me compreenderam, cito esses: avó Luzia, avô José (em memória), tias Silvana e Sônia. Agradeço a minha amiga Thayná, pelo apoio, amizade e parceria durante todo o período do mestrado.

Agradeço ao Prof. Dr. Thiago Privado da Silva, orientador da presente Dissertação, por toda paciência, atenção e cuidado que teve para comigo durante esses dois anos. Por me incentivar e acreditar no meu potencial, pelo profissionalismo e suporte que me deu. Sou grata à Deus por ter sido um canal de bênçãos na minha vida durante essa trajetória acadêmica, por me compreender e me ensinar tanto.

Agradeço de coração a todos os profissionais do Instituto Nacional de Cardiologia, que contribuíram diretamente ou indiretamente para o meu acesso e permanência durante o período que precisei no hospital. Em especial agradeço à Verônica, Enfermeira chefe do setor de internação pediátrica, por toda atenção, amizade, apoio e compreensão. Sou muito grata à Deus por sua vida, por me apoiar e acreditar na importância desse estudo. Tens minha eterna gratidão! Agradeço **aos professores** que prontamente aceitaram compor a banca de defesa de projeto, qualificação e agora, defesa final da Dissertação. Em especial à Prof^a. Dr^a. Laura Johanson da Silva por todas as contribuições, pela paciência e atenção, por olhar com tanto carinho para o projeto e me incentivar a continuar. Agradeço em especial também à Prof^a. Dr^a. Liana Amorim Correa Trotte por todo incentivo, desde a época da graduação quando foi minha orientadora de TCC, por acreditar no meu potencial e me incentivar a fazer mestrado, por me impulsionar a

estudar mais a respeito do tema e por todo carinho. Agradeço também aos professores das disciplinas obrigatórias e eletivas que cursei por todo conhecimento.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), por financiar a minha permanência no mestrado.

Agradeço à Coordenação, em especial à Cintia Nóbrega por sempre me ajudar com toda paciência quando precisei, agradeço também a todos os funcionários do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery pelo carinho e suporte.

RESUMO

Sabe-se que a cardiopatia reumática na infância causa internações repetidas e longas, afastamento social e familiar, tratamento cirúrgico e medicamentoso com penicilina benzatina e outros medicamentos de forma contínua, acarretando dor e trazendo alguns possíveis traumas devido à constância de intervenções. A criança com cardiopatia reumática dependerá de muitos cuidados, dentre os quais, estão os desenvolvidos pelo enfermeiro, no âmbito da gerência do cuidado. A gerência do cuidado não se relaciona apenas com os cuidados diretos, como também envolve os cuidados indiretos. Objetivou-se, neste estudo, compreender os significados que os enfermeiros atribuem à gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar; construir uma teoria sobre a gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar. Para tanto, o estudo se caracteriza como qualitativo. Participaram da pesquisa nove enfermeiros e dez técnicos de enfermagem. O Interacionismo Simbólico foi utilizado como referencial teórico e a Teoria Fundamentada em Dados foi utilizada como método. A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados apenas após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições, proponente e coparticipante. Como resultados, emergiram cinco categorias, quais sejam: Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática; Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática; Apresentando as condições intervenientes à gerência do cuidado de enfermagem; Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado; Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família.

Descritores: Cardiopatia Reumática; Criança; Cuidados de enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Criança Hospitalizada; Planejamento de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

It is known that rheumatic heart disease in childhood causes repeated and long hospitalizations, social and family withdrawal, surgical and drug treatment with benzathine penicillin and other medications on an ongoing basis, causing pain and causing some possible trauma due to the constant nature of interventions. Children with rheumatic heart disease will depend on many types of care, including those provided by nurses, within the scope of care management. Care management is not only related to direct care, but also involves indirect care. The objective of this study was to understand the meanings that nurses attribute to the management of nursing care for children with rheumatic heart disease in the hospital context; build a theory on the management of nursing care for children with rheumatic heart disease in the hospital context. Therefore, the study is characterized as qualitative. Nine nurses and ten nursing technicians participated in the research. Symbolic Interactionism was used as a theoretical framework and Data-Based Theory was used as a method. The data collection technique used was the semi-structured interview. Data were collected only after the research was approved by the Research Ethics Committee of the institutions, proponent and co-participant. As results, five categories emerged, namely: Understanding the dimensions of the practice of managing nursing care for children with rheumatic heart disease; Symbolic aspects of the hospitalization of children with rheumatic heart disease; Presenting the conditions involved in nursing care management; Implementing symbolic action and interaction strategies in care relationships; Evaluating the management of nursing care for children and their families.

Descriptors: Rheumatic Heart Disease; Child; Nursing Care; Pediatric Nursing; Child, Hospitalized; Patient Care Planning.

RESUMEN

Se sabe que la cardiopatía reumática en la infancia provoca hospitalizaciones repetidas y prolongadas, aislamiento social y familiar, tratamientos quirúrgicos y farmacológicos con penicilina benzatínica y otros medicamentos de forma continua, provocando dolor y provocando algunos posibles traumatismos por el carácter constante de las intervenciones. Los niños con cardiopatía reumática dependerán de muchos tipos de atención, incluida la proporcionada por enfermeras, dentro del ámbito de la gestión de la atención. La gestión del cuidado no sólo está relacionada con la atención directa, sino que también involucra la atención indirecta. El objetivo de este estudio fue comprender los significados que los enfermeros atribuyen a la gestión del cuidado de enfermería al niño con cardiopatía reumática en el contexto hospitalario; construir una teoría sobre la gestión del cuidado de enfermería al niño con cardiopatía reumática en el contexto hospitalario. Por tanto, el estudio se caracteriza como cualitativo. Participaron de la investigación nueve enfermeros y diez técnicos de enfermería. Se utilizó el Interaccionismo Simbólico como marco teórico y la Teoría Basada en Datos como método. La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semiestructurada. Los datos fueron recolectados sólo después de que la investigación fuera aprobada por el Comité de Ética en Investigación de las instituciones, proponente y coparticipante. Como resultados surgieron cinco categorías, a saber: Comprender las dimensiones de la práctica de gestión del cuidado de enfermería al niño con cardiopatía reumática; Aspectos simbólicos de la hospitalización de niños con cardiopatía reumática; Presentar las condiciones involucradas en la gestión del cuidado de enfermería; Implementar estrategias de acción e interacción simbólica en las relaciones de cuidado; Evaluar la gestión de los cuidados de enfermería a los niños y sus familias.

Descriptores: Cardiopatía Reumática; Niño; Atención de Enfermería; Enfermería Pediátrica; Niño Hospitalizado; Planificación de Atención al Paciente.

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 01: Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática.....	53
Diagrama 02: Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática.	62
Diagrama 03: Apresentando as condições intervenientes à gerência do cuidado de enfermagem	75
Diagrama 04: Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado	80
Diagrama 05: Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família	86
Diagrama 06: Apresentando o modelo paradigmático.....	116
Diagrama 07: Apresentando a matriz teórica.....	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Gerando os códigos preliminares.....	43
Quadro 02: Gerando os códigos conceituais.....	45
Quadro 03: Gerando subcategorias e categorias.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APPMS	Agenda de Prioridades do Ministério da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Consentimento Informado
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
DCR	Doença Cardíaca Reumática
DCV	Doenças Cardiovasculares
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
GT	Grounded Theory
GP CONEXUS	Grupo de Pesquisa Gestão do Conhecimento em Saúde e Enfermagem
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INC	Instituto Nacional de Cardiologia
IS	Interacionismo Simbólico
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	16
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
1.1 Aproximação com a temática.....	16
1.2 Problematizando o objeto de estudo.....	17
1.3 Justificativa e relevância.....	20
1.4 Contribuições do estudo.....	24
CAPÍTULO II	26
BASES CONCEITUAIS	26
2.1 A infância perpetrada pela cardiopatia reumática.....	26
2.2 Problemática social da cardiopatia reumática.....	28
2.3 Gerência do cuidado de enfermagem à criança.....	30
CAPÍTULO III	33
REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
3.1 Abordagem teórica.....	33
3.2 Referencial Metodológico.....	36
3.3 Tipo de estudo.....	38
3.4 Cenário.....	38
3.5 Técnica de coleta de dados.....	39
3.6 Participantes do estudo.....	40
3.7 Caracterizando os participantes do estudo.....	42
3.8 Compreendendo a codificação dos dados.....	42
3.9 Aspectos Éticos.....	51
CAPÍTULO IV	52
RESULTADOS	52
4.1 Categoria: Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática	53
4.2 Categoria: Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática	61
4.3 Categoria: Apresentando as condições intervenientes à gerência do cuidado de enfermagem.....	75

4.4 Categoria: Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado	79
4.5 Categoria: Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família	86
CAPÍTULO V	92
DISCUTINDO OS RESULTADOS	92
5.1 Categoria: Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática	92
5.2 Categoria: Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática.....	95
5.3 Categoria: Apresentando as condições intervenientes à gerência do cuidado de enfermagem.....	100
5.4 Categoria: Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado.....	103
5.5 Categoria: Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família.....	108
CAPÍTULO VI	113
MODELO PARADIGMÁTICO/PARADIGMA	113
CAPÍTULO VII	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	139
APÊNDICE A – Cronograma	139
APÊNDICE B - Orçamento.....	141
APÊNDICE C - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido.....	142
APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista para Enfermeiros.....	144
APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.....	145

Capítulo I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Aproximação com a temática

O interesse em realizar um estudo que versa sobre a gerência do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática, emergiu a partir de curiosidade e indagações sobre o cuidado profissional à criança em tela, especialmente no que se refere aos significados da prática profissional. Outro fator motivador diz respeito ao âmbito familiar, onde acompanho os desafios e as múltiplas necessidades de saúde de paciente que vivencia a cardiopatia reumática, fato que me impulsiona a desenvolver o presente estudo.

Ao perceber os inúmeros desafios que envolvem o cuidado profissional ao paciente com cardiopatia reumática, as minhas indagações iniciais se dirigiram para o contexto da saúde da criança, por se tratar de uma complicação da febre reumática, sendo essa uma condição de saúde muito frequente na infância e caracterizada como um problema de saúde pública.

Como enfermeira, meus questionamentos se situam no âmbito da atuação do enfermeiro na gerência do cuidado à criança com cardiopatia reumática, delimitando o contexto da unidade de internação hospitalar e considerando suas necessidades de saúde de âmbito clínico e cirúrgico. Isso porque, no contexto hospitalar, é possível ressaltar a dependência dessa criança aos cuidados de enfermagem, haja vista que no âmbito ambulatorial, a criança com cardiopatia reumática é predominantemente acompanhada pela equipe médica.

Afora o exposto, um outro fator que me motivou a desenvolver o presente estudo diz respeito aos resultados de meu Trabalho de Conclusão de Curso, cujo objetivo consistiu em revisar a literatura sobre cardiopatia reumática, em busca de destacar os aspectos de prevenção primária e prevenção secundária da doença. Por essa razão, foi utilizado o método de revisão integrativa da literatura. Como resultado importante desse estudo, está o destaque que a literatura apresenta acerca da detecção precoce da doença, momento este que antecede a disseminação do estreptococo beta-hemolítico do grupo A na corrente sanguínea. Esse fato, evidencia a relevância de estratégias de combate à infecção de vias aéreas superiores na infância, como também a prevenção da febre reumática e da cardiopatia reumática na criança.

Desse modo, compreende-se que o estudo sobre a gerência do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática poderá apontar caminhos que envolvem as relações de cuidado à criança em tela, por se tratar de um tema pouco evidente na literatura, sobretudo no que tange à atuação do enfermeiro. Por tratar-se de um fenômeno complexo de natureza relacional, atentar-se para os significados que esses profissionais atribuem a esse cuidado no contexto hospitalar se revela necessário.

1.2 Problematizando o objeto de estudo

O processo de trabalho do enfermeiro se desdobra em aspectos que envolvem o cuidar ou assistir, o gerenciar ou administrar, o pesquisar e o ensinar (FELLI; PEDUZZI, 2012). A enfermagem enquanto uma profissão que desempenha e ocupa muitas posições no campo da teoria e da prática, vivência experiências ímpares que proporcionam ao enfermeiro, a oportunidade de conhecer as necessidades individuais oriundas do processo terapêutico do cuidado. Nessa conjuntura, o enfermeiro se depara com a demanda de conhecer a respeito das doenças, dos tratamentos, das políticas públicas sociais e de saúde, bem como das respostas advindas do dinamismo do cuidar e do gerenciar (DA SILVA; DA SILVA; RABELO, 2016).

Dentre os muitos aspectos que envolvem a gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar, é possível apontar, no âmago das condições crônicas de saúde, aspectos contextuais e relacionais que permeiam esse processo, quais sejam: o cuidado direto desenvolvido à criança e a sua família; o planejamento da assistência; o conhecimento sobre a doença e o tratamento; como também, o impacto da doença e do tratamento na vida da criança e de sua família.

Por essa razão, admite-se que o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada em condição crônica é complexo e desafiador, realizado por meio do trabalho em equipe, e demanda um planejamento que valorize as múltiplas necessidades da criança e do familiar. Ademais, é necessário destacar que o processo de hospitalização de uma criança em condição crônica é longo e marcado por mudanças na dinâmica familiar, perdas e limitações impostas pela doença e/ou tratamento (SILVA, et al, 2018; SILVA, et al, 2015).

Sobre a gerência do cuidado de enfermagem, a literatura sobre o tema apresenta que não há uma definição única, ao passo que esse conceito, muitas vezes, é utilizado como sinônimo de gerenciamento do cuidado de enfermagem e gestão do cuidado de enfermagem. Nesse estudo, o conceito utilizado será a gerência do cuidado de enfermagem, que pode ser compreendida como a articulação e integração de ações que envolvem o cuidado direto (cuidar) e o cuidado indireto (gerenciar) (CRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

A infância é uma fase da vida cercada por descobertas e acontecimentos inéditos que marcam a trajetória do indivíduo e o constitui enquanto pessoa nos aspectos físicos, psíquicos e sociais. Algumas doenças possuem caráter permanente na infância. Muitas, perduram por toda a vida, trazendo sequelas irreversíveis, sendo caracterizadas como condições crônicas (CURADO, 2022). Nesse sentido, Mendes (2012) pontua que a categoria condições crônicas de saúde vai muito além de doenças crônicas, ao envolver as doenças infecciosas persistentes,

as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, condições ligadas por manutenção da saúde nos ciclos da vida, doenças metabólicas, doenças bucais, dentre outras. Por essa razão, esse estudo utilizará o termo condição crônica para se referir à cardiopatia reumática.

As crianças acometidas por alguma condição crônica de saúde vivenciam, em sua maioria, dificuldades durante o tratamento e alterações familiares. Nessa conjuntura, é comum as crianças vivenciarem sentimentos de medo, tristeza, consternação e ansiedade (MOURA, et al, 2015). Ademais, Bazzan et al (2020) revelam que a hospitalização de uma criança interfere significativamente na vida dos familiares, sobremaneira na vida da mãe, com impactos em sua saúde física e mental.

A nível econômico, as repercussões de uma condição crônica na infância são diversas, devido à polifarmácia e à necessidade de apoio de diversas naturezas. A literatura revela que a vivência das adversidades é menos dolorosa quando a criança dispõe de uma rede social de apoio efetiva em todas as fases de sua condição crônica, capaz de oferecer o necessário suporte financeiro, material, social e emocional a ela e a sua família (SILVA et al., 2017).

O cuidado de enfermagem, no âmago da gerência do cuidado, se estende às crianças em diversos níveis de complexidade. A criança com cardiopatia reumática, necessita de inserção na rede de atenção à saúde, o que envolve sua passagem pela atenção primária, secundária e terciária, isso pela tipologia da doença e pelas repercussões clínicas e sociais causadas no decorrer do tratamento. O enfermeiro, enquanto profissional ativo no processo de cuidar, acompanha de perto as necessidades de saúde e o percurso terapêutico, estabelecendo vínculos e gerenciando o cuidado (CORREA et al, 2018).

Em razão de seu surgimento decorrer de um estado de cronificação de lesão cardíaca provocada pela febre reumática, e por apresentar características clínicas e laboratoriais importantes, faz-se necessário que o enfermeiro, em sua gerência do cuidado, tenha conhecimento clínico e fisiopatológico da cardiopatia reumática, de tal modo que o planejamento da assistência seja realizado alinhado às especificidades desse grupo de crianças (CABRAL, 2019).

A respeito das características clínico-laboratoriais da criança com cardiopatia reumática, um estudo realizado sobre a gravidade da febre reumática aguda em crianças, no estado de Pernambuco, revelou que de uma amostra de 13 pacientes, a insuficiência cardíaca congestiva, incluindo o edema agudo pulmonar, ocorreu em 100% das crianças, tendo esse mesmo percentual de crianças com insuficiência mitral, acompanhada de insuficiência aórtica em 1/3 dos casos. Ademais, foi detectado em três ocasiões, valores muito acentuados de leucócitos no sangue periférico e valores de antiestreptolisina O, quatro vezes elevados. Das 13 crianças, 10

foram submetidas ao implante de biopróteses em valvas mutiladas pelo reumatismo (SARAIVA, et al, 2013).

Um estudo de revisão, cujo objetivo consistiu em sintetizar os dados da literatura acerca da estenose mitral em pacientes com febre reumática, identificou uma maior incidência de casos de cardite reumática e estenose mitral nesse grupo, sendo a cardite reumática uma condição que compromete a valva mitral, ocasionando no paciente, incapacidades com relevante custo social e econômico (NETO, et al, 2021). O mesmo estudo sinaliza que o conhecimento de sua fisiopatologia pelo profissional de saúde se faz necessário para prevenção, diagnóstico e manejo das complicações.

Nessa direção, Goldenzon, Rodrigues e Diniz (2016) ressaltam que a febre reumática provoca graves sequelas que perduram por toda a vida do indivíduo, gerando alto custo pessoal e para a saúde pública. Os autores revelam que a cardite é a manifestação mais severa e ocorre em 50% das crianças, resultado de acometimento do pericárdio, miocárdio ou endocárdio.

Um estudo conduzido na cidade de Punjab, na Índia, mostrou que no período de 2002 a 2009, foram registrados um total de 813 casos de febre reumática/cardiopatia reumática. Desse total, foram identificados 203 casos de febre reumática e 610 casos de cardiopatia reumática em crianças. Na faixa etária de cinco a 14 anos, a febre reumática foi mais comum (80%) que a cardiopatia reumática (27%). O estudo aponta a febre reumática/cardiopatia reumática como um problema de saúde pública na Índia, porém os autores consideram que essas doenças são negligenciadas no país (KUMAR, et al, 2014).

Nessa lógica, um estudo multicêntrico e retrospectivo realizado na Itália com crianças com febre reumática a partir de dois anos e adolescentes menores de 18 anos, identificou que a manifestação clínica mais comum foi o comprometimento articular (68%) seguido da cardite (58%). Ademais, entre os pacientes de baixo risco, 29% apresentaram insuficiência mitral de moderada à grave (ALBERIO, et al, 2021).

Os dados expostos apontam para importância de uma assistência planejada e sistematizada para o cuidado da criança hospitalizada com cardiopatia reumática. Nessa conjuntura, a gerência do cuidado de enfermagem emerge como condição necessária para atender as necessidades da criança e de sua família, atentando-se para as necessidades que transcendem as de ordem fisiopatológicas. Isso posto, compreende-se que o enfermeiro é o profissional de saúde com maior tempo de cuidado junto à criança hospitalizada e suas ações são fundamentais para promoção da saúde e qualidade de vida dessa criança.

Nesse contexto, entende-se que a gerência do cuidado de enfermagem é um fenômeno relacional, permeado por aspectos simbólicos que surgem das interações de cuidado. Assim, as

ações e comportamentos do enfermeiro na gerência do cuidado são orientados pelos significados que atribuem a essa prática, ao passo que os seres humanos agem com relação às coisas com base nos significados que as coisas têm para ele (BLUMER, 1969).

Com base nesses questionamentos, delimitou-se como objeto de estudo: os significados que os enfermeiros atribuem à gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar.

Frente a problemática apresentada, questiona-se: Como os enfermeiros gerenciam o cuidado à criança hospitalizada com cardiopatia reumática? Quais significados eles atribuem à gerência do cuidado à criança hospitalizada com cardiopatia reumática? Quais fatores influenciam a gerência desse cuidado?

Dessa maneira, os objetivos do estudo são:

- Compreender os significados que os enfermeiros atribuem à gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar;
- Construir uma teoria sobre a gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar.

1.3 Justificativa e relevância

Dentre os elementos que justificam a realização do presente estudo, estão: a lacuna de pesquisas que versam sobre a gerência do cuidado realizada pelo enfermeiro à criança hospitalizada com cardiopatia reumática, ao passo que há predomínio de estudos de natureza clínico-experimental, epidemiológico e patológico; a concepção da febre reumática como um problema de saúde pública, visto que se trata de uma doença evitável e que precede a cardiopatia reumática; os múltiplos impactos causados pela doença na vida das crianças e de seus familiares; os dados epidemiológicos da doença em populações que sofrem com a vulnerabilidade social; e a subnotificação como um fator que posterga a composição dos dados epidemiológicos.

Referente à lacuna de pesquisas que remetem à gerência do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática, foram realizadas entre abril e maio de 2022, buscas nas bases de dados: CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), MEDLINE/Pubmed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), *SCOPUS* e *Web of Science*. Para tanto, os descritores “cardiopatia reumática / rheumatic heart disease” e “Criança / Child” foram utilizados para coleta de dados, juntamente com o operador booleano AND. A justificativa para o uso desses descritores se deve a possibilidade de captar o maior número de artigos que aborde a cardiopatia reumática na infância, a fim de delinear a forma

como esse tema tem sido investigado na literatura nacional e internacional, atentando-se para as questões que envolvem a gerência do cuidado de enfermagem.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para seleção: artigos completos que versam sobre o objeto de estudo em tela, disponibilizados na íntegra de forma online e gratuita, dos últimos dez anos (2012-2022), em língua inglesa, espanhola ou portuguesa. Os critérios de exclusão adotados foram: artigos duplicados, teses, resenhas, livros, anais de congresso, editoriais, conferências, documentos ministeriais.

Através da pesquisa realizada na base de dados CINAHL, foram encontrados na primeira chave de busca "Rheumatic Heart Disease", 1.354 artigos. Na segunda chave de busca ("Criança" OR "Child"), 690,144 artigos foram encontrados. Em compilação com as duas chaves, utilizando o operador booleano AND, os resultados foram equivalentes a 284 artigos.

Na base de dados MEDLINE/Pubmed, com a chave de busca (Rheumatic Heart Disease [mesh] OR Rheumatic Heart Disease [tiab]) foram encontrados 14.925 resultados. Na segunda chave de busca (Child [mesh] OR Child [tiab]) foram encontrados 2.244,198 resultados. Em compilação com as duas chaves de busca utilizando o operador booleano AND, foram encontrados 3.374 artigos.

Utilizando a base de dados *SCOPUS*, na busca com o descritor "Rheumatic Heart Disease" foram encontrados 25,721 resultados. A segunda ("Criança" OR "Child") obteve 7.331,606 resultados. Utilizando o operador booleano AND entre as duas chaves de busca, resultou em 8,999 artigos.

Na base de dados *Web of Science*, na primeira busca com o descritor "Rheumatic Heart Disease" foram encontrados 4,187 resultados. Com o segundo descritor ("Criança" OR "Child"), foram encontrados 1,126.269 resultados. Em conjunto com as duas chaves de busca, foram encontrados 333 artigos.

Em seguida, deu-se início a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Sendo assim, ocorreu a exclusão equivalente em cada base de dados: CINAHL foram excluídos 175 artigos, restando 109; MEDLINE/Pubmed 3.184 excluídos, restando 190 artigos; *SCOPUS* 7.359 excluídos, restando 1.640 artigos; *Web of Science* 216 artigos excluídos, restando 117 obras.

Na fase de importação dos artigos à plataforma *EndNote*, com a duplicidade houve a exclusão de 205 artigos. Demonstrando um quantitativo de artigos diferentes em cada base de dados apontados a seguir: CINAHL 105; MEDLINE/Pubmed 58; *SCOPUS* 1.573; *Web of Science* 115.

Após a leitura dos artigos, identificou-se que os estudos sobre a cardiopatia reumática na infância abordam, sobremaneira, os aspectos da prevenção primária e secundária (BENNET, 2021); (IRLAM et al., 2013); (KOECH; BARASA; NG'ENO, 2012); (MITCHELL et al., 2020); o tratamento da doença (ENGELMAN et al., 2016); (JAITEH et al., 2021); (KEVAT et al., 2021); (YADAV, ANAND, BHUTIA, 2013); a fisiopatologia (AGARWAL et al., 2019); (ATTAR et al., 2018); (OKELLO et al., 2014); (PARKS; SMEESTERS; STEER, 2012); os exames diagnósticos (BEATON et al., 2015); (BHAYA et al., 2019); (CHOUDHARY et al., 2021); (REMENYI et al., 2020); os aspectos epidemiológicos da doença (BENNETT et al., 2019); (DAVIS et al., 2021); (KAZAHURA et al., 2021); (OLIVER et al., 2020), bem como as características da doença na infância (ANIMASAHUN et al., 2018); (MELO et al., 2018); (MITCHELL et al., 2021); (SCHEEL et al., 2018). A partir disso, admite-se a necessidade de estudos de natureza social, com caráter explicativo, que envolvem a atuação dos enfermeiros no cuidado à criança com cardiopatia reumática hospitalizada.

Associado ao exposto, está a tipologia de doenças prevalentes em países em desenvolvimento. Apesar deste fato, de acordo com Muller (2011), os países subdesenvolvidos nos últimos anos vêm mudando a tipologia das doenças, passando daquelas de caráter infeccioso para as doenças de caráter crônico. Entretanto, ainda neste século, encontram-se doenças prevalentes de caráter infeccioso, como é o caso da cardiopatia reumática, com uma incidência significativa, visto que a população brasileira se caracteriza com uma importante discrepância no quesito social e econômico, com populações em condições precárias de pobreza, com dificuldades importantes perante as condições básicas de saúde.

A doença cardíaca reumática possui prevalência e gera muitos custos sobre os aspectos econômicos e sociais. Visto que incide em indivíduos em idade de crescimento e desenvolvimento, entre os 5 à 14 anos, levando a situações de repetidas internações, procedimentos invasivos e afastamento das atividades educacionais por tempo indeterminado.

Segundo Figueiredo et al (2019), o Brasil apresenta 30.000 casos de febre reumática aguda por ano e 1/3 das cirurgias cardiovasculares realizadas no país, se deve às sequelas da doença reumática cardíaca. A partir de dados coletados do Sistema de Informações Hospitalares do Brasil, considerando o recorte temporal entre 1998 e 2016, os supracitados autores revelam que a taxa de mortes por doença reumática cardíaca aumentou 42,5% e que as taxas de mortalidade estimadas para a febre reumática e a doença reumática cardíaca foram, respectivamente, 2,68% e 8,53% para 2019. Ademais, o custo estimado para a doença reumática cardíaca foi de US\$ 26.715.897,70.

A cardiopatia reumática vem causando impactos importantes na saúde das crianças do Brasil e do mundo. Os malefícios ocasionados pela doença crônica, se alastram para toda a unidade familiar, ocorrendo um rearranjo na dinâmica para adequar e acolher a criança. Os momentos, desde o diagnóstico até o tratamento, passam por fases distintas, que repercutem levando por alguns momentos a negação e podendo retardar o início do tratamento. As mudanças nas condições de vida, afetam a estrutura psíquica e funcional da família, no contexto laboral e no meio social (LEITE et al., 2015).

A Organização Mundial de Saúde (2005) apontou que os países de renda baixa e média contam com cerca de 80% das mortes por doenças cardiovasculares. Os fatores de risco para doenças cardiovasculares têm aumentado nos últimos anos, quais sejam: dislipidemia, obesidade, diabetes, hipertensão, sedentarismo, tabagismo e doenças relacionadas aos aspectos nutricionais. Os fatores de risco citados possuem caráter modificável, podendo ser evitados e controlados.

As doenças Cardiovasculares (DCV), são responsáveis por 1/3 das mortes em todo mundo, mantendo uma tendência de aumento em países em desenvolvimento. Os fatores de risco modificáveis, ainda prevalecem na população, permitindo cada vez mais o adoecimento por causas evitáveis e que dispõe de uma repercussão significativa ao longo da vida. Há uma escassez de medidas para prevenir essa cadeia de repercussões, fator este que se alastra por outros múltiplos aspectos que envolvem o viés assistencial. (DEATON et al., 2011).

A mortalidade global por doença cardíaca reumática é um dado frequentemente subnotificado, especialmente em países em desenvolvimento. A *Global Burden of Disease* (2017) estimou uma ocorrência elevada no ano de 2017 e uma incidência relevante. Quando comparado aos demais anos, apresenta uma queda pouco acentuada, mas que ainda demonstra tendência quanto à prevalência desses casos. Até 2025, estima-se a diminuição de 25% na mortalidade por fatores cardiovasculares que incluem a doença cardíaca reumática, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Mundial do Coração (DE OLIVEIRA et al., 2020).

A dificuldade no acesso à saúde, impossibilita uma constante educação em saúde, que por sua vez, retarda o tratamento precoce e dificulta o bom prognóstico. A reação cruzada evidenciada pela doença autoimune, que é a febre reumática, se desenvolve pela resposta imune do hospedeiro à invasão da bactéria. Quando a doença é abordada em sua fase inicial, poupa-se a disfunção irreversível das válvulas mitral e aórtica e o constante remodelamento do folheto fibrótico. Por volta de um terço das cirurgias cardiovasculares no Brasil são provenientes de

sequelas importantes ocasionadas pela doença cardíaca reumática e 70% dos pacientes acometidos pela febre reumática desenvolvem a cardiopatia reumática (CHAVES, 2009).

A doença se dispõe prevalentemente na infância e se desdobra por vertentes distintas. A prevalência ocorre em crianças entre cinco e quatorze anos e se explica que crianças menores de cinco anos possuem um sistema imunológico insuficientemente maduro para garantir uma resposta autoimune à invasão da bactéria. Por se tratar de faixa etária, indivíduos menores de três anos adoecem menos por cardiopatia reumática, o pico de incidência ocorre com mais frequência nos pré-adolescentes, já os adolescentes/adultos tendem a adoecer menos com essa condição. (CASEY, 2013).

As intervenções e tratamentos são ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com alguns percalços na temporalidade do cuidado, como o desabastecimento evidenciado entre 2014 e 2017 da penicilina na rede, que colaborou para a dificuldade no controle dessa e de outras doenças que obtém o percurso do tratamento com esse medicamento, como é o caso da sífilis (ARAUJO, 2020).

A doença exige adaptações físicas e psíquicas, ao ocasionar incapacidades nas atividades cotidianas. Limitações essas que podem se deparar futuramente com a necessidade explícita de realizar a cirurgia de troca valvar a cada período, levando a uma constância de intervenções e procedimentos distintos (AVELINO; DIAS; ROSA, 2018). Sobre um aspecto geral, as doenças cardiovasculares para alguns autores como Deaton et al. (2011), se apresentam como um problema de saúde global, exigindo uma abordagem a nível mundial para a prevenção, considerando os recursos financeiros de cada país, e a transição epidemiológica para obter resultados satisfatórios.

Ainda como elemento de relevância para a realização do presente estudo, está a Agenda de Prioridades do Ministério da Saúde (APPMS, 2018). Tal agenda, conta com 172 linhas de pesquisas, distribuídas em 14 eixos. Cada eixo corresponde a uma temática, e o quinto eixo trata de doenças crônicas não transmissíveis, dispondo esse estudo a atender esse eixo dentro da temática da cardiopatia reumática.

1.4 Contribuições do estudo

O presente estudo possui um potencial para contribuir com a evolução científica da Enfermagem Pediátrica Brasileira, ao abordar um tema diferenciado e complexo, impondo desafios à prática profissional do enfermeiro em diversos níveis de atenção. Todo o conteúdo a ser produzido respeitará o rigor teórico e metodológico dos referenciais adotados, assegurando a cientificidade ao estudo.

A partir dos resultados, especula-se que o presente estudo colabore com a instituição onde será desenvolvida a pesquisa, propondo melhores práticas, a partir dos significados que os enfermeiros atribuem à gerência do cuidado à criança com cardiopatia reumática hospitalizada. Por intermédio da compreensão dos significados atribuídos, pode-se entender a dinâmica do cuidado e favorecer a elaboração de estratégias gerenciais e assistenciais.

Para o ensino, é pretendido que os resultados do estudo colaborem para a formação, na abordagem curricular dos futuros enfermeiros, de forma que garanta a abordagem de aspectos teóricos e práticos relacionados à criança com cardiopatia reumática.

A nível da assistência e da gerência, espera-se que o estudo alcance a compreensão mútua das dimensões objetivas e subjetivas que permeiam as relações de cuidado, e que favoreça o desenvolvimento de estratégias assistenciais e gerenciais, no que tange ao alcance prático e teórico da gerência do cuidado.

Ademais, o presente estudo alinhado à proposta teórica e metodológica das pesquisas desenvolvidas no âmbito do Grupo de Pesquisa Gestão do Conhecimento em Saúde e Enfermagem (GPconexus), visa fortalecer as discussões sobre a gestão do conhecimento e do cuidado no âmbito das condições crônicas de saúde, como também visa oferecer suporte para os novos estudos que seguem essa lógica.

Capítulo II - BASES CONCEITUAIS

2.1 A infância perpetrada pela cardiopatia reumática

Contextualizando a fisiopatologia da doença, entende-se como aspectos fisiopatológicos que a cardiopatia reumática é uma doença causada pela infecção ativa do *Estreptococos beta hemolítico do Grupo A*, que procede da febre reumática aguda. A infecção se dispõe através do acometimento das vias aéreas superiores, mais comumente encontrado, a faringoamigdalite estreptocócica. Essa condição se desdobra por mecanismos de resposta imune que, por sua vez, não estabelecem solução. A bactéria atinge a corrente sanguínea e pressupõe um ataque às principais articulações, causando uma artrite migratória, permanecendo por algumas semanas e desaparecendo da mesma maneira. A bactéria possui tropismo pelas válvulas cardíacas e, nesse processo, causa lesões importantes nas válvulas mitral e aórtica, originando a cardiopatia reumática (PEREIRA; BELO; SILVA, 2017).

O agente causador da doença oferece riscos importantes à saúde, uma vez que suas sequelas são irreversíveis e se perduram por toda a vida (MENOLI et al. 2019). A infância é considerada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, a faixa etária que compreende o nascimento até doze anos incompletos (ECA, 2008). É na fase da infância que o sistema imunológico ainda não permanece completamente instituído. Esse fato leva ao adoecimento frequente nessa população, por doenças de caráter crônico e/ou agudo (DOS SANTOS, 2018).

Dar-se à no presente estudo, atenção às crianças com cardiopatia reumática, as quais vivenciam experiências que, em sua maioria, se configuram dolorosas e traumáticas, devido às múltiplas internações e intervenções na assistência, com implicações para a saúde física e psíquica dessas crianças (SARAIVA et al. 2013). O principal objetivo do cuidado às crianças com doenças crônicas é proporcionar a melhor condição de vida, em um contexto afetado por problemas de magnitude no desenvolvimento humano biopsicossocial.

O cuidado da criança nessas condições não se parte isoladamente do profissional de saúde, mas de uma rede de suporte (família, escola, hospital, ambulatório, domicílio e rede de saúde). Além disso, se estende pelos aspectos de intervenções multiprofissionais e intersetorial. Uma vez que a infância associada a doenças crônicas é marcada pela sobrevivência com algum grau de dependência de tecnologias, medicamentos e tratamentos (CARVALHO et al., 2019).

Espera-se que através da assistência à saúde prestada estabeleça o processo de manutenção da vida e progressão no tratamento, desde o diagnóstico, muitas vezes marcado por múltiplas hospitalizações, interferindo na noção de qualidade de vida da criança e da família,

onde o hospital passa ser um local que permanecem por boa parte da vida, com internações longas e repetidas (CARVALHO et al., 2019).

A vida da criança com uma condição crônica de saúde, que de alguma maneira causa privação na infância, faz com que o contexto hospitalar participe ativamente da rotina, sendo o convívio neste ambiente marcado por intervenções de naturezas distintas, até mesmo cirúrgica. Diante disso, em específico, o contexto da hospitalização de crianças com doenças crônicas precisa ser constantemente trabalhado, uma vez que não se resume apenas ao tratamento, mas a produção de um ambiente terapêutico de cuidado. A compreensão da infância da criança hospitalizada, deve compreender que pode envolver a privação do brincar e do ser criança, estes e demais fatores devem ser visualizados por todos os aspectos, sejam intrínsecos ou extrínsecos no processo de internação, priorizando o cuidado mediante o contexto que a engloba. Como a criação de oportunidades terapêuticas que visualizem a necessidade das crianças no brincar e de priorizar o envolvimento em atividades de estimulação física, cognitiva e social mediante todo contexto das internações prolongadas e repetidas, tanto para criança quanto para família (SIMONATO; MITRE; GALHEIGO, 2019).

Segundo Melo et al (2018) a cardiopatia reumática é evidenciada como doença crônica de saúde a nível incapacitante por proporcionar à criança intolerância ao exercício físico de diversos níveis alcançando do leve ao pesado, que em sua maioria compreende-se como incapacitante ao nível predominantemente de moderado a leve, trazendo sequelas pulmonares com dificuldades na força expiratória e conseqüentemente diminuição na qualidade de vida dessa criança que terá de conviver com uma doença que limita os aspectos da infância, podendo causar impactos psíquicos com a realidade de conviver sob múltiplas internações entre diversas intervenções. De igual maneira evidencia-se o aumento da frequência cardíaca basal, proporcionando dificuldades no âmbito da rotina e das atividades de vida diária, causando limitações que perduram por toda vida.

Avelino et al (2018) evidência em seu estudo que a rotina e o desempenho ocupacional de uma criança em condição crônica de saúde precisa ser priorizado, uma vez que a garantia do desenvolvimento saudável possui uma preconização, sendo uma das facetas, a autonomia e independência. Ademais, o aspecto do ambiente de internação poderá ser um local de aprendizado e preparo para a criança e para o responsável que no ambiente domiciliar contará com uma autonomia no cuidado que poderá envolver uma complexidade ao se tratar de uma doença crônica de saúde. Assim, o ambiente hospitalar para uma criança em condição crônica de saúde, pode contar com os aspectos que envolvem a estimulação de habilidades motoras,

como por exemplo, o vestir-se, o alimentar-se, a escovação dos dentes, o deambular e o estudar com atividades adequadas a idade cronológica.

O período de hospitalização traz interferências no desenvolvimento humano, uma vez que restringe a participação social e o desempenho ocupacional em diversas atividades, sendo a principal delas, o brincar, em que há liberdade dos movimentos, intensão e motivação. Consequentemente, na funcionalidade, incluindo nas Atividade de Vida Diária – AVD, como por exemplo, o banho, a locomoção, o alimentar-se (COHEN et al., 2011).

Diante disso, o cuidado não exime no ambiente hospitalar, mas fora dele, no contexto de relações dessa criança, seu ambiente domiciliar, uma vez que há estabilidade clínica. Por isso, o cuidado integral da criança com doenças crônicas terá implicações em minimizar a severidade dos eventos agudos, a exacerbações crônicas, a dor e o sofrimento e a sobrecarga familiar. Em contrapartida, maximizar o desenvolvimento funcional e cognitivo, o status funcional, o tempo fora do hospital, o tempo de tratamento domiciliar e o convívio escolar e comunitário, o que se espera em otimizar a saúde e a qualidade de vida (BERRY et al., 2013).

2.2 Problemática social da cardiopatia reumática

A via de correlatos sociais do cotidiano versus a doença, se instala pela perspectiva que toda doença ocasiona custos. Esses custos, se explicam sobre a vertente do cuidado e sobre a vertente financeira. No cuidado, compreende-se a dedicação da equipe profissional e dos familiares em prol da melhora do quadro clínico. A vertente financeira, equivale-se aos custos relacionados aos gastos incontrolláveis que são acarretados pelo processo da saúde/doença, no âmbito familiar e institucional (RODRIGUES et al. 2010).

No aspecto intervencionista, quando a doença se instala, o uso da penicilina será de forma sistemática e controladora de maneira que seja imprescindível o seu uso para proteção de futuras lesões em outras distintas infecções pelo agente causador da doença. Dessa maneira, o tratamento é discutido pela vertente do cuidado disponível à população com Doença Cardíaca Reumática (DCR) e quanto aos aspectos que influenciam a adesão ao tratamento (FIGUEIREDO, 2019).

Por essa problemática, compreende-se que a cardiopatia reumática é uma doença prevalente na infância, com preponderância na população de baixa renda, com dificuldade de acesso à saúde (NEPOMUCENO et al, 2019). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a saúde é um fator alarmante quando observada pela lente das desigualdades sociais, no que se refere ao acesso e às condições gerais de saúde e mortalidade (IBGE, 2021).

Pela ótica da doença cardíaca reumática, cita-se dentre todos os aspectos que influenciam a adesão, a desavença por meio financeiro, onde o tratamento se dissocia dentro da perspectiva da acessibilidade e dificulta as intervenções necessárias para impedir o curso da doença (CARVALHO, 2009).

A cardiopatia reumática por ser uma doença considerada mais frequente em populações pobres e que em sua maioria têm uma dificuldade aumentada de buscar serviços de saúde, torna-se cada vez mais um problema de saúde pública. Visto que, as pessoas adquirem problemas cardíacos graves a partir de uma infecção que poderia ser resolvida com o uso correto do antibiótico de referência. A prevalência da doença está entre a faixa etária de crianças e jovens adultos. A manifestação mais severa e irreversível da febre reumática é a cardiopatia reumática, que poderá ter desfecho na fase adulta deixando sequelas graves (SILVA, 2017).

A vulnerabilidade social, compreendida por Ayres et al. (2006), descreve que está correlacionado a suscetibilidade que determinadas pessoas ou grupos populacionais possuem de desenvolver problemas ou danos à saúde. Contemplando a magnitude do risco de ou a probabilidade equivalente de desenvolver determinada doença por fatores epidemiológicos que abrangem a problemática social, por ordem física ou psíquica. Integrando a problemática assistencial ou até mesmo disparidade geográfica que comprometem e apontam o risco aumentado de ter agravos de saúde.

Um estudo desenvolvido em uma área de pobreza do nordeste brasileiro, evidenciou que há uma prevalência de doenças crônicas não transmissíveis associado inteiramente a escolaridade, IMC, percepção de saúde, idade e faixa etária. Assim como uma morbidade crônica oriunda do processo de vulnerabilidade social, incluso no aspecto assistencial. Trazendo a correlação do acesso aos serviços de saúde e a dedicação as atividades oriundas à manutenção da vida que se compreende por todo o contexto prioritário para a sobrevivência da população em questão. Caracterizando a necessidade explícita de focar em atividades que envolvam a prevenção e promoção da saúde que alcance diferentes povos e classes sociais, englobando a necessidade ímpar e explícita que se torna um direito, a saúde integral. Compreende toda a vulnerabilidade e prevalência da doença em populações com condições financeiras precárias que envolvem aglomerações e hábitos de vida correlacionado à baixa procura ao serviço de saúde (MELO et al,2019).

Por todo contexto social que envolve a vulnerabilidade e a falta de assistência à saúde, compreende-se que a doença cardiopatia reumática é uma das principais causadoras de

complicações a nível cardiológico na infância, sendo definidora da diminuição da expectativa de vida da população afetada que, por sua vez, encara-se como o principal grupo social atingido de classes baixa e média. Outros fatores são determinantes e associados à doença como a pobreza e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, característica dos países com baixo poder socioeconômico. Os países subdesenvolvidos são a maioria no mundo, mantendo ainda uma prevalência de doenças de caráter infeccioso, ainda que aponte uma mudança no perfil das doenças que ainda são prevalentes, como a cardiopatia reumática (CRUZ et al, 2019).

2.3 Gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática

No âmbito hospitalar, sob a perspectiva do profissional enfermeiro, a gerência assume uma amplitude ímpar, abrangendo a gerência de pessoas, de equipes e de processos que se relacionam direta ou indiretamente ao ato de cuidar. As unidades de internação contam com um número significativo de diferentes profissionais. Nessa conjuntura, a equipe de enfermagem é quantitativamente maior, sendo necessário utilizar estratégias para desenvolver a gerência, dentre as quais, a comunicação, que tem relevância ao se revelar como forma estratégica para o exercício gerencial (SANTOS et al. 2011).

Pela ótica da comunicação, os enfermeiros gerentes, a desempenham como um instrumento fidedigno de trabalho, levando o engajamento e aproximação da equipe de enfermagem. A comunicação no serviço hospitalar necessita ser clara e objetiva, com o intuito de estabelecer dinamicidade e eficiência no ato de comunicar. O tipo de comunicação mais utilizado pelos enfermeiros é a comunicação escrita, com fins de registro e respaldo nas pendências tratadas verbalmente (CRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

A gerência do cuidado em contexto hospitalar é permeada por aspectos sociais que envolvem o ato de gerenciar nas diversas unidades. No que tange à gerência do cuidado a uma criança com cardiopatia reumática, é solicitado ao enfermeiro competências para gestão de pessoas e recursos materiais, como também habilidades relacionais e o conhecimento da doença.

A gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática envolve um conjunto de ações que visam satisfazer as necessidades de saúde da criança e de sua família. Essa gerência é possibilitada pelo processo de gerir, mas para que isso ocorra, a população alvo precisa ser conhecida, a simbologia por trás do cuidado precisa ser exposta para que ocorra a compreensão e a propensão de estratégias inovadoras para atender esse público (SANTOS, et al, 2018).

De acordo com Santos et al (2013) a gerência do cuidado se desenvolve a partir de oito ações, a saber: dimensionamento da equipe de enfermagem; liderança; planejamento da assistência de enfermagem; capacitação da equipe de enfermagem; gerenciamento de recursos materiais; supervisão; coordenação de promoção do cuidado; e avaliação das ações de enfermagem.

Em âmbito hospitalar, a gerência exercida pelos enfermeiros, demanda a organização de unidade, o planejamento da assistência, a supervisão de seus liderados e a gestão de materiais (AZEVEDO; SCARPARO; CHAVES, 2013). Por esse sentido, a gerência envolve lidar com pessoas e reverbera em ações de planejar, liderar e avaliar (PINHEIRO, 2009).

A gerência do cuidado deve priorizar o completo bem-estar do paciente. Entretanto, a literatura aponta que o enfermeiro enquanto gerente, busca atender as prioridades institucionais, profissionais e de cunho assistencial (WILLIG; LENARDT; TRENTINI, 2006); (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A definição de prioridades dentro da conjuntura gerencial define-se como uma das estratégias de planejamento, buscando atender as necessidades de cada indivíduo. Por essa conjuntura, o enfermeiro integra as dimensões assistenciais e gerenciais, que envolvem a articulação de diferentes aspectos que tratam da implementação de recursos disponíveis e necessários para aprimorar o processo de cuidado, construindo vínculo entre a equipe de trabalho, através da resolução e do conhecimento sobre a rotina de trabalho do setor (SANTOS et al. 2016).

Os enfermeiros assumem desafios gerenciais que direcionam ao arranjo voltado para as formulações de estratégias que beneficiem a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional, norteadas as ações e a futura tomada de decisão. Nessa conjuntura, o enfermeiro sendo o profissional que assume um contato direto com o paciente, toma conhecimento sobre as necessidades individuais dentro da perspectiva assistencial e gerencial, desenvolvendo e norteadas as ações em prol do bem-estar do paciente. O aprimoramento do gerenciamento de enfermagem perpassa por estruturas para aprimorar a assistência, por meio de estratégias qualitativas e quantitativas, pelo viés acadêmico e profissional (SILVA et al., 2017).

A prática do exercício profissional de enfermagem, pela esfera da gestão do cuidado, adota-se a terminologia da gerência. A gerência engloba a visão gerencial e assistencial, que caracteriza o trabalho do profissional enfermeiro em diversos campos de atuação. O termo gerência, estabelece funções aos enfermeiros gerentes, atribuindo as características necessárias para gerenciar. Nesse contexto, os enfermeiros que assumem a gerência desenvolvem diversas

estratégias para o aprimoramento profissional, para a provisão de recursos materiais e na didática gerencial com a equipe de enfermagem (SODER et al., 2020).

Capítulo III - ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.1 Abordagem teórica

O Interacionismo Simbólico (IS) surgiu na passagem entre o século XIX e XX. Nesse período, alguns autores começaram a contemplar os impactos gerados pela vida urbana e os vieses necessários a serem explorados no que se refere aos significados atribuídos por intermédio da simbologia. Devido ao estilo de vida causado pela industrialização nessa época, o estilo de vida da população sofreu algumas alterações que puderam ser compreendidos por essa vertente filosófica na visão de alguns sociólogos. Atualmente, é compreendido como uma corrente de pensamento que envolve inúmeras temáticas, referindo-se como o estudo dos indivíduos e dos comportamentos deles em sociedade (CORREA, 2017).

O primeiro teórico a tratar do Interacionismo Simbólico foi o Herbert Blumer (1900-1986) através de uma obra denominada como “Man and society (1937)”. Nesse texto, defendia que toda forma de comunicação é pautada pela simbologia que possui o intuito de transmitir algo. Herbert Blumer, era um estudioso aluno de George Herbert Mead, por quem tinha inspiração ao tratar do Interacionismo Simbólico (ENNES, 2013).

Alguns trabalhos sociológicos apontam as origens do Interacionismo Simbólico pautadas na psicologia social de Herbert Blumer (1900- 1987) e da concepção do comportamento coletivo das massas de George Herbert Mead (1863 - 1931), sociólogo norte americano. As ideias iniciais consistiam em entender os aspectos psíquicos que determinam a transmissão da simbologia, ancorada nos aspectos sociais, de acordo com o comportamento humano, seja ele individual ou coletivo (CORREA, 2017).

A intenção de análise utilizada por Mead, baseava-se em uma estratégia de ampliar a concepção da consciência, alcançando os significados que envolvem essa consciência por um viés dos valores atribuídos a esta. No IS a interpretação é envolta de significados distintos e particulares não estabelecidos que se constroem por meio de valores. Assim, todo ato possui uma intencionalidade, pondo em evidência a subjetividade e a intenção pela consciência (NUNES, 2013).

Blumer (1969), ao apresentar a natureza do Interacionismo Simbólico, ressalta suas três premissas básicas, quais sejam:

- Os seres humanos agem com relação às coisas com base nos significados que as coisas têm para eles;
- Os significados das coisas são derivados da interação social que os seres humanos estabelecem uns com os outros;

· Os significados são manipulados e modificados a partir de um processo interpretativo usado pelo ser humano ao lidar com as coisas que ele encontra.

A respeito da primeira premissa, compreende-se nos objetos físicos notados pelo ser humano, por diferentes categorias, como seres animados ou inanimados, como por exemplo: uma mesa, uma cadeira, um lápis, uma pessoa aleatória ou alguém familiar, uma escola ou um mercado, uma idéia ou uma situação específica. Tudo que foi citado pode portar de múltiplos significados que são atribuídos ao longo da vida do indivíduo (BLUMER, 1969).

Pela segunda premissa, compreende-se que toda e qualquer interação que o ser humano estabelece com o semelhante atribui significados, sendo estes derivados da trajetória do indivíduo e das interações que constrói ao longo da vida. Nessa segunda premissa, refere-se a fonte do significado, à lógica de quem a ele possui, do aspecto intrínseco e sendo uma parte natural do elo interpretativo (BLUMER, 1969).

Na terceira premissa, compreende-se que os significados não são estáticos, possui uma dinamicidade por meio das interações que vão sendo estabelecidas e de como o ser humano interpreta tal significado de acordo com a fase da vida. Por esse raciocínio, compreende-se que o processo dinâmico da vida, dispõe de muitos significados que vão sendo construídos e reciclados ao longo das vivências (BLUMER, 1969).

O processo interpretativo dos significados é de natureza psíquica, os elementos psicológicos descritos como sentimentos, coisas, memórias, atitudes, ocasiões, pessoas, são dominados pelo conjunto de pensamentos que refletem na originalidade dos significados. Os significados são representados de forma individual por cada ser humano, de acordo com as sensações que cada um representa envolvendo a cognição, a percepção, a repressão, transferência de sentimentos e associação de ideias (BLUMER, 1969).

A interação estabelecida entre os indivíduos resulta em uma contínua expressão de significados. Os significados das coisas, são expressos através da interação e da visão em que cada um associa à determinada coisa, levando a noção de que o interacionismo simbólico compreende os significados como produtos sociais criados pela interação em uma constância. O processo interpretativo dos significados conta com duas etapas: o primeiro o ator deve compreender de maneira individual o significado das coisas e apontar quais são os significados atribuídos por sua própria perspectiva. Nessa o ator interage consigo mesmo buscando as características sociais internalizadas. Na segunda perspectiva, todo o processo de auto-interação possibilita pensar, reagrupar, considerar, reagrupar, transformar, suspender e transformar as

características dos significados para refletir nas ações. Os significados são revisitados a cada projeção levando a uma evolução dos pensamentos e percepções (BLUMER, 1969).

Pela perspectiva do interacionismo simbólico, os significados assumem uma importância indescritível, sendo pautados pela consciência do saber e do identificar esses saberes, levando a compreensão de comportamentos humanos, das interações estabelecidas e das circunstâncias que os levam a admitir diversas posições. As atitudes dos seres humanos, de maneira geral, se concretizam através de uma bagagem histórica, dentro de um contexto familiar e cultural, que moldam de acordo com as experiências individuais de cada ser (DE OLIVEIRA; DE FREITAS ROSSI, 2019).

Os seres humanos dotam de distintas concepções sobre algo ou alguma coisa. Dentro do viés social, a conduta de cada indivíduo tomará como base os significados que essas “coisas” demonstram. As condutas surgem de acordo com toda a raiz social, familiar, cultural e religiosa, apontando múltiplas conexões. Ao compreender os significados no viés acadêmico, o objetivo visa a conhecer todo o contexto por trás das ações humanas, desenvolvendo um esquema analítico com base na riqueza desses significados (DE CARVALHO, 2011).

A simbologia é compreendida como o conjunto de aspectos simbólicos que a vida social impõe dentro do convívio, em que os seres humanos se adaptam para que leve a plena compreensão sobre tudo que envolve o viver em sociedade. O entendimento sobre a simbologia dentro do meio assistencial, torna-se necessário para identificar como o cuidado é oferecido pelos diferentes profissionais, ainda que dentro da mesma classe (UTZUMI, 2018).

O conhecimento adquirido na conjuntura acadêmica pode ser transpassado de forma proporcional a todos os profissionais, entretanto por meio de todo conhecimento previamente formulado que traz consigo a bagagem individual, a simbologia pode ser interpretada de maneira diferente em cada profissional. Sendo assim, o cuidado prestado molda-se por intermédio dessa interpretação única que cada profissional terá visto de histórias de cunho pessoal, social, acadêmico e religioso (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

Ao observar as três premissas anteriormente mencionadas, compreende-se que o interacionismo simbólico tem como base uma série de ideias básicas ou “imagens raiz” que representam a natureza humana pelos seguintes aspectos: interação social, grupos humanos ou sociedades, objetos de diferentes naturezas, o ser humano como ator social. Todos esses pontos demonstram a maneira como o interacionismo simbólico enxerga a sociedade agregado a conduta humana, entendendo que este não prevê a manipulação dos significados de acordo com a ação desempenhada pelo ser humano, mas entende que as três premissas permite a formação do esquema analítico para melhor compreensão dos significados (BLUMER, 1969).

3.2 Referencial Metodológico

O presente estudo foi baseado no referencial metodológico da *Grounded Theory* (GT), em português, Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Este método foi escolhido, por ser um dos métodos de estudo qualitativo mais utilizado no ramo da enfermagem, com potencial para oferecer um guia para melhor compreensão dos fenômenos de natureza social. Para além das questões que justificam entrelaçar os aspectos da enfermagem, explica-se pela ótica da compreensão social e das experiências dos enfermeiros na gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar, atendendo ao objeto e aos objetivos da pesquisa (GIRARDON-PERLINI; SIMON; LACERDA, 2020).

O método da TFD foi desenvolvido nos Estados Unidos, pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, como possível alternativa ao viés hipotético-dedutivo atribuído à pesquisa qualitativa naqueles tempos. Em 1967, foi lançada a primeira obra, intitulada “*The Discovery of Grounded Theory*”. Para época em questão, o estudo foi caracterizado como inovador pela proposta de desenvolvimento de teoria, por meio de dados obtidos através das experiências sociais das pessoas e não por meio de análise de teorias já existentes, portando algo inovador, por este nunca ter sido antes visto (TAROZZI, 2011; SANTOS, 2016).

O uso da TFD, segundo Andrews et al (2017), pode acontecer guiada pela abordagem clássica, straussiana ou construtivista. O objetivo principal ao utilizar o presente método de pesquisa qualitativa é identificar os padrões sociais, caracterizá-los e conceituá-los, obtendo como diferencial, a produção de uma teoria que se empenha em explicar os padrões das problemáticas encontradas e que atribuem relevância. A partir disso, a TFD fornece uma explicação teórica baseada na própria experiência dos sujeitos.

A coleta de dados na TFD acontece por muitas estratégias possíveis, visto que os dados mantêm um potencial para aproveitamento advindo de qualquer natureza (KOERICH et al., 2018). A entrevista foi a técnica de coleta de dados de escolha para este estudo, pela perspectiva de Corbin e Strauss (2015) obtém-se foco nos estudos na observação, entrevista e análise de documentos, filmes e vídeos.

A Teoria Fundamentada nos Dados não se inicia com teorias preconcebidas, nem tampouco com hipóteses previamente formuladas, pois deriva dos dados. Se a teoria deriva dos dados, dar-se-á melhor compreensão e guia para a prática, ao fornecer uma explicação teórica para os leitores por todos os questionamentos levantados nesses aspectos (DANTAS, 2009).

O processo de codificação da TFD, conta com perguntas que norteiam o processo de investigação, são estas: O quê? Para quem? Por quê? Para quem? Como? Nesse processo, se deve buscar para além da descrição óbvia de um fato, o motivo do ocorrido a partir da

experiência e interação de cada participante, descrevendo os sentimentos, os significados das relações, a trajetória, as adaptações e as experiências vivenciadas em um dado contexto social e familiar, não registrando somente o momento estático e pontual (SOARES et al., 2015).

A análise de dados acontece de maneira particular em cada uma das vertentes utilizadas na TFD. Pela vertente da abordagem clássica, straussiana e construtivista, cada subcategoria metodológica oferece um sistema de codificação e análise. A codificação é a fase em que os dados são separados e categorizados, possibilitando uma melhor organização, sendo este o primeiro passo para desenvolver a teoria. A análise e codificação dos dados dar-se-á por aspectos próprios de acordo com a influência filosófica a qual se amparou (ANDREWS et al., 2017).

O processo de codificação se diferencia sobre as diferentes perspectivas, Corbin e Strauss (2015), defendem que a teoria não se desdobrará pela vertente natural dos fatos, ao necessitar de ferramentas e técnicas para sua construção. Na perspectiva straussiana a abordagem do processo de codificação e análise dos dados é estruturada e sistemática, ocorrendo em três etapas: A codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. A codificação aberta é a primeira etapa do processo de análise, ocorrendo uma microanálise. A codificação axial é a segunda etapa, onde ocorre o reagrupamento dos dados. A terceira etapa, codificação seletiva, ocorre a integração e refinamento das categorias (KOERICH et al., 2018).

Na TFD straussiana, no produto final obtém-se um paradigma (modelo visual) com a busca e descrição do fenômeno central; condições; estratégias de ação e interação; consequências (SANTOS et al., 2016).

Independente da perspectiva teórica a TFD tem como objetivo principal a construção de uma teoria. A elaboração de uma teoria pelo método da TFD enseja como recursos a amostragem teórica, a análise comparativa, os memorandos e os diagramas. Entretanto, a base filosófica se diferencia sobre todos os demais aspectos em cada perspectiva teórica. A TFD straussiana utiliza a perspectiva teórica do pós-positivismo, pragmatismo e interacionismo simbólico (SOARES, et al., 2015). Strauss defende que os dados precisam ser fidedignos, dessa maneira a mente precisa estar aberta para associar os dados. (SOARES, et al., 2015).

Pelo artigo de Santos et al., (2016), compreende-se que a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) é um referencial metodológico muito utilizado no ramo da enfermagem, contendo três vertentes diferentes que contemplam características próprias. As vertentes apresentam especificidades que sustentam concepções e paradigmas epistemológicos individuais e que garantem o sucesso na produção de conhecimento, de acordo com a necessidade do pesquisador.

3.3 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e explicativo de abordagem qualitativa. A característica descritiva demonstra a intencionalidade da pesquisadora em descrever as virtudes de um fenômeno ou uma população. Por esse viés, se observa os fatos, os analisa e os interpreta. A perspectiva explicativa se refere à possibilidade de identificar os fatores que vão contribuir de alguma maneira para a propulsão do fenômeno em tela (RAUPP; BEUREN, 2006), por ocasião da elaboração da teoria.

A abordagem qualitativa, segundo Corbin e Strauss (2015), apresenta questões bastante particulares concernentes aos significados, motivos, crenças, aspirações, atitudes e valores que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis numéricas. A autora ressalta que esse tipo de abordagem exige do investigador abertura, flexibilidade, observação e interação com todos os envolvidos no processo. Assim, é uma abordagem pautada na subjetividade e na maneira relacional de uma realidade do cunho social e estratégico.

Nessa lógica, Falcade, et al. (2020) refere que a pesquisa com a linha qualitativa, abrange um grande leque de opções para a coleta de dados. Essas técnicas possuem o objetivo de proporcionar um maior aprofundamento de acordo com o contexto estudado, podendo contar com os percalços e dificuldades que podem surgir na implementação, buscando tratar os dados de maneira adequada e promover a análise desses, obtendo resultados.

3.4 Cenário

Os dados do presente estudo foram coletados no Instituto Nacional de Cardiologia (INC), no setor de internação infantil. O INC é em um hospital especializado no atendimento de pacientes com cardiopatia reumática e outras doenças cardiológicas, localizado no Rio de Janeiro. O hospital é referência em doenças cardíacas de alta complexidade, sendo o único hospital público do estado a realizar transplante de coração, onde encontram-se pacientes de diferentes faixas etárias, em diferentes níveis de tratamento. Os dados foram coletados na unidade de internação infantil, onde encontrou-se o público-alvo.

A unidade de internação infantil, especificamente no setor denominado como “Enfermaria do serviço de cardiologia da criança e do adolescente” localiza-se no quarto andar, conta com leitos ocupados com crianças com diferentes patologias cardiológicas, em condição de pré e pós cirúrgico e de internações devido ao tratamento prolongado. A unidade conta com 19 leitos de internação, com um quantitativo de 10 enfermeiros e 20 técnicos, organizados em escala de 12x60 ou diarista. Os enfermeiros, assim como os demais profissionais de saúde,

apresentam vínculo empregatício. Para os profissionais de saúde em regime não estatutário, os contratos de trabalho apresentam vigência de 06 meses a 02 anos.

O cenário de escolha defende valores de humanização, desenvolvimento e comprometimento. Sua missão consiste em promover a saúde cardiovascular, formar profissionais, desenvolver e disseminar conhecimentos e tecnologias para o desenvolvimento social e econômico do país; sua visão consiste em ser referência nacional em atenção cardiovascular, com excelência na assistência, ensino e pesquisa, desenvolvimento tecnológico e na gestão em saúde, ser centro de formulação de políticas para a prevenção e terapia cardiovascular no país; seus valores incluem a ética, qualidade, responsabilidade social, humanização e gestão participativa (INC, 2015).

3.5 Técnica de coleta de dados

A entrevista é uma técnica de coleta de dados utilizada com frequência nas pesquisas qualitativas, entretanto não se caracteriza como uma exclusividade desse tipo de abordagem (GASKELL, 2017). Além de oportunizar interações diferenciadas no momento da coleta de dados, a entrevista possibilita um alcance ampliado que propõe compartilhar experiências ímpares (MINAYO, 2017).

Alves et al (2017) abordam que existem alguns tipos de entrevistas, que se direcionam de acordo com a proposta do estudo. Neste estudo, utilizou-se a entrevista intensiva de forma semiestruturada. Esse tipo de entrevista é mais frequentemente utilizada em estudos que utilizam a TFD, havendo uma visibilidade maior sobre os pontos cruciais a serem investigados na pesquisa.

Segundo Falcade et al (2020), a entrevista semiestruturada com uma abordagem intensiva, visa buscar as respostas de maneira mais ampla, com as próprias palavras do entrevistado, trazendo um leque de oportunidades ímpares para contribuir com o estudo, ao elucidar as lacunas existentes dentro da fala pessoal, descrevendo situações e ocasiões relacionadas às questões abordadas.

A construção social, exerce grandes influências ao entrevistado, contribuindo para a construção do conhecimento condizente com a singularidade, que reflete as vivências e experiências ao longo da vida. Toda interação deve ser observada, seja por meio de percepções, ideias, expressões, palavras ou gestos, sem a imposição de valores ou julgamentos (MIGUEL, 2010).

Para coleta de dados, foi utilizado a entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas entre março e julho de 2023. Os encontros com os participantes aconteceram de

maneira individual, provendo toda a privacidade e confiabilidade necessária. No primeiro encontro com os participantes, foram esclarecidos os objetivos e a metodologia do estudo, assim como todas as dúvidas foram sanadas. As questões que foram esclarecidas condiziam de como iria ocorrer a pesquisa e sua aplicabilidade, assim como os benefícios e possíveis riscos atribuídos a estes participantes. Todas as abordagens éticas foram seguidas e previamente elucidadas. No ato da primeira abordagem, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado para obtenção da assinatura, assim como a pactuação dos melhores dias e horários, de acordo com a disponibilidade, para fazer a entrevista.

A entrevista foi conduzida mediante um roteiro semiestruturado composto de duas partes: a primeira diz respeito aos dados de caracterização dos participantes; a segunda parte corresponde às questões que versam sobre o objeto de estudo (APÊNDICE D). A entrevista foi gravada por meio de um gravador para posterior transcrição e análise.

Destaca-se que a coleta de dados somente foi iniciada, após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/HESFA/UFRJ, sob parecer de número 5.840.570 (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Cardiologia - INC, sob parecer de número 5.882.192 (ANEXO B).

3.6 Participantes do estudo

Na construção de uma teoria fundamentada em dados, a definição e a organização dos participantes em grupos amostrais, acontece por meio do recurso analítico da amostragem teórica, cujo objetivo consiste em buscar locais, pessoas e fatos que favoreçam o desenvolvimento dos conceitos construídos, a fim de tornar densas as categorias no tocante às suas propriedades e dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2015).

O estudo tem como participantes, enfermeiros que gerenciam o cuidado à criança com cardiopatia reumática na unidade de internação pediátrica. Considerando essa perspectiva gerencial de cuidados, foram acordados alguns critérios de inclusão e exclusão para aprimorar e gerenciar o grupo amostral. Esses critérios foram aplicados no momento de selecionar os participantes da pesquisa.

Os critérios de inclusão da pesquisa: enfermeiros que atuam na unidade de internação pediátrica, com mínimo de seis meses de experiência no cuidado à criança com cardiopatia reumática hospitalizada. A experiência de seis meses de atuação na unidade é necessária devido a necessidade de conhecer os desafios do processo gerencial à criança hospitalizada com cardiopatia reumática. Os critérios de exclusão: enfermeiros afastados do trabalho, em licença ou em férias no período da coleta de dados.

Sabe-se, porém, que a gerência do cuidado de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro que conta com o apoio de técnicos e auxiliares de enfermagem, especialmente no tocante ao desenvolvimento dos cuidados diretos à criança hospitalizada. Com base nessa assertiva, e apoiando-se no caráter dinâmico e flexível da TFD, possibilitado pelo recurso da amostragem teórica, foi possível a participação desse grupo nas etapas analíticas. Observou-se a necessidade de entrevistar técnicos de enfermagem, onde foi considerado os seguintes critérios de inclusão: técnicos de enfermagem que atuam na unidade de internação pediátrica, com mínimo de seis meses de experiência no cuidado à criança com cardiopatia reumática hospitalizada. Os critérios de exclusão foram: técnicos de enfermagem afastados do trabalho, em licença ou em férias no período da coleta de dados. A composição desse segundo grupo amostral foi fundamental para o adensamento teórico de conceitos, a saber: atuando em equipe, cuidado direto à criança com cardiopatia reumática.

O total de participantes foi 19. Compuseram o primeiro grupo amostral nove enfermeiros e o segundo grupo amostral contou com a participação de dez técnicos de enfermagem. Na pesquisa qualitativa, o alcance dos objetivos e a densidade teórica das categorias e subcategorias orientam o quantitativo de participantes (SILVA; CASTRO-SILVA; MOURA, 2018).

As entrevistas foram realizadas no primeiro momento, somente com os enfermeiros, de forma individual e sendo uma por cada ida ao hospital. A análise das entrevistas que foi feita com os enfermeiros demonstrou que esses profissionais vivenciam a gerência através de múltiplos aspectos, dentre esses, cita-se a interação que o enfermeiro estabelece com a equipe de enfermagem, com a equipe multiprofissional, com a criança e com a família. Essas interações são uma estratégia importante para promover uma maior proximidade e estabelecer uma relação que traga benefícios para a assistência da criança, propiciando assim uma melhor aceitação do cuidado prestado.

Conforme mencionado, durante a coleta de dados observou-se a necessidade de realizar as entrevistas com os técnicos de enfermagem, com a finalidade de compreender mais a fundo de que forma a gerência do cuidado de enfermagem era vivenciada. Por este raciocínio os seguintes questionamentos foram realizados: Como é a sua interação com o enfermeiro no cuidado à criança com cardiopatia reumática? Qual significado você atribui a sua interação com o enfermeiro no cuidado à criança com cardiopatia reumática?

Com o interesse em encontrar respostas aos questionamentos realizou-se as entrevistas com os técnicos de enfermagem, sendo possível compreender o envolvimento e participação na gerência do cuidado de enfermagem. O segundo grupo amostral foi composto de dez técnicos

de enfermagem, atendendo os critérios de inclusão e de exclusão definidos e descritos anteriormente no presente estudo. Enfatiza-se que o número de participantes nos dois grupos amostrais, foi definido a partir da saturação teórica dos dados, que ocorreu quando os novos dados coletados já não estavam alterando em consistência e densidade teórica os conceitos construídos (CORBIN; STRAUSS, 2015). Nessa perspectiva, compreende-se que após a realização de cada entrevista, a pesquisadora desenvolveu os memorandos mediante todo o processo de análise, com a finalidade de identificar especificações e variações teóricas nas categorias.

3.7 Caracterizando os participantes do estudo

Nas entrevistas dos enfermeiros e técnicos, algumas perguntas eram iguais e estabeleciam uma correlação. Como dados básicos para identificação e conhecimento dos participantes, foram investigadas as variáveis: sexo, tempo de formação, tempo de atuação na pediatria, tempo de atuação na instituição, tempo de experiência no cuidado à criança com cardiopatia reumática, regime de trabalho e qualificação profissional.

Todos os nove enfermeiros entrevistados eram do sexo feminino. Referindo-se ao tempo de formação, identificou-se o tempo mínimo de 12 anos e o máximo de 33 anos, com a média de 22,5 anos. O tempo de atuação na pediatria, variou entre 6 e 30 anos, com a média de 18 anos. O tempo de experiência no cuidado à criança com cardiopatia reumática, assim como o de vinculação profissional à instituição, variaram entre 2 e 30 anos, com a média de 16 anos. Sobre a qualificação profissional, quatro tem especialização em pediatria e neonatologia, três com especialização em terapia intensiva, dois com especialização em gestão e enfermagem do trabalho, dois com especialização em cardiologia e hemodinâmica, um com especialização em geriatria e um com especialização em urgência e emergência.

Os profissionais participantes do segundo grupo amostral são do sexo feminino e trabalham como plantonistas, sendo 6 no período diurno e 4 no período noturno. Em relação ao tempo de formação, identificou-se o mínimo de 6 anos e o máximo de 30 anos. Quanto ao tempo de atuação na pediatria, houve uma variação entre 2 e 27 anos. O tempo de experiência no cuidado à criança com cardiopatia reumática, variou entre 2 e 27 anos. Considerando o tempo de vinculação à instituição, identificou-se mínimo de 2 anos e o máximo de 27 anos.

3.8 Compreendendo a codificação dos dados

Todos os dados que foram obtidos por meio das entrevistas foram submetidos à análise. As etapas de codificação proposta por Corbin e Strauss (2015) foram rigorosamente

seguidas, sendo caracterizada como codificação: aberta, axial e integração. Com a finalidade de relacionar as categorias que foram geradas e integrar os conceitos, houve a intenção em utilizar o modelo paradigmático, tendo este como um recurso analítico. A perspectiva de Glaser (2011) e de Kate Charmaz (2009) não contemplam a forma supracitada de análise de dados.

A codificação aberta foi a primeira etapa analítica da codificação, onde as falas dos participantes puderam gerar dados que foram segmentados em partes distintas e, posteriormente, foram analisadas rigorosamente, com o intuito de achar alguma similaridade ou diferença com os demais dados obtidos (CORBIN; STRAUSS 2015). A codificação aberta foi feita através da análise de palavra por palavra, linha por linha das falas dos participantes (microanálise), sendo uma observação rigorosa e detalhada para gerar os códigos preliminares. Durante a transcrição da entrevista e análise de dados, não foi utilizado nenhum software para apoio. A pesquisadora realizou a análise de maneira manual e minuciosa. As palavras que os participantes verbalizavam e todo dado obtido foi utilizado para gerar os códigos preliminares (*codificação in-vivo*), resultando em uma maior fidedignidade aos dados.

No quadro 1, compreende-se o recorte do trabalho analítico que foi realizado com os dados de uma entrevista coletada, sendo a primeira fase do processo de codificação dos dados. Os dados brutos geraram códigos preliminares:

Quadro 01: Gerando os códigos preliminares

Dados brutos	Códigos preliminares
Primeiro é ter paciência, porque dor não é bom para ninguém. Ninguém gosta de sentir dor, uma dor contínua. Ela tem espaços mas é contínua, só em saber que a cada 21 dias vai estar mais próximo de tomar novamente a benzetacil [®] , a ansiedade bate e dói ainda mais. Ainda é pior quando adquire alguma infecção sabendo que ainda vai diminuir o intervalo, então essa criança tem medo até de pegar um resfriado. Coitada da criança, quando ela tem consciência de si, sabe que sempre vai sentir essa dor. Então ter paciência, carinho, se colocar no lugar do outro...	1.1.1. Revelando que o cuidado à criança hospitalizada com cardiopatia reumática requer paciência. 1.2.1. Dizendo que a dor não é boa para nenhuma criança; 1.3.1. Enfatizando que ninguém gosta de sentir dor; 1.4.1. Enfatizando que ninguém gosta de sentir dor contínua; 1.5.1. Dizendo que a dor da criança com cardiopatia reumática tem espaços mas é contínua; 1.6.1. Referindo que a cada 21 dias a criança com cardiopatia reumática toma benzetacil [®] ; 1.7.1. Percebendo a ansiedade e a dor da criança com cardiopatia reumática quando próxima da dose; 1.8.1. Referindo que há diminuição do intervalo entre as doses de benzetacil [®]

	<p>quando a criança com cardiopatia reumática apresenta infecção;</p> <p>1.9.1. Referindo que a criança com cardiopatia reumática tem medo de pegar um resfriado em razão da diminuição do intervalo das doses;</p> <p>1.10.1. Compadecendo-se com a criança com cardiopatia reumática;</p> <p>1.11.1. Dizendo que quando a criança tem consciência de si ela sempre vai sentir dor;</p> <p>1.12.1. Enfatizando a importância de ter paciência no cuidado à criança com cardiopatia reumática;</p> <p>1.13.1. Referindo a importância do carinho no cuidado à criança com cardiopatia reumática;</p> <p>1.14.1. Referindo a importância de se colocar no lugar da criança com cardiopatia reumática;</p>
--	--

A estratégia organizacional utilizada para o agrupamento dos dados foi por meio da disposição dos códigos preliminares organizados em ordem numérica crescente. A escolha por essa estratégia organizacional, possibilitou uma maior compreensão e facilidade na identificação das entrevistas. A coleta e análise de dados é extensa e exige uma organização do pesquisador. A presente estratégia possibilitou uma maior fidedignidade em toda a fase de análise e foi utilizada inicialmente por Sousa (2008) em sua Tese de Doutorado. Ao se referir a uma entrevista em específico, sabe-se que estará disposta em uma numeração crescente, com a numeração específica na ordem numérica do código preliminar e na página correspondente, trazendo uma agilidade e facilidade para identificar. Por este raciocínio, compreende-se que o código preliminar 1.10.1 significa que se refere a primeira entrevista, correspondendo ao décimo código preliminar, na primeira página da transcrição. A presente estratégia facilitou quando foi necessário visitar os dados para a construção da análise.

Os códigos preliminares são provisórios e fundamentados nos dados das entrevistas, servem para gerar os códigos conceituais. Com os códigos preliminares, a análise comparativa foi feita objetivando encontrar as similaridades e diferenças entre os códigos de mesma entrevista e de entrevistas diferentes, separando-os por categorias, originando os conceitos (códigos conceituais), apresentados por Corbin e Strauss (2015). Os códigos conceituais apresentam uma representação de um fato, objeto ou ação, que o pesquisador identifica como repetitivo e significativo entre os dados.

A etapa da codificação demandou de muita atenção e organização devido a grande quantidade de dados e a necessidade de compreender sobre cada palavra e cada significado expressado. Toda a conjuntura que envolve a análise foi pautada na minuciosa atenção para que os dados fossem manipulados de maneira adequada, entendendo os inúmeros códigos preliminares que foram produzidos.

Abaixo no quadro 2, representa-se o recorte do processo de análise realizado com os dados dos códigos preliminares agrupados gerando os códigos conceituais.

Quadro 02: Gerando os códigos conceituais

Códigos preliminares	Códigos conceituais provisórios
<p>1.1.2. Revelando que o cuidado à criança hospitalizada com cardiopatia reumática requer paciência.</p> <p>1.12.1. Enfatizando a importância de ter paciência no cuidado à criança com cardiopatia reumática;</p> <p>1.13.1. Referindo a importância do carinho no cuidado à criança com cardiopatia reumática;</p> <p>1.18.1. Permitindo que a criança com cardiopatia reumática chore nos cuidados;</p> <p>1.37.2. Dizendo que se desdobra para atender a necessidade do paciente.</p> <p>1.48.3. Dizendo que o cuidado à criança com cardiopatia reumática é necessário.</p> <p>1.49.3. Dizendo que o cuidado significa uma necessidade explícita para o bom funcionamento da saúde da criança com cardiopatia reumática.</p> <p>1.50.3. Referindo que o cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática é extremamente necessário.</p> <p>1.51.3. Referindo que pensa que o melhor a oferecer à criança com cardiopatia reumática seria brincar e acolher mas que entende que o cuidado é essencial.</p> <p>1.52.3. Referindo que cuidar é essencial e que administrar as medicações é cuidar.</p> <p>1.53.3. Referindo que o cuidado que pode oferecer é uma boa aplicação.</p> <p>1.54.3. Referindo que a boa aplicação é o cuidado que a criança com cardiopatia reumática precisa.</p>	<p>Cuidado direto à criança com cardiopatia reumática</p>

A cada entrevista realizada, novos códigos preliminares eram gerados e analisados comparativamente com os demais códigos produzidos, permitindo a composição e o

desenvolvimento dos conceitos. Após a construção dos códigos conceituais, novamente realizou-se a análise comparativa dos dados por similaridades e diferenças, entendendo os significados revelados por estes códigos, surgindo então as subcategorias e categorias. A presente análise exigiu muito domínio, habilidades e conhecimento sobre todos os dados que foram gerados, com a finalidade de compreender as hipóteses geradas e todos os conceitos que remetiam aos significados. A compreensão foi essencial para identificar como os dados conversavam e de que forma poderia assumir uma similaridade pelo viés geral e específico, onde tamanho movimento remetia ao adensamento teórico dos conceitos construídos e a necessidade de explorar mais os conceitos.

A partir desse movimento analítico, vislumbrou-se a construção de conceitos abstratos e mais precisos, gerando as subcategorias e categorias que representam toda a ideia expressada nos códigos.

As subcategorias são a expressão de um conjunto de códigos conceituais, a subcategoria pertence à uma categoria em específico a qual representa toda a informação expressada. As categorias são conceitos que surgem dos dados e atribuem uma representação dos fenômenos que remetem às ideias centrais nos dados concebidos como conceitos (STARUSS; CORBIN, 2015).

O quadro 3 corresponde ao agrupamento dos códigos conceituais e no resultado deste, sendo as subcategorias e categorias. As subcategorias e categorias emergiram de dois grupos amostrais, descritos como os enfermeiros e técnicos de enfermagem. Abaixo o quadro representa essa etapa analítica.

Quadro 03: Gerando subcategorias e categorias

Códigos conceituais	Subcategorias	Categorias
Cuidado direto à criança com cardiopatia reumática	Cuidado direto à criança com cardiopatia reumática	Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática
A criança anticoagulada, os cuidados necessários e as orientações		
O adolescente colaborando no cuidado		
Sugerindo novas ideias terapêuticas para o cuidado das crianças hospitalizadas		
Caracterizando o cuidado à criança com cardiopatia reumática na unidade de internação infantil		

<p>A construção do cuidado à criança com cardiopatia reumática</p> <p>Significados atribuídos ao cuidado à criança com cardiopatia reumática</p> <p>Valorizando a singularidade da criança</p> <p>Buscando o bem-estar da criança hospitalizada com cardiopatia reumática</p> <p>Enfatizando que o cuidado não é específico para a cardiopatia reumática</p> <p>Cuidado de enfermagem específico à criança com cardiopatia reumática</p>		
<p>Cuidado de enfermagem indireto</p> <p>Significados atribuídos à gerência do cuidado da criança com cardiopatia reumática</p> <p>O trabalho burocrático da enfermagem e a perda de contato com as crianças</p>	<p>Cuidado indireto à criança com cardiopatia reumática</p>	
<p>Cuidado familiar à criança com cardiopatia reumática desempenhado em casa</p> <p>Comparação do cuidado desempenhado no hospital e em casa</p> <p>A compreensão sobre os cuidados pela família da criança hospitalizada</p> <p>Julgamentos a respeito da criança com cardiopatia reumática e família</p> <p>Autocuidado e a cardiopatia reumática</p> <p>Os responsáveis das crianças com cardiopatia reumática e a problemática do cuidado</p>	<p>Promovendo o autocuidado e o cuidado familiar</p>	

<p>Incentivando o cuidado da família da criança com cardiopatia reumática</p> <p>Estratégias para facilitar a compreensão das crianças e famílias acerca do cuidado</p> <p>A família colaborando no cuidado</p> <p>Comparação do cuidado desempenhado no hospital e em casa</p> <p>A construção do cuidado à criança com cardiopatia reumática</p>		
--	--	--

A construção das categorias possibilitou a análise de suas propriedades e dimensões contando com atributos gerais e específicos que contribuem para revelar os significados.

As etapas ocorreram de maneira simultânea, a partir do momento em que as categorias e subcategorias estavam construídas. A etapa de codificação axial aconteceu, momento em que as categorias e subcategorias são relacionadas entre si, a fim de observar suas relações e conexões. Nesta etapa foi necessário que o pesquisador utilizasse as categorias construídas para relacioná-las as suas subcategorias, visando gerar explicações, ideais precisas e mais completas sobre o fenômeno, assim como suas propriedades e dimensões. O processo das codificações aberta e axial não são sequenciais (CORBIN; STRAUSS, 2015), estas relacionam-se às ideias de desenvolvimento de conceitos, demandando um constante movimento de retorno aos dados brutos.

O Paradigma/Modelo Paradigmático foi um recurso analítico utilizado com o objetivo de organizar e sistematizar dando uma integralização de toda a estrutura dos dados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Segundo Cobin e Strauss (2015) o paradigma é composto por três elementos, a saber: condições, estratégias de ação e interação e consequências.

- Condições: Razões dadas pelos informantes para o acontecimento de determinado fato, bem como explicações sobre os motivos pelos quais respondem de uma dada maneira a uma ação.
- Estratégias de ação e interação: Resposta expressa pelos participantes aos eventos ou a situações problemáticas.
- Consequências: Referem-se aos resultados previstos ou reais das ações e interações.

A integração das categorias favoreceu o surgimento da categoria central do estudo, interpretada como uma categoria que representa o conceito que organizar o viés da pesquisa dita como a ideia conceitual. Compreendida como a categoria chave, sendo esta a mais potencialmente analítica, densa, saturada. A categoria central surge da lista de categorias já elaboradas, ou pode ser criada a partir da análise das ideias e como essas se comportaram ao longo de todo o estudo.

Para fazer a sua criação é necessário tempo, conhecimento, sensibilidade, imersão nos dados, indução, dedução. Após elaborar a categoria central do estudo, a etapa seguinte foi de integração, na qual houve o objetivo consiste em refinar a matriz teórica construída. Assim como Corbin e Strauss (2015) revela, o ato de refinar a teoria direciona-se a estimular o desenvolvimento das categorias mal desenvolvidas e remover o excesso de ideias mal formuladas ou pouco necessária, restando somente as ideias primordiais para a pesquisa.

Por meio dessa análise minuciosa, observou-se que algumas circunstâncias careciam de um aprofundamento teórico e algumas ideias foram removidas por não apresentar uma sustentação e um bom desenvolvimento no que se refere à densidade de dados. Realizou-se o processo de realocação e organização das subcategorias para alcançar a coerência do trabalho proposto.

Enfatiza-se que em todas as etapas analíticas a pesquisadora desenvolveu memorandos que propiciaram uma melhor compreensão de todo o processo e dos conceitos que precisavam ser mais aprimorados. A seguir um exemplo de um memorando construído durante a fase de análise:

Memorando

Data: 06/03/2023

A gerência do cuidado de enfermagem

O enfermeiro enquanto gerente da equipe de enfermagem e do cuidado, desenvolve habilidades ímpares e necessárias para o desempenho da equipe e o aprimoramento do cuidado prestado ao paciente. Durante a entrevista, fica evidente que em alguns pontos a profissional aponta aspectos gerenciais, estes que são justificados em supervisão da equipe técnica e dos enfermeiros novos no setor.

Levo ao raciocínio que o enfermeiro envolto por toda a problemática do gerenciamento deve ser periodicamente treinado e estar atento aos questionamentos dos pacientes, esses em sua maioria devem ser priorizados, entendendo que o paciente é o termômetro para saber como esse cuidado está sendo ofertado.

Por essa linguagem, compreendo que a gerência do cuidado de enfermagem desenvolvida no setor de internação infantil conta com um grau de complexidade, devendo toda a equipe estar atenta aos pontos que devem ser destacados nesse processo. A forma com que o cuidado é prestado influencia diretamente no tratamento da criança hospitalizada, apontando necessidade de conhecimento a respeito da doença e como ela se desenvolve em cada criança em particular.

Dentro da ótica de uma doença crônica, a orientação é algo primordial que em muitos casos pode contribuir para o agravamento de algumas situações, sendo dever do enfermeiro ser um educador em saúde. Por esses e outros aspectos, questiono-me sobre: Quais estratégias gerenciais são desenvolvidas pelo profissional enfermeiro em prol ao desempenho da educação em saúde para a equipe de enfermagem?; De que maneira o enfermeiro consegue captar quais são as necessidades ímpares do paciente no processo do cuidado? ; Como a equipe de enfermagem aprimora o cuidado frente a problemática de cada caso?

Do processo analítico dos dados, é possível contabilizar os seguintes resultados:

- Δ Entrevistas: 19
- Δ Códigos preliminares: 2.690
- Δ Códigos conceituais: 157
- Δ Subcategorias: 13
- Δ Categorias: 04

A matriz teórica sobre a gerência do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática foi construída com base na Grounded Theory e nos conceitos do interacionismo simbólico.

3.9 Aspectos éticos

Em respeito aos aspectos éticos da pesquisa, a fase de coleta de dados iniciou somente com a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição co-participante (Instituto Nacional de Cardiologia – INC).

Aos participantes, foram solicitados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e, em respeito a resolução 510/16, em seu artigo 9º, foram obedecidos as seguintes diretivas: “ I - ser informado sobre a pesquisa; II - desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; III - ter sua privacidade respeitada; IV – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais; V – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública; VI – ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VII – o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.”

Dentre outros direitos que tratam a resolução, de igual maneira, na resolução 410/12, em seu parágrafo III, que trata da etnicidade da pesquisa, dentro dessa perspectiva, vale citar este parágrafo da resolução acima “III.1 - A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.”

Nesses parágrafos citados e nos demais que compõem as resoluções 466/12 e a 510/16, as diretivas serão fidedignamente seguidas, respeitando todos os preceitos e trazendo dignidade ao presente estudo científico. Todos os participantes do estudo foram informados sobre seus direitos enquanto atuantes na pesquisa, o direito de negar-se a responder algum questionamento e de desistir de participar da pesquisa, assim como os riscos atribuídos ao ato da pesquisa e da confidencialidade dos dados.

Capítulo IV - RESULTADOS

A coleta de dados aconteceu com 19 participantes, sendo 9 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem. Para caracterização das falas, adotou-se a letra (E) para identificar as narrativas dos enfermeiros e (TC) as narrativas dos técnicos de enfermagem, seguidos de números que representam a ordem das entrevistas.

A partir de análise de dados, apresenta-se como resultado deste estudo, 13 subcategorias e 5 categorias, que por meio de suas relações, favorecem a compreensão da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática. Abaixo, observa-se um quadro com as subcategorias e categorias:

Categorias	Subcategorias
Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado direto à criança com cardiopatia reumática • Cuidado indireto à criança com cardiopatia reumática • Promovendo o autocuidado e o cuidado familiar
Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática	<ul style="list-style-type: none"> • Simbolizando a hospitalização da criança com cardiopatia reumática • Descrevendo o tratamento da criança com cardiopatia reumática • Revelando aspectos sociais, financeiros, físicos e psíquicos da criança e família
Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Atuando em equipe • Interagindo com a criança • Interagindo com a família da criança
Apresentando as condições intervenientes a gerência do cuidado de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Revelando os aspectos que dificultam a gerência do cuidado • Elencando os aspectos que facilitam a gerência do cuidado

Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família	<ul style="list-style-type: none"> • Refletindo sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem • Apresentando possibilidades de avanços no gerenciamento do cuidado de enfermagem
--	---

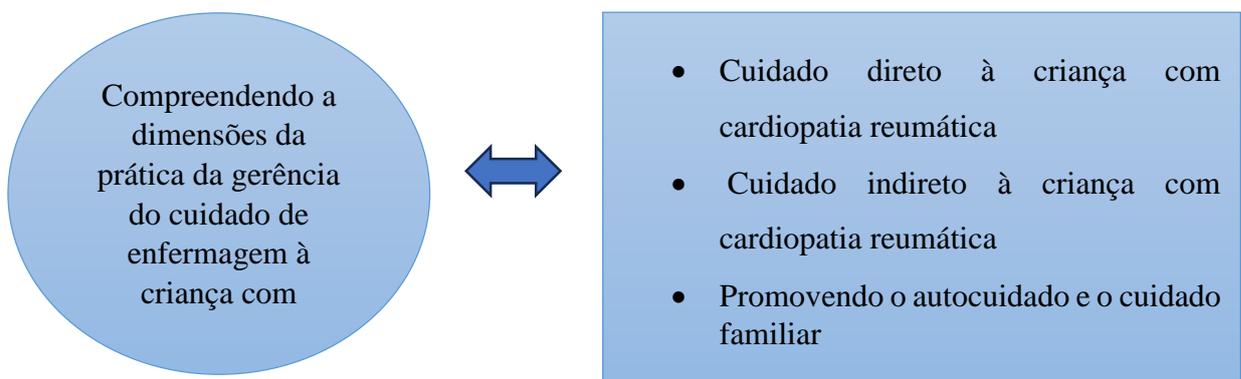
4.1 Categoria: Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática

Nesta categoria é possível compreender como as interações simbólicas subsidiam a prática da gerência do cuidado de enfermagem, a qual é realizada em diversas situações, por meio do cuidado direto e indireto desempenhado à criança com cardiopatia reumática e sua família, envolvendo a promoção do autocuidado e do cuidado familiar.

A categoria em questão, apresenta 3 subcategorias dispostas a seguir: *Cuidado direto à criança com cardiopatia reumática; Cuidado indireto à criança com cardiopatia reumática; Promovendo o autocuidado e o cuidado familiar.*

O delineamento das subcategorias dispostas na categoria em tela se deu pelo raciocínio de que a gerência do cuidado de enfermagem não se restringe às ações burocráticas, mas envolve relações simbólicas de cuidado direto e a promoção do autocuidado e do cuidado familiar.

Diagrama 01: Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem



A subcategoria “*Cuidado direto à criança com cardiopatia reumática*” refere-se ao cuidado direto desempenhado à criança com cardiopatia reumática pelos enfermeiros e técnicos

de enfermagem. Nessa conjuntura, foi narrado que o cuidado direto se concretiza a partir de um conjunto de ações de assistência de enfermagem às crianças, conforme a sua necessidade.

As ações de assistência de enfermagem à criança com cardiopatia reumática hospitalizada direcionam-se a assistir à criança em toda a conjuntura assistencial, englobando os cuidados desenvolvidos de maneira direta até os cuidados que se referem às orientações e acolhimento à criança e sua família.

Nessa conjuntura, os cuidados desenvolvidos de maneira direta à criança hospitalizada com cardiopatia reumática são desenvolvidos pelo enfermeiro e pelo técnico de enfermagem. Esses cuidados são exemplificados nas falas como cuidados desempenhados beira leito, com a finalidade de oferecer conforto e uma assistência individualizada à criança.

Sob essa lógica, os participantes revelaram que no que se refere aos cuidados desenvolvidos à criança com cardiopatia reumática hospitalizada e a sua família, realizam a aferição de sinais vitais, a administração de medicações, os cuidados de higiene, orientações, curativos, dentre outros.

O cuidado direto é o cuidado beira leito. É um cuidado que deixa as coisas de uma maneira bem clara, tirando as dúvidas quando necessário (E3)

O principal cuidado é a orientação para a família e a orientação para a criança, quanto à importância da vacinação, a importância do autocuidado, de procurar o médico sempre que necessário (E3)

As crianças da febre reumática têm cuidados com acesso, cirurgias, curativos e que temos que ficar atentos (E8)

Os cuidados de forma direta são aferição dos sinais vitais e administração de medicação (TC10)

Na verdade, são cuidados dados a todas as crianças aqui. Aferir sinais vitais, banho, higiene, sempre orientando aos cuidados de segurança (TC12)

Os significados atribuídos ao cuidar de uma criança hospitalizada à criança hospitalizada com cardiopatia reumática, envolvem aspectos que denotam uma conjuntura assistencial orientada pela perspectiva de como o profissional entende o cuidado que desempenha. As falas dispostas a seguir, versam sobre os significados atribuídos ao cuidado direto desempenhado pelos profissionais de enfermagem à criança com cardiopatia reumática e sua família.

Para mim, significa muita gratidão. É muito gratificante quando eu vejo aquele tratamento estar dando resultado, quando está tendo melhora, para mim é muito gratificante (E7)

Ver a criança passar por processos cirúrgicos e estar ao lado dela para oferecer apoio, tenho gratidão a isso (TC10)

Para mim, esse cuidado significa competência, comprometimento e resultado de capacitação (TC12)

Para mim cuidar de uma criança com cardiopatia reumática significa acolhimento, tentar fazer o melhor para ela. Acolhimento para mim é tudo. É tentar pegar para si, e dar um conforto (TC15)

A admissão da criança no setor de internação infantil envolve a participação do enfermeiro que aborda as questões necessárias, seguindo o protocolo institucional, para compreender os motivos que resultaram na internação e, assim, planejar os cuidados necessários à criança, conforme especificado nas falas abaixo:

Temos diversos protocolos que são seguidos. A admissão é feita pelo enfermeiro (E2)

Em primeiro momento, quando a criança é admitida no setor, a gente procura saber se a criança com cardiopatia reumática internada é caso cirúrgico ou não (E5)

Acho que primeiramente é preciso avaliar o contexto social, temos uma ficha de admissão dessa criança e, a partir disso, faremos o planejamento do cuidado (E6)

No âmbito da admissão hospitalar, a causa da internação da criança com cardiopatia reumática define os cuidados iniciais a receber da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional. A infecção e a necessidade de troca de válvula cardíaca são algumas das condições que determinam a internação da criança.

Elas chegam na internação em um quadro bem agudo, na maioria das vezes, é isso, dificilmente elas internam para a cirurgia, geralmente é preciso tratar a infecção primeiro para que depois opere (E4)

Mas, em muitos casos, essas crianças internam com ICC, com uma infecção de válvula, então em muitas vezes, elas vêm com miocardiopatias, endocardite reumática, tendo que fazer todo o tratamento para endocardite, em internações prolongadas, com esquema de antibiótico que pegam dois ou três antibióticos (E4)

Temos caso de umas crianças que voltaram com essa questão da válvula biológica para fazer troca e antibiótico (E6)

A gerência do cuidado de enfermagem se alastra sob circunstâncias que envolvem a família, entendendo que a família recebe a assistência e o acolhimento prestado pela equipe de enfermagem no período de internação.

É um trabalho diário, todos os dias temos que trabalhar com essa criança hospitalizada e família (E3)

Você não acolhe só a criança, você ainda acolhe os pais, geralmente a mãe, você acolhe a mãe também, você faz um acolhimento total (TC15)

A orientação e direcionamento da família para o cuidado à criança, no âmbito do cuidado direto, é importante para que o familiar tenha domínio no desempenho dos cuidados no ambiente domiciliar. Por esse raciocínio, compreende-se que o momento pré alta é de extrema importância, por ser um momento em que a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional realizam todas as orientações necessárias.

Deixamos sempre bem esclarecida a mãe, todos os cuidados para realizar em casa, até a comida que pode preparar (E1)

Temos toda orientação pré alta, com a equipe multiprofissional. A nutrição participa bastante orientando, manda a quantidade exata, controlamos o peso, a fralda, anotamos tudo. Quando vai para casa, acaba fugindo do controle, mas temos a orientação pré alta. Digo nos mínimos detalhes, porque assim não adianta, é pra vida (E2)

A nutricionista orienta, tem uma dieta estruturada. Porque a ideia é que não pode comer mais nada verde escuro, mas na verdade não pode dar muito e nem pouco. Orientamos o horário da medicação, das refeições (E6)

Fazemos as orientações sobre o curativo e as medicações para que volte para casa seguro (E7)

Os cuidados com a terapia medicamentosa a base de antibiótico é um dos cuidados de enfermagem desenvolvido à criança hospitalizada com cardiopatia reumática. Dada a sua condição crônica, essa criança recebe alta com essa demanda de cuidado, a qual passa ser um foco da equipe de enfermagem nas orientações junto aos familiares.

Normalmente a criança vai para casa com a prescrição da benzetacil[®], com medicação que obrigatoriamente precisa fazer acompanhamento ambulatorial. Por causa da medicação, tem que tomar benzetacil[®] de 21 a 21 dias (E4)

Tem que orientar quanto a medicação, no acompanhamento ambulatorial, sobre os sinais e sintomas de disfunção cardíaca, os sinais de insuficiência cardíaca, também com relação a conhecer os sintomas da insuficiência cardíaca, cansaço, edema. São muitos cuidados, aqui são todos orientados no momento da alta (E4)

Para ajudar as famílias na compreensão a respeito da terapia medicamentosa, a equipe de enfermagem utiliza estratégias que facilitam essa compreensão, como desenhos nas caixas de medicamentos ou cores para diferenciá-los. Nessa conjuntura, ressalta-se que muitos responsáveis apresentam dificuldades para compreender e conseguir cumprir a terapia medicamentosa da criança com cardiopatia reumática:

Essas crianças saem daqui com uma lista intensa para fazer em casa, muita medicação, chegando em casa não entendem. Embora sejam muito bem orientados, aqui temos que colocar cor na prescrição e na medicação, ou uma lua ou um sol, para que identifique qual é a medicação (E4)

Algumas mães ficam bem preocupadas nesse sentido de não saber fazer. A condição socioeconômica conta muito porque tem mães que não sabem nem ler. Temos que fazer desenho, colorir para sinalizar, isso dificulta muito (E5)

Já fazemos treinamento com a seringa, já pegamos a prescrição e desenhamos para facilitar. Esclarecemos onde ela pode pegar o remédio, onde é o ambulatório (E6)

O processo de alta hospitalar inclui orientações sobre a continuidade do tratamento na atenção primária, conforme exposto a seguir:

Em questão aos medicamentos que tem que fazer há sempre a referência. Sempre referenciando ele a um posto quando sair daqui, fixar isso na cabeça da mãe para que fique adepta ao tratamento [...] Não temos todos os endereços aqui, mas geralmente a assistente social informa em qual lugar ela pode dar continuidade no tratamento. Aqui é a nível Brasil, acabamos perdendo o contato, mas o ideal já era referenciar para um posto de saúde (E6)

Nas orientações para o cuidado domiciliar, nota-se que algumas famílias se sentem inseguras para realizar esse cuidado, conforme consta a seguir:

Algumas famílias ficam bem preocupadas e inseguras, de ter que levar para casa a criança com essa condição que necessita de muitos cuidados. Principalmente as crianças que vão anticoaguladas. Temos que orientar a alimentação também, sabendo que esse medicamento não pode ser ingerido junto com outros medicamentos, junto com alimentação (E5)

Conforme exposto abaixo, abraçar a causa é uma fala simbólica que revela a importância de a família aderir ao tratamento da criança com cardiopatia reumática para que sejam alcançados os resultados esperados. Por essa razão, a orientação ao familiar é uma ação de cuidado muito importante na gerência do cuidado de enfermagem.

Para tudo dar certo é necessário que a família entenda a causa e abrace, entendendo a importância disso tudo, um vegetal verde escuro, uma chicória, uma bortalha para um paciente anticoagulado faz diferença. Por mais que eu explique, se a família não abraçar a causa, de nada adianta (E2)

O processo de orientação aos familiares é ratificado pela assinatura do familiar em um documento institucional. A assinatura, significa que os familiares receberam e estão cientes de todas as orientações recebidas sobre os cuidados à criança com cardiopatia reumática.

Todas as orientações vão ser feitas. Existe um papel que é a orientação de alta que colhemos dados e entendemos até que momento essa família compreendeu. A família assina o papel de alta, atestando que entendeu tudo o que foi passado. Se a família não entender, nós explicamos várias vezes até que compreenda (E3)

Aqui são todos orientados no momento da alta. Nós damos um papel que a mãe assina que recebeu as orientações da alta (E4)

No ato da alta, tem um papel que eles assinam afirmando ciência de tudo que foi explicado (E7)

A subcategoria “*Cuidado indireto à criança com cardiopatia reumática*” revela a concepção da gerência vislumbrada pelo cuidado indireto à criança e ao seu familiar, no qual a gerência do cuidado de enfermagem se concretiza por meio das práticas e estratégias características da gestão de pessoas, gestão de materiais e aspectos funcionais do cuidado, aspectos esses que resultam em aprimoramento do cuidado que, por sua vez, alcança a criança hospitalizada.

O cuidado indireto na gerência do cuidado de enfermagem, elucida toda a área organizacional de maneira explícita e pontual. Gerenciar assume múltiplas características que envolvem o direcionamento, a organização, a produtividade e o dimensionamento da equipe, tratando-se não somente da equipe de enfermagem, como também os aspectos do ambiente de trabalho, os aspectos de cunho assistencial e material, os trâmites burocráticos que visam o bom funcionamento do setor e da rotina de trabalho.

As incumbências desenvolvidas pelo profissional enfermeiro enquanto gerente do cuidado são afirmadas nas falas a seguir:

Acho que os órgãos maiores precisam entender que o enfermeiro possui habilidades de ensinar e treinar (E1)

Tentamos sempre avaliar e orientar as técnicas de enfermagem para determinados cuidados (E2)

Você diz enfermeiro, eu digo líder de equipe, o enfermeiro lidera a equipe de enfermagem (TC15)

O cuidado indireto à criança com cardiopatia reumática é vivenciado de igual maneira, através do dimensionamento da equipe de enfermagem, no qual o enfermeiro enquanto gerente do cuidado de enfermagem, desempenha estratégias de cunho gerencial para organizar o trabalho em equipe e disponibilizar uma assistência adequada. Essas estratégias interferem diretamente no cuidado prestado. A gerência do cuidado de enfermagem, envolve identificar as dificuldades da equipe, realizar treinamento, supervisionar a equipe e planejar o cuidado de forma específica à cada criança hospitalizada.

Preciso saber se a prática está correta e gerenciar essa questão do saber e treinar esses profissionais (E1)

Tem muitos adolescentes reumáticos aqui, mas eu divido a equipe de acordo com a afinidade por faixa etária, atendemos aqui de zero até dezoito anos. Na hora de dividir a equipe, quem prefere adolescentes e quem prefere os bebês (E2)

Na parte dos sinais vitais, quem faz mais são os técnicos, eu fico mais fiscalizando para ver se estão fazendo os sinais vitais e acompanhando. Eu busco ver também as prescrições para ver se as medicações estão sendo feitas nos horários corretos [...] Gerencio o cuidado através da fiscalização dos técnicos que cuidam (E7)

No cuidado indireto, o planejamento do cuidado envolve identificar as reais necessidades da criança com cardiopatia reumática para posterior delegação e supervisão dos cuidados de enfermagem desenvolvidos pelos técnicos de enfermagem. Nesse sentido, os protocolos institucionais surgem como ferramentas que norteiam o planejamento do cuidado, conforme exposto a seguir:

Tentamos sempre avaliar e orientar as meninas (técnicas de enfermagem) para determinados cuidados. Exemplo, se existe uma criança com uma condição que fez insuficiência cardíaca decorrente da doença, que apresente restrição hídrica, pedimos para os técnicos ficar atentos sobre a aferição de PA (hipertensão ou hipotensão), balanço hídrico (pesar as fraldas), orientamos as mães também. De acordo com cada necessidade, vamos orientar a equipe de enfermagem e cada caso é um caso [...] têm crianças que estão em ajuste de medicação, sei que vai interferir na pressão, então eu vou dizer que essa determinada criança vai precisar que verifique a PA mais vezes. Então, vou determinar aos técnicos: Essa criança vai precisar que verifique duas ou três vezes a pressão arterial no plantão (E2)

Gerencio orientando todos andar no mesmo sentido e falar a mesma língua. Como gestão temos os POPS, não específico para cuidar da criança reumática, mas seria interessante fazer para cada patologia (E6)

Na conjuntura do cuidado indireto de enfermagem, a realização de treinamento com os técnicos de enfermagem, como também com os próprios enfermeiros, é uma ação necessária para um cuidado adequado à criança. Isso envolve não somente os profissionais de enfermagem efetivos, servidores do ministério da saúde, como também os profissionais contratados.

Aqui recebemos profissionais do ministério da saúde, mas também recebemos pessoas de contratos, então isso foge um pouco do controle, mas preciso saber se a prática está correta e gerenciar essa questão do saber e treinar esses profissionais [...] orientar não somente os técnicos de enfermagem, mas os enfermeiros também. Muitos enfermeiros precisam de orientação também, até se for novo no setor, não é só o técnico que precisa de orientação. Todos nós precisamos de orientação, apesar de ser mais antiga aqui, eu aceito orientações, para que essa prática se empregue de forma boa lá no final e quem vai receber esse cuidado será o paciente (E1)

A organização das enfermarias no setor de internação infantil é feita pela enfermeira chefe da equipe de enfermagem que prioriza manter as crianças com mesma idade nas mesmas enfermarias. A organização do setor, é uma ação no âmbito da gerência do cuidado de enfermagem, o qual visa priorizar o bem-estar da criança e da família que passam pelo processo da hospitalização.

Tentamos agrupar por idade as enfermarias, mas não funciona porque a demanda é muito grande. Então as vezes fica um RN (recém-nascido) com um escolar e o RN (recém-nascido) chora o tempo todo, acorda de madrugada (E2)

Aqui eu acredito que não tenho muitas dificuldades, porque eu trabalho aqui é muito bem organizado. E a própria, a nossa coordenadora, se esforça para manter nosso setor o mais organizado possível, então acaba que fica um bom trabalho, um trabalho seguro (TC13)

A gerência do cuidado, em sua dimensão do cuidado direto, requer do enfermeiro um planejamento para que a criança e a família continuem no tratamento. Para tanto, a articulação com outros profissionais e setores, como também a telemedicina são estratégias que revelam o esforço profissional para estimular a permanência do binômio no tratamento.

A orientação e a conscientização são minhas estratégias gerenciais para cuidar da criança com cardiopatia reumática [...] a primeira coisa é conscientizar essa mãe e essa família [...] agora a estratégia gerencial fora da internação é estimular o contato com a

clínica da família, o serviço social e o Pad (Programa de Atenção Domiciliar) da área. Fazemos o serviço de referência e contra referência [...] no momento do ambulatório, a partir do momento em que a criança e família não vem a consulta, chamaremos o serviço social, envolvendo psicologia, conselho tutelar, envolvendo o Pad (Programa de Atenção Domiciliar) da região dessa família (E3)

Fazemos uma telemedicina, isso colabora com a criança para que tenha comprometimento, pelo esforço que fizemos para dar certo (E6)

Na gerência do cuidado de enfermagem, o familiar é também uma unidade de cuidado. Prova disso, é que no âmbito do planejamento do cuidado, o enfermeiro lança mão de estratégias a fim de oferecer ao familiar/acompanhante o descanso e o convívio com os demais membros de sua família.

Vejo também se não tem outro familiar para revezar para ver esse filho. Às vezes, a mãe precisa ir em casa ver os outros filhos, resolver problemas de maneira geral (E2)

Tem mães que não tem rendição, ficam anos aqui com os filhos, precisando de alguém para revezar (E7)

Apesar de o enfermeiro ser o responsável pela gerência do cuidado de enfermagem, nota-se que sua atuação se concentra mais nas questões burocráticas, cuidado indireto, que na assistência, cuidado direto, junto à criança com cardiopatia reumática e sua família, fato que gera crítica por parte de alguns profissionais.

Essa questão burocrática acaba tirando o enfermeiro de onde ele deveria estar, do leito, ficando sobrecarregado e cansado com vários papéis. É importante para a gestão, é importante para o hospital, mas tem que evoluir essa questão para cada vez mais papéis serem eficientes a ponto de você não precisar fazer tantos. Todos esses papéis tem que ser condensados, alguma coisa que realmente não tira o tempo do enfermeiro (TC13)

Além de tomar conta da criança, preencher um papel é meio complicado. A parte burocrática você tira o olhar da criança e vai para o papel. O enfermeiro de nível superior diminui o tempo que ele fica com o paciente e aumenta com o papel (TC14)

A gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática hospitalizada também envolve um conjunto de ações que visam favorecer o cuidado familiar à criança, bem como oferecer condições para que a própria criança esteja envolvida no desenvolvimento do cuidado.

Nesse sentido, a subcategoria “*Valorizando o autocuidado e o cuidado familiar*” apresenta os significados que os participantes atribuem à promoção do autocuidado e do cuidado familiar à criança hospitalizada com cardiopatia reumática. Abaixo, seguem os trechos das narrativas que retratam esses significados.

Independente do paciente estar fazendo uso da benzetacil[®] de forma profilática, é preciso ter o seu autocuidado (E1)

O principal cuidado é a orientação para a família e a orientação para a criança. A orientação quanto a importância da vacinação, a importância do autocuidado, de procurar o médico sempre que necessário (E3)

Aqui incentivamos a mãe a participar dos cuidados para aprender e em casa saber fazer. Estimulamos o cuidado (TC14)

Fazemos uma telemedicina [...] mostramos para elas [mães] que elas são capazes [realizar cuidados], que isso é possível. Isso ajuda bastante (E6)

Para a promoção do autocuidado e do cuidado familiar à criança hospitalizada com cardiopatia reumática, os participantes da pesquisa recorrem às orientações como uma importante estratégia que visa a conscientização dos familiares e da criança sobre a doença, o tratamento e os cuidados em contexto domiciliar. Assim, a orientação profissional é uma ação imbuída de significados, conforme exposto a seguir:

A orientação faz a diferença, o modo em que damos a orientação, a capacitação também, porque nós da equipe precisamos saber o que estamos fazendo e por que (TC12)

Algumas vezes as crianças e a família chegam aqui sem nenhuma informação sobre o cuidado e sobre a doença, mas quando chega aqui tudo é informado [...] essa criança vai para casa provavelmente com uma válvula mecânica ou biológica, então precisa dos cuidados e de orientações (E4)

Principalmente as crianças que vão [para casa] anticoaguladas, temos que orientar a alimentação também, sabendo que esse medicamento não pode ser ingerido junto com outros medicamentos, junto com alimentação (E5)

A valorização e a promoção do autocuidado e do cuidado familiar junto à criança com cardiopatia reumática se configuram como ações necessárias na gerência do cuidado, haja vista que no retorno da criança ao seu ambiente domiciliar, quem executa os cuidados são os próprios familiares e a criança, essa última, quando possível. Quando esses cuidados não são realizados de forma adequada, ocorrem novas internações, conforme exposto a seguir:

As vezes, as mães têm muita dificuldade, tem vários filhos, cinco filhos em casa precisando de cuidados, eles ficam preocupados. É todo um trabalho aqui, se não cuidar dessa criança direito em casa será todo trabalho em vão [...] alguns reinternam por falta de cuidado mesmo, não tem uma boa higiene, uma boa alimentação, são coisas que não controlam (E5)

Muitos voltam para a internação com infecção na ferida operatória, não sei afirmar se é questão do fio ou cuidado em casa. Porque tem muitas mães que voltam aqui com o curativo sujo, reaproveitam o material do curativo, pedaço de pano. Então não tem como saber se é infecção hospitalar, ou se foi em casa (E7)

O retorno da criança à internação é devido à evolução da patologia, quando os cuidados não são bem realizados em casa, elas morrem (TC18)

4.2 Categoria: Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática

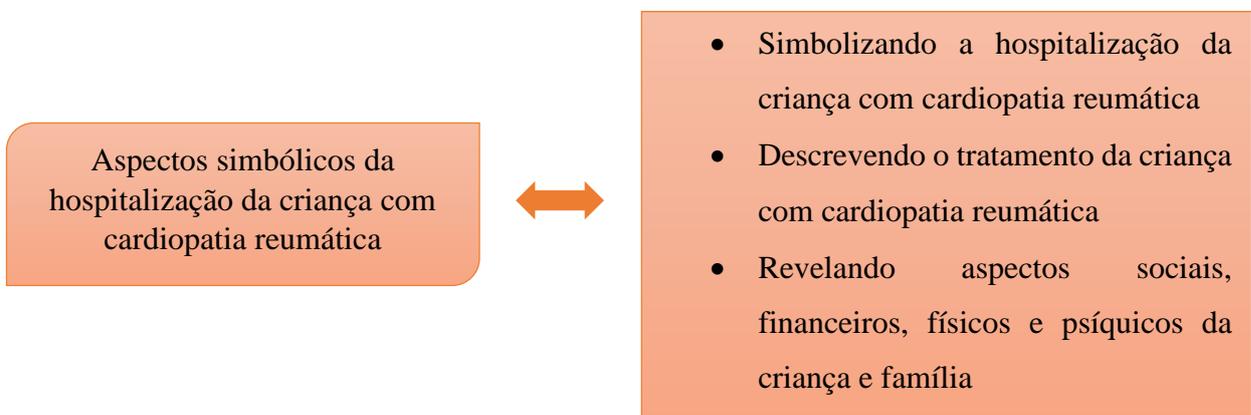
A categoria em questão apresenta os aspectos simbólicos que envolvem a hospitalização da criança com cardiopatia reumática em sua totalidade, por meio de suas três subcategorias descritas a seguir:

Na primeira subcategoria “Simbolizando a hospitalização da criança com cardiopatia reumática”, compreende-se a configuração de como o ambiente de internação é organizado e compreendido, revelando os aspectos de prevenção e diagnóstico da cardiopatia reumática e os fatos que geram dor e sofrimento à criança e sua família, enfatizando a simbologia que este agrega.

Na segunda subcategoria “Descrevendo o tratamento da criança com cardiopatia reumática” propõe-se a compreensão dos percalços que envolvem o tratamento, como a extensibilidade do tratamento e as múltiplas internações, as cirurgias, a terapia medicamentosa, as complicações secundárias. Assim como, a necessidade de conhecimento da doença e a educação em saúde que deve estar sempre presente ao longo do tratamento.

Na subcategoria “Revelando aspectos sociais, financeiros, físicos e psíquicos da criança e família” entende-se os aspectos sociais, financeiros, físicos e psíquicos que envolvem a criança e sua família no percurso de seu tratamento.

Diagrama 02: Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática



A primeira correlação a respeito da subcategoria “*Simbolizando a hospitalização da criança com cardiopatia reumática*” revela que alguns aspectos produzem dor e sofrimento à criança e sua família em diversos períodos vivenciados ao longo do tratamento, onde o curso da doença atrela-se ao sofrimento de estar envolto pela situação da hospitalização e as dores provenientes do tratamento.

A hospitalização é complexa. A criança encontra-se na fase de vida denominada infância, sendo privada de viver e desfrutar desse período. As adaptações acontecem em prol do tratamento e a família sofre ao vivenciar todo o processo de hospitalização, ao lidar com as perdas e ao ver o sofrimento da criança.

A mãe perder um filho, a mãe ver o filho no sofrimento, e não que não possa fazer nada, mas ela sabe que aquilo vai salvar, vai prolongar a vida do filho dela, então ela tem que deixar. Muitas vezes, gera sofrimento das coisas que a gente vai fazer, puncionar um acesso, inúmeras vezes, e a criança depender daquilo para poder fazer uma medicação (TC16)

Muitos já nascem e vem para cá sofrendo, os bebezinhos choram tanto, sem saber o que está acontecendo com eles. Vem para cá. É tão duro. Cada criança é uma criança, eu já vi muita coisa aqui, já vi muita criança sofrer aqui, de perder a infância aqui, eu choro, porque não posso fazer nada, tem coisas que não está no nosso alcance fazer (TC18)

A dor elucidada em muitas falas dos participantes revela a concepção de sofrimento atribuída em vários pontos da hospitalização e tratamento da criança. A dor é atribuída ao uso da benzetacil[®], às cirurgias, às intervenções realizadas e às dificuldades enfrentadas:

Tem uma medicação especial, a benzetacil[®] a cada 21 dias. Sempre coloco anestésico para amenizar a dor, faço compressa no local administrado após a aplicação. Dói bastante, me preocupo com isso pelo sofrimento ocasionado pela dor da benzetacil[®] (TC11)

Sempre que tem essa doença, a gente lembra dessa questão de que a criança, já vem sofrendo há muito tempo, é exposta a muita dor porque ela tem que tomar benzetacil[®] com frequência [...] Mas as crianças com febre reumática, além disso, vão ter que continuar ainda tomando medicação e sentindo essa dor por muito tempo. Elas vão acabar acostumando infelizmente, mas não deixa de ser um sofrimento para conviver por toda a vida e sendo inevitável (TC13)

Benzetacil[®], é uma medicação super dolorosa, quem já tomou, quem já aplicou, quem aplica é batata quente “agora você vai”, porque dói, tomo mundo já tomou benzetacil[®], e sabe que dói (TC16)

Esse negócio de válvula é um problema pra cardiopatia, eles perdem a válvula por conta da febre reumática, os bichinhos sofrem quando acontece isso aqui, porque tem a válvula biológica e a metálica. (TC18)

A benzetacil[®] é uma medicação que dói, dói na hora que administrar, dói após dois, três dias depois, nem sempre as crianças aqui tem o peso pra idade, normal pra idade, geralmente são baixo peso, são mais magras, tem a musculatura do glúteo pouco desenvolvida, e aí a gente vai ter que fazer com uma agulha calibrosa, porque a gente não pode entupir a medicação, tem que fazer com uma agulha calibrosa, e as vezes tem que até dividir a dose que ela tem que fazer não dá pra fazer em um glúteo só, então a gente divide, faz um pouco em um glúteo, e um pouco no outro glúteo, então é um processo sofrido, é um processo sofrido pra ela, e aí a gente sofre também, sofre junto, porque é uma coisa muito sofrida, a gente vê o paciente da gente sofrendo, a gente sofre junto (TC19)

A equipe de enfermagem e multiprofissional utilizam estratégias para amenizar a dor e sofrimento da criança e família ao lidar com a hospitalização e os percalços do tratamento. Entretanto, durante a hospitalização, os profissionais sofrem junto com a criança ao visualizar a dor e tentar poupá-la de tamanho sofrimento.

Aciono terapia ocupacional, para aqueles mais deprimidos, aciono a saúde mental. As vezes a mãe precisa e eu também aciono, na tentativa de amenizar tamanho sofrimento (E2)

É tentar pegar para si, e dar um conforto [...] então você que sabe um pouquinho mais, tem que trazer para si, e tentar levar menos sofrimento, tanto para aquela criança, quanto para a mãe (TC15)

Você trata a criança com carinho, com respeito, com empatia, porque já está em um sofrimento (TC17)

Então eles ficam bem, na medida do possível, nem todo hospital tem a estrutura que eles têm aqui não, hospital público, a comida é muito boa, a criança escolhe o que quer comer de acordo com o que a nutricionista pode dar, eles ficam pedindo que quer sanduíche, que quer pizza, ela podendo libera, bolo de aniversário, quando faz aniversário aqui a nutricionista faz bolo. Então assim, aqui o convívio é muito bom para essas crianças, para amenizar o sofrimento delas (TC18)

A gente sofre quando é para administrar um antibiótico, a gente empurra para cima do colega para ver se alguém administra no nosso lugar, porque eu sofro junto com a criança. Mas a gente cuida, e tenta cuidar do processo, como diz a colega, se colocar no lugar do outro (TC19)

A cardiopatia reumática, enquanto doença estabelece uma condição crônica de saúde que é possível ser evitada, isso porque quando a criança apresenta uma infecção ativa das vias aéreas superiores é possível prevenir que evolua à febre reumática e posterior cardiopatia reumática. Quando a doença já está instalada, é possível obter uma prevenção secundária à doença, trazendo aspectos intrínsecos do cuidado. Características essas que, por sua vez, revelam a necessidade de prevenção do agravamento da doença que se torna mais evidente na fase ambulatorial, no período de internação evidencia-se a necessidade de prevenção durante a estadia da criança no setor.

Estes e outros fatores provenientes da prevenção, são elucidados a seguir:

Começa lá no ambulatório, lá tem um plano de prevenção também. Aqui na parte da internação estamos cuidando o resultado que a doença causou, o que já desenvolveu da doença (E3)

É difícil isso porque é uma doença que é possível prevenir, com uma única aplicação de benzetacil[®] na fase do contágio (E4)

A gente é importante na prevenção, durante a estadia da criança aqui e depois também. Muitos a gente procura ter contato, eles têm contato com a gente quando sai daqui (TC16)

O diagnóstico tardio e a falta de informação da cardiopatia reumática são aspectos que permeiam a hospitalização da criança, atrapalham o bom prognóstico da doença, retardando o início do tratamento e trazendo consequências para a vida da criança. Por essa perspectiva elucidam-se as falas a seguir:

Geralmente a cardiopatia reumática acontece por volta dos 5 anos de idade, por uma infecção de garganta que não tratou e quando vem já vem como a cardiopatia reumática, uma endocardite. E aí, por essa endocardite fazendo todos os exames se descobre que o paciente teve uma febre há algum tempo e descobriu a cardiopatia, uma cardite reumática e acaba descobrindo que era

uma febre reumática. Teve há tempos atrás uma febre, uma dor de garganta intensa que não tratou com antibiótico. (E4)

Essa criança já se encontra mal diagnosticada no início, tem a falta de acesso ao tratamento, tem a falta de conhecimento do familiar, das possíveis consequências do não tratamento [...] eu acho que não tem o diagnóstico precoce para tratar, quando chega aqui e não tem o que fazer é bem pior(E6)

Eu percebi que muitas mães não têm noção da cardiopatia e do diagnóstico. Teve uma vez que uma mãe me perguntou " isso é igual bronquite?" (E7)

A subnotificação da cardiopatia reumática é um fator preocupante, como elucidado nas falas a seguir:

Sem acesso até mesmo a condições básicas de higiene, estaticamente perdemos muito para essa doença, sem ao menos saber, tem gente que não o mínimo de higiene, possivelmente ficam com a mão na terra, come até fezes, a gente não sabe qual a necessidade de informação. Nossa parte estatística é muito furada, essa doença é muito subnotificada, não sabemos o que ocorre, doença perigosa (E1)

Muito subnotificada, muitas vezes a cardiopatia reumática não é notificada. Porque como não tratou na infância com 5 anos, quando chega na adolescência já nem lembra mais que teve uma febre com 10 anos ou com 5 anos atrás porque muitas vezes demora, vem a febre e vem novamente, as vezes somente no terceiro surto da febre reumática que vem a cardiopatia, então a família nem lembra que teve a febre naquela época. É subnotificada, não é diagnosticada (E4)

A dinâmica de organização do trabalho no setor de internação infantil, conta com estratégias gerenciais desenvolvidas pelo profissional enfermeiro que utiliza os recursos disponíveis para garantir a organização:

Já temos um protocolo institucional, tem os POPs que a coordenadora desenvolve, falamos a mesma língua, temos sintonia, uma rotina. Não só um protocolo no papel, mas já temos um passo a passo (E6)

Tem organização, na medida do possível tem, não é desorganizado porque a gente consegue tudo aquilo, planejar tudo que vai ser feito (E9)

O trabalho aqui é muito bem organizado. E a própria, a nossa coordenadora, se esforça para manter nosso setor o mais organizado possível, então acaba que fica um bom trabalho, um trabalho seguro e você consegue chegar no resultado (TC13)

Nas falas dos participantes foi evidenciado a logística de organização do setor de internação infantil e a importância dessa organização para a fluidez do trabalho:

Aqui tem uma logística de espaço na enfermaria para caso uma criança passe mal (TC12)

O que gosto daqui é a organização da instituição, primordial para se trabalhar em vista de outros lugares (TC14)

Na subcategoria “*Descrevendo o tratamento da criança com cardiopatia reumática*” revela-se aspectos do tratamento da criança com cardiopatia reumática em sua complexidade. As internações das crianças com cardiopatia reumática, em sua maioria, são longas, traumáticas e recorrentes, sendo desgastante para a criança e família. Na ocorrência de endocardite as internações são mais prolongadas, devido a necessidade de tratamento prévio, como elucidado a seguir:

O que eu ouço mais eles falarem de vontade de ir embora, que quer ir para casa, que está com saudades dos irmãos e dos amigos. É bem traumático para eles. A internação é muito longa, vejo que eles ficam bem desanimados (E5)

As internações são longas, são mais de 40 semanas de internação quando tem endocardite, então fica assim de tempos em tempos troca a válvula, demora. Fica as vezes 6 meses de antibiótico. Por exemplo, as vezes uma semana antes não tinha nada e as vezes por uma cárie de dente fica seis meses internada, fica três ou quatro meses direto (E8)

Vai ficar muito tempo internado e muito tempo no antibiótico (TC14)

A internação geralmente é muito longa para todas as crianças que passaram por aqui de febre reumática, só de ter que vir a cada 21 dias para tomar medicação, antes da internação eles já fizeram um longo período de medicação, na maioria das vezes também acontece de que antes de ser diagnosticado eles já ficaram internados um longo período de tempo até se descobrir o que é, então essa internação não tem como não ser enorme, geralmente é mais de 45 dias, então é um período desgastante, para a mãe, para a criança que quer voltar para o meio dela, até mesmo para a equipe dependendo de como essa mãe lida com a situação (TC19)

Então em muitas vezes elas vem com miocardiopatias, endocardite reumática, tendo que fazer todo o tratamento para endocardite, em internações prolongadas, com esquema de antibiótico com esquemas que pegam dois ou três antibióticos. As vezes leva bastante tempo de internação, as vezes é 45 dias de antibiótico para somente depois quando tiver condição tratar a infecção a endocardite infecciosa para que depois marque a cirurgia. (E4)

O tratamento e o cuidado desempenhado à criança são de acordo com a necessidade, planejado para atender as demandas que podem surgir ao longo do percurso terapêutico:

O cuidado será específico à criança, de acordo com a necessidade de saúde dela (E1)

Então assim você faz o cuidado generalista [...] então você tem os cuidados generalistas e tem que ter o enfermeiro com aquele olhar mais específico (E8)

Damos atenção para as crianças de acordo com a necessidade delas (TC13)

Cada criança a gente tem um cuidado diferente, de acordo com a necessidade dela, agora mesmo estava com uma criança muito chorosa, para aferir os sinais vitais tem que ter um manejo diferente, porque você não consegue trabalhar direito com aquela criança. (TC18)

A equipe de enfermagem realiza o cuidado de acordo com a necessidade de saúde da criança:

Vemos a necessidade em cada caso [...] Uma criança pode ser mais diferenciada, então vamos buscando um pouquinho de cada um e no fundo na hora você pode direcionar. Por exemplo: A Maria que chorou muito, que estava com medo, que está traumatizada. Então com ela será uma atenção diferente (E1)

De acordo com cada necessidade vamos orientar a equipe de enfermagem e cada caso é um caso (E2)

Eu tento ver o que a criança tem exatamente para poder traçar um cuidado. Eu gostava de fazer diagnóstico. E fazer os cuidados específicos para cada cardiopatia (E8)

A terapia medicamentosa da criança com cardiopatia reumática envolve a administração de benzetacil[®]. É um medicamento que atribui muita dor no momento da aplicação e, posteriormente, gera sofrimento a criança que vivencia a dinâmica de uma aplicação a cada 21 dias. A dor atribuída a aplicação gera muito sofrimento e traumas à criança com cardiopatia reumática, como elucidado a seguir:

Ninguém gosta de sentir dor, uma dor contínua. Ela tem espaços mas é contínua, só em saber que a cada 21 dias vai estar mais próximo de tomar novamente a benzetacil[®], a ansiedade bate e dói ainda mais (E1)

Tem crianças que são um pouco resistentes para fazer o uso da medicação, porque dói né (E3)

Porque é a criança tem dificuldade de aderir ao tratamento, por conta da dor, a benzetacil[®] dói muito. Na aplicação da benzetacil[®] as crianças com cardiopatia reumática, sentem muita dor. Uma das causas de dor é a aplicação da benzetacil[®], então muitas vezes o técnico pede para o enfermeiro fazer a medicação, ou pede para o outro colega técnico fazer a medicação (E4)

Benzetacil[®], é uma medicação super dolorosa (TC16)

A equipe de enfermagem tenta manejar a dor causada pela benzetacil[®] através do uso da lidocaína em sua composição, no momento da aplicação. Entretanto, não há uma regra para o uso do anestésico, pois alguns profissionais não utilizam, conforme destacado a seguir:

Executar todos os cuidados preconizados, que é o uso da agulha, a troca, o anestésico que é a lidocaína, o melhor local, fazer o revezamento do local a cada 21 dias, procurar ser no glúteo. Entender a melhor posição para o paciente, tem alguns que prefere deitado, mas tudo bem até me viro para atender o paciente. Se essa for a melhor maneira para relaxar, o enfermeiro e técnico fazem a administração conforme a necessidade e o melhor conforto para o paciente (E1)

Afirmando diluir a lidocaína na benzetacil[®] para amenizar a dor da criança com cardiopatia reumática (E3)

Tem uma medicação especial, a benzetacil[®] a cada 21 dias sempre coloco anestésico para amenizar a dor, faço compressa no local administrado após a aplicação. Dói bastante, me preocupo com isso pelo sofrimento ocasionado pela dor da benzetacil[®]. Prefiro utilizar uma pouca quantidade de anestésico [...] Falando sobre a dor, nem todo mundo usa o anestésico, mas isso seria bom se fosse uma regra para diminuir a dor da criança na administração e no tratamento (TC11)

As crianças ficam com medo dos profissionais devido a dor ocasionada pela aplicação da benzetacil[®], causando muitos traumas à criança. Algumas se retraem e não querem mais contato com os profissionais. Alguns profissionais se sentem mal em aplicar a benzetacil[®]. A terapia medicamentosa é esclarecida aos pais, que acompanham todo o processo de tratamento:

Pode ter um choro intenso, muita dificuldade, tem alguns que aceitam conversar, outros temos que segurar para administrar a benzetacil[®]. Não que a mãe ou o familiar, se opusesse. As famílias me parecem bem esclarecidas sobre a necessidade de cuidado, principalmente o medicamentoso. Pelo menos nos que eu tive contato nunca tive uma experiência ruim em relação a administrar a medicação, sempre tem um clima ruim mas a necessidade do cuidado acho que é bem esclarecido para o paciente e a família. (E1)

Aqui todos respeitamos quando a profissional não quer fazer, porque é doído para a gente. Quando vemos que é benzetacil[®], já pedimos para fazer caso não queira. Eu sinto que eles sofrem muito e a gente sofre também. Para mim é muito dolorido, as vezes tem que segurar a criança para fazer a benzetacil[®], tem que ser dois ou três para segurar, tem que segurar para fazer, é ruim. Quando seguramos, é uma imagem ruim porque parece que estamos machucando (E5)

Então para você explicar para uma criança, que ela vai de 21 em 21 dias, tomar uma benzetacil[®], é difícil, ela sempre vai ter medo de você, ela sempre vai vir com aquela relutância em tomar, e gera o abandono do tratamento, muitas das vezes tem muita mãe que não

entende, vai ver ali o sofrimento do filho, de 21 em 21 dias, então acaba deixando para lá (TC16)

Quando a criança necessita de cirurgia, os cuidados pré-operatórios realizados seguem o padrão das outras cirurgias, onde a equipe organiza-se para realizar os cuidados. Esses cuidados pré-operatórios são direcionados para o tratamento da criança com cardiopatia reumática, e reverberam em uma amplitude de cuidados inter-relacionados. Esses, por sua vez, contemplam a família da criança hospitalizada no que se refere a demanda de informação:

Cuidado é desde o pré operatório quando a gente recebe a criança aqui, temos que avaliar as questões, eles já fazem um acompanhamento psicológico e com a assistente social, que ajudam a indicar a válvula, se é biológica ou metálica (E1)

O cuidado pré operatório aqui é basicamente o mesmo, puncionar o acesso profundo, monitorizar a criança, fazer um banho com clorexidine, puncionar o acesso periférico, instalação de soros, orientar quanto ao jejum pré operatório. Os cuidados para a cirurgia pré operatórios são esses. O exame físico é mais específico é mais específico na ausculta cardíaca, porque muitas das vezes as crianças tem muitas arritmias cardíacas, tem sopro cardíaco, tem o precórdio hiperdinâmico (E4)

Então, a gente vai sinalizando para a criança e a família como que vai ser a cirurgia, os cuidados pós escolha da válvula. Se é uma válvula biológica ou mecânica. Geralmente o médico aborda também para saber o que vai ser melhor para a família, porque a biológica sabemos que tem que trocar em cada 5 anos, a mecânica fica por mais tempo e terá que fazer a anticoagulação por toda a vida. Então a gente expõe e a mãe fica com muita dúvida, a gente procura colocar esses dois lados para a família, explicamos como será se for anticoagulado, os cuidados que precisa ser feito com a criança anticoagulada. Informando que qualquer sinal de sangramento deve se atentar (E5)

Antes de realizar a cirurgia de troca valvar, os pais das crianças são orientados quanto aos riscos e os benefícios da cirurgia, as vantagens e desvantagens de cada válvula em questão, trazendo aspectos da longevidade de cada válvula, dita como biológica ou metálica. A equipe de enfermagem e multiprofissional oferece apoio e ajuda na tomada de decisão, acompanhando todo o período que antecede e procede à cirurgia. Devido a necessidade pontual do hospital e de cada caso, os cirurgiões conversam com os responsáveis e escolhem a válvula para trocar:

A gente sempre coloca para os pais a questão das possíveis opções e o que isso traz de pro e contra. Temos a válvula biológica que precisa de um melhor tratamento anticoagulante, porém tem maior incidência de infecção [...] a questão da válvula metálica que é uma válvula que não dá esse tipo de infecção com frequência, mas tem o controle da varfarina que é um anticoagulante, que justamente tem que fazer o controle do tapete tpp para não ter alargamento de NR e começar a sangrar (E6)

Tem a válvula biológica e a metálica. No início os cirurgiões deixavam a mãe escolher “qual que você vai querer”, agora eles estão botando a melhor, eu

acho que a melhor é a biológica, porque a criança cresce ajusta, se crescer muito tem que vir aqui trocar (TC18)

Devido à especificidade de cada válvula, seja biológica ou metálica, a durabilidade de cada uma difere e os cuidados desempenhados também:

A biológica sabemos que tem que trocar em cada 5 anos, a mecânica fica por mais tempo e terá que fazer a anticoagulação por toda a vida (E5)

A única coisa é a parte respiratória, dependendo da válvula com tangencia desregula às vezes e pode afetar o pulmão. E vai depender também da válvula usada (TC14)

Em algumas falas, os participantes relataram que a cirurgia de troca valvar é realizada de acordo com a necessidade de cada criança. Quando uma criança faz a cirurgia na infância, de acordo com a durabilidade da válvula, só haverá necessidade de submeter a nova cirurgia na fase da adolescência para fase adulta. Sendo cada caso avaliado individualmente, de acordo com a necessidade de saúde da criança:

A mãe ou o acompanhante da criança tem uma dificuldade, mas como essas crianças quando vem para cá já é a maioria na idade de adolescente, quando elas chegam aqui no hospital a maioria já atingiu a fase de adolescente, já é quando precisa trocar a válvula. Então, na maioria das vezes, a gente orienta tanto a criança quanto a mãe. Eles já vem aqui em um estágio avançado da doença, já para a cirurgia cardíaca (E4)

A criança pode chegar aqui e a válvula não estar tão comprometida, precisamos fazer um cuidado para prolongar essa troca de válvula (E5)

Porque a criança cresce e ajusta. Se crescer muito tem que vir aqui trocar. As vezes uma mesma criança faz quatro, cinco cirurgias, e eu acompanho todas elas, porque eles crescem com a gente aqui (TC18)

Durante o período pós-operatório a dor é mais evidente e os cuidados para que não ocorra uma infecção são avaliados:

A dor está mais associada no pós-operatório cardíaco, quando ela vai para a cirurgia e retorna para a gente. Aí ela sente dor como qualquer outra cirurgia cardíaca, é de alta complexidade, que gera dor, muito acometimento e debilita muito a criança. Mas o pré operatório não sente muita dor não, sente mais todo o desconforto do ICC. O que eles reclamam muito é de cansaço, não conseguem fazer muitas coisas, ficam fazendo muito repouso no leito. Mas a dor é mais referente ao pós operatório, quando elas operam (E4)

Até porque tem a questão do pós operatório, onde a biológica tem mais incidência de infecções e na metálica temos o uso da varfarina contínua. Temos que avaliar sempre esse paciente, ensinar e trocar experiências. (E6)

As complicações que acometem à criança com cardiopatia reumática são diversas e imprevisíveis, podendo atingi-la em diversos aspectos, sendo estes decorrentes da cirurgia de troca valvar ou não, durante o período de internação. A endocardite é uma complicação que atinge muitas crianças e alguns achados cardiológicos preocupam a equipe ao longo da internação, como pontuado a seguir:

Mas em muitos casos essas crianças internam com ICC, com uma infecção de válvula, então muitas vezes elas vêm com miocardiopatias, endocardite reumática, tendo que fazer todo o tratamento para endocardite, em internações prolongadas, com esquema de antibiótico que pegam dois ou três antibióticos (E4)

Algumas crianças retornam aqui para a internação. As vezes, retornam com endocardite, eles voltam ficam no antibiótico por seis semanas, é brabo (E5)

Temos casos de umas crianças que voltaram para a internação com a questão da válvula biológica para fazer troca e antibiótico. Teve algumas que voltam, é muito difícil porque são crianças que ficam com tratamento muito arrastado, ficam deprimidos, quase três meses dentro de um hospital. É complicado, mas temos um acometimento renal porque são antibióticos muito fortes [...] Alguns optam pela biológica e alguns voltam para a gente tendo que refazer, reabordar, tirar a válvula e trocar fazer antibiótico entre três e quatro meses venoso [...] Teve uma criança que começou com uma troca de válvula que poderia ter sido evitado e complicou a nível de rim, coração, pulmão e tudo que se pode imaginar. Ela teve todas as complicações possíveis(E6)

Sinais de agravamento da febre reumática que se entende como endocardite, os sinais da Coreia, mioclonia aqueles movimentos involuntários, se está com terceira ou quarta, bulha por causa das válvulas, alguns tem arritmia, por conta do comprometimento da válvula ou endocardite (E8)

No percurso do tratamento, muitos abandonam o tratamento por diversos motivos, dentre os mais comuns, relata-se o tratamento ser doloroso, a concepção de que a cura já foi alcançada e pela condição de compreensão sobre a necessidade na continuidade do tratamento:

Se essa criança abandona o tratamento vai ser uma criança que daqui a pouco essa mesma criança vai bater aqui na porta com uma disfunção mais grave, descompensada[...]Vemos que depois de um período elas abandonam, começam atrasar a medicação[...]Eu acho a questão do intelectual, da alfabetização ajuda muito, mas vemos também que tem famílias que são educadas, que tem um nível social mediano e mesmo assim abandonam o tratamento (E3)

Mas que depois abandonou o tratamento porque a criança não tinha nada aparente. Depois que abandona vem parar aqui né, na internação, por não entender mesmo que tem a doença, achando que a criança está bem e que não precisa mais (E5)

Benzetacil[®], é uma medicação super dolorosa[...] Então para você explicar para uma criança, que ela vai de 21 em 21 dias, tomar uma benzetacil[®], é difícil, ela sempre vai ter medo de você, ela sempre vai vir com aquela relutância em tomar, e gera o abandono do tratamento, muitas das vezes tem muita mãe que não entende, vai ver ali o sofrimento do filho, de 21 em 21 dias, então acaba deixando para lá (TC16)

A cardiopatia reumática está associada às condições precárias de acesso à saúde, saneamento básico e baixa escolaridade. Nesse sentido, a subcategoria “*Revelando aspectos sociais, financeiros, físicos e psíquicos da criança e da família*” revelam os múltiplos aspectos que envolvem a vida da criança com cardiopatia reumática e sua família.

Em relação aos aspectos psíquicos e físicos da criança com cardiopatia reumática, observam-se limitações nas atividades diárias impostas pela doença e pelo seu tratamento, acompanhadas de sentimento de frustração e, por vezes, isolamento. A família, também sofre com a condição na qual a criança se encontra e, sendo assim, necessita de suporte psicológico para o devido enfrentamento.

Se é uma menina que está na fase de poder engravidar, se colocar essa ou aquela válvula tem riscos, ou até mesmo risco de não poder engravidar, não vai poder ser mãe, terá esse sonho paralisado, precisa de um acompanhamento para saber se tem essa possibilidade (E1)

Muitas crianças até o brincar fica prejudicado, até em correr ou dar uma gargalhada sente cansaço, fico com pena. Tento fazer que a vida dessa criança e família se torne um pouco melhor, que fique mais próximo da normalidade, porque desde muito nova essa criança não terá uma infância “normal”, longe dos amigos e família, sempre com dor e cansaço (E2)

As crianças com cardiopatia reumática chegam aqui muito cansadas, não conseguem manter as atividades físicas diárias, não conseguem brincar, caminhar, não conseguem jogar bola, não conseguem levar uma vida normal de criança e adolescente. Elas ficam muito cansadas, não conseguem fazer nenhuma atividade física, sentem muita taquicardia, isso causa frustração (E4)

Primeiro momento é a atenção clínica, para o que ele está precisando no momento e depois a psíquica. Em muitas vezes a condição psíquica é pior do que a clínica [...]A internação é muito longa, vejo que eles ficam bem desanimados, tem alguns que se trancam e não querem falar. Às vezes é até difícil interagir com esse paciente, porque eles não falam e se trancam (E5)

Percebemos que a mãe é muito mais ansiosa, estressada, as vezes ela veio para um eco, não está preparada, muitas vezes nem a roupa íntima trouxe para ficar de vez internada. Uma vida que foi decidida naquele momento que precisa internar, ficar para cuidados mais complexos [...] Às vezes eu sugiro conversar com a psicóloga, quando a mãe está mais assustada. (TC12)

Para aqueles mais deprimidos aciono a saúde mental, as vezes a mãe precisa e eu também aciono, na tentativa de amenizar tamanho sofrimento (E2)

Todas as crianças têm assistência psicológica, do serviço social quanto para ela quanto para a família (E3)

O aspecto físico da criança internada com cardiopatia reumática, na maioria das vezes, é debilitante, as crianças são magras e apresentam muito cansaço:

Tem uma criança aqui internada que está muito debilitada, ela tem cardiopatia reumática, ela não anda, está muito cansada e debilitada no leito (TC10)

Geralmente são baixo peso (As crianças), são mais magras, tem a musculatura do glúteo pouco desenvolvida (TC19)

Pelo fato de as crianças com cardiopatia reumática e família terem uma condição social e financeira precária, evidencia-se que muitos passam por necessidades que englobam desde a higiene até as condições de acesso aos serviços de saúde, moradia e alimentação. As condições sociais e financeiras elucidadas nas falas, trazem o entendimento de como é a realidade da criança com cardiopatia reumática e sua família:

O triste é a questão cultural, as condições dos familiares geralmente nem luz tem, nem uma televisão, não tem informação, perdemos pacientes que nem sabemos que é por isso. Sem acesso até mesmo a condições básicas de higiene, estaticamente perdemos muito para essa doença, sem ao menos saber, tem gente que não tem o mínimo de higiene, possivelmente ficam com a mão na terra, come até fezes, a gente não sabe qual a necessidade de informação (E1)

A maioria tem dificuldades de entendimento, de compreensão. Isso é uma grande dificuldade. A grande maioria que interna por cardiopatia reumática é muito pobre, é notório que vem de família, que a mãe já tem mais de seis filhos (E2)

Essas crianças com febre reumática, são crianças que tem um poder aquisitivo muito baixo (E4)

Quando a situação financeira da criança é difícil ao ponto de não ter alimento em casa, algumas não querem voltar para casa. Em outros casos, compreende-se que não há possibilidades de continuar o tratamento em casa por falta de condições financeiras, como elucidado a seguir:

Aí vemos que quando a pessoa não tem uma classe social um pouco melhor, não tem o dinheiro da passagem, não tem um atrativo que tenha aqui, sabemos que ela não vai vir para o hospital (E3)

Algumas quando vão para casa precisam fazer dieta e não tem condições de manter (E7)

Falta de esgoto, saneamento básico, que só vive na rua e não vai à escola (TC14)

Tem crianças que a situação socioeconômica é muito prejudicada, que teve mãe de treze, quatorze filhos, teve uma aqui, e ela nem era de comunidade, e assim, muitos filhos, ao mesmo tempo que ela tinha criança pequena já era avó. Aqui teve uma criança com situação tão difícil que ele não queria ir para casa, porque tinha comida aqui e em casa não tinha, ele tinha muita verminose (TC17)

A interrupção do convívio social e familiar torna-se muito dificultoso para a criança e sua família, que possuem necessidades de interação social e familiar. As internações longas dificultam a família na questão do trabalho, muitas perdem o emprego devido às internações. A situação familiar, demonstra na maioria dos casos aspectos críticos, no qual a necessidade pelo trabalho e pelo sustento é indispensável se sobrepondo à necessidade de tratamento da criança:

A classe social também é uma coisa que dificulta porque a pessoa não vai deixar de comer para vir na consulta (E3)

A criança é arrancada do convívio social e familiar, é muito difícil quanto para a criança quanto para a família a doença febre reumática. É uma doença crônica, é uma doença que tira a criança do ambiente social e familiar, tira a criança do ambiente familiar e escolar, tira o acompanhante, a família também, acaba perdendo o trabalho, principalmente a mãe perde o trabalho por conta das várias internações (E4)

Precisamos dos psicólogos, o serviço social, a mãe precisa se afastar por muito tempo do trabalho. Várias questões precisam ser acolhidas por essa equipe, fazer o esclarecimento, não é só a enfermagem. A mãe fica ansiosa, apressa a equipe, quer saber da alta, precisa trabalhar, a maioria é muito pobre (TC12)

A hospitalização oferece riscos à continuidade da vida escolar das crianças. Muitas perdem o ano devido às múltiplas internações trazendo prejuízos inúmeros devido a perda do convívio social e atraso na educação:

Os adolescentes sentem mais falta dos amigos, da vida lá fora da interação e da escola. Já os bebês, sentem menos. O escolar já sente mais falta, da escola, dos amigos, da rotina (E2)

Às vezes perguntamos se a criança está estudando, eles respondem que nem conseguiram ir para a escola esse ano (E5)

Devido ao atraso na área escolar, na unidade de internação infantil foi implementado uma estratégia para facilitar o aprendizado das crianças hospitalizadas. No setor tem uma professora disponível para lecionar e instruir as crianças de acordo com o ano escolar, trazendo a escola para dentro do hospital. Essa importante estratégia é para que as crianças tenham acesso ao ensino e aprendizado:

E hoje nós temos até o professor, temos uma classe escolar que está funcionando aqui e que está sendo de suma importância para as crianças. Ainda mais para as crianças que ficam muito tempo aqui internada (E3)

Temos a educadora, essas crianças ficam muito tempo longe da escola com muitas internações ou várias internações, então tem também o

acompanhamento escolar tem uma professora que acompanha essas crianças [...]A professora vem todos os dias e faz as aulas de modo individual. Cada criança tem um nível escolar, cada criança tem um nível de compreensão, um nível escolar. Então ela faz esse acompanhamento todos os dias ela está aqui, de segunda a sexta, de forma individual. A professora leva a criança para uma salinha, para uma sala de vidro colorida, ela leva a criança de forma individual, faz o atendimento das crianças internadas em idade escolar (E4)

Tem sempre a professora que ensina as crianças (E7)

Além disso tudo, você vê também outras coisas, já tive uma criança que estava estudando fica muito preocupado, fez contato com a escola, mas agora o hospital já tem a professora (E8)

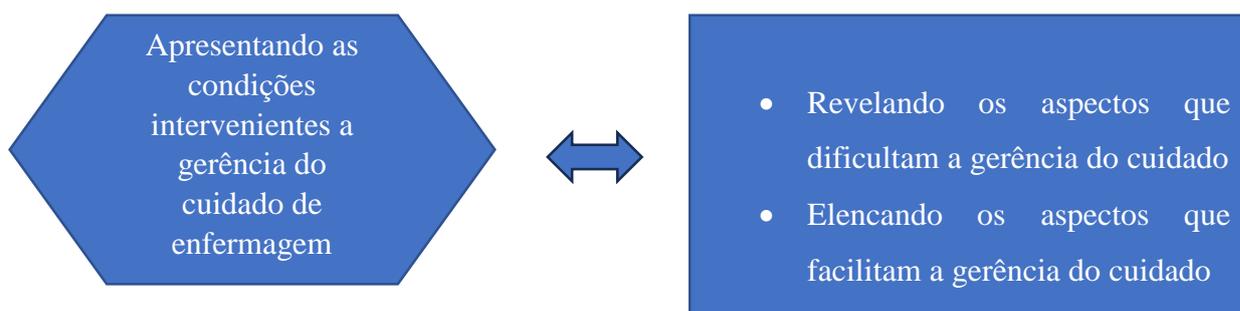
4.3 Categoria: Apresentando as condições intervenientes à gerência do cuidado de enfermagem

A categoria em questão, apresenta os fatores intervenientes à prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática. O processo relacional e interativo do cuidado apresenta uma dinamicidade, podendo surgir aspectos que podem dificultar ou facilitar o cunho gerencial.

Compreendeu-se nesta categoria que a gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática é condicionada por aspectos que dificultam ou facilitam o desempenho dessa atividade. Entende-se que os aspectos podem envolver a criança, a família, a equipe de enfermagem ou multiprofissional e questões individuais.

A categoria em tela é composta por duas subcategorias, quais sejam: Revelando os aspectos que dificultam a gerência do cuidado; elencando os aspectos que facilitam a gerência do cuidado.

Diagrama 03: Apresentando as condições intervenientes a gerência do cuidado de enfermagem



A subcategoria “Revelando os aspectos que dificultam a gerência do cuidado” aponta a aceitação da criança em receber os cuidados, a condição socioeconômica da família, a infraestrutura da instituição e os desafios relacionais com a equipe de enfermagem e multiprofissional como condições limitadoras para a gerência do cuidado de enfermagem.

Em relação à criança, identificou-se que o seu comportamento em não aceitar os cuidados de enfermagem se configura como um fator dificultador, conforme consta a seguir:

A dificuldade humana da própria criança aceitar ou não ser cuidada, mas sempre damos um jeitinho, temos um amor e carinho com elas que acaba facilitando o cuidado. Mas quando não tem jeito, não tem jeito. Temos que entender, isso dificulta (E1)

Quando o paciente colabora facilita muito o trabalho da enfermagem, quando o paciente não colabora e não valoriza, dificulta muito (E3)

Em relação a condição socioeconômica da família, tem-se os seguintes relatos:

A questão socioeconômica da família, dificulta ou facilita muito o trabalho. Sem dúvida alguma. Então quando visualizo uma criança com uma condição precária, já vejo que o paciente vai internar novamente, vai dar ruim, é notório [...] A maioria tem dificuldades de entendimento, de compreensão. Isso é uma grande dificuldade, a grande maioria que interna por cardiopatia reumática é muito pobre (E2)

A classe social também é uma coisa que dificulta porque a pessoa não vai deixar de comer para vir na consulta (E3)

As vezes, o nível de entendimento da família, isso é algo que dificulta. Pela condição socioeconômica, isso acaba dificultando[...]Porque como são crianças que normalmente tem um nível social e cultural baixo, uma renda baixo, não tem escolaridade para entender o cuidado, as orientações. São coisas que dificultam, acaba chegando em casa e continuando os mesmos hábitos (E4)

A condição social dificulta muito, é uma doença que pouco se houve falar. Ninguém sabe sobre o que é a cardiopatia reumática [...]a condição socioeconômica conta muito porque tem mães que não sabem nem ler. Temos que fazer desenho, colorir para sinalizar e facilitar a compreensão da família sobre o tratamento, isso dificulta muito (E5)

A questão da criança ter uma condição socioeconômica difícil dificulta o cuidado. Tem mães que ficam meses aqui internadas, tem algumas que não tem dinheiro para comprar nem uma escova de dente imagina comprar medicação (E7)

Em relação a questão social, dificulta um pouco o entendimento, na própria doença e eles não conseguem colocar em palavras o que eles não entendem (TC 13)

O contexto de trabalho, no que tange ao suporte tecnológico, estrutura, logística e o déficit de recursos materiais, foi outro fator que condiciona a prática gerencial do cuidado de enfermagem, conforme exposto a seguir:

Eu acho que as nossas limitações aqui, talvez sejam de espaço, trabalhamos em um prédio antigo, sem acesso ao ar livre para levar as crianças. Para uma varanda, em um banho de sol, para interagir entre elas, até temos um solário mas é só no segundo andar, onde a cadeira de rodas não passa, algo improvisado. O solário tem um horário restrito, é em outro andar, então crianças com alguma restrição já não acessa, não tem como liberar, se fosse aqui no andar até poderia. Por não ser aqui no andar dificulta muito a supervisão (E2)

Acredito que o que dificulta o nosso trabalho é a questão da monitorização. Os cabos não conectam nos monitores, a frequência não bate com o manual. Essa tecnologia atrasada dificulta muito. Quando o paciente vai descer, ficamos horas tentando monitorar, paciente chega e pensamos que esta saturando pouco e quando coloca o manual não é isso. Os recursos tecnológicos são ruins (E7)

Dificultar, é a falta de materiais, porque quando falta material fica difícil (TC 15)

Ademais, é possível citar que o tratamento prolongado, a falta de adesão ao tratamento por parte da criança e de seu familiar, a pouca confiança nos profissionais de saúde e a deficiência nas medidas preventivas da doença, também foram apontados como fatores limitadores da prática gerencial de cuidado:

Tudo que é tratamento a curto prazo é mais fácil, tudo que é a longo prazo é mais difícil. Tudo que é curto prazo, que tem um prazo para terminar ou que tem um prognóstico para terminar daqui um tempo é muito mais fácil. Tudo que é a longo prazo é mais difícil. É um desafio (E3)

Eu acho que o que dificulta muito é quando a mãe não aceita o cuidado, você explica que precisa ser feito isso e a mãe as vezes não entende, não quer que faça, é bem complicado lidar com esse paciente e familiar. Isso dificulta bastante o tratamento da criança, como aconteceu algumas vezes. Eu acho que questionar faz parte, a mãe tem todo o direito de perguntar, mas tem umas que

são tão difíceis que não entendem e não deixam você fazer. A falta de confiança no profissional também, isso dificulta bastante (E5)

Eu acho que dificulta muito é a questão da prevenção. Essa criança já se encontra mal diagnosticada no início, tem a falta de acesso ao tratamento, tem a falta de conhecimento do familiar, das possíveis consequências do não tratamento (E6)

A comunicação ineficaz sobre a nova realidade da criança imposta pela doença e pelo tratamento, foi pontuada como condição limitadora da prática gerencial de cuidados.

Acredito que quando dão o diagnóstico, precisa ter mais orientação porque eles caem aqui de paraquedas. Ai dificulta o trabalho. Precisamos dos psicólogos, o serviço social, a mãe precisa se afastar por muito tempo do trabalho. Várias questões precisam ser acolhidas por essa equipe, fazer o esclarecimento, não é só a enfermagem. A mãe fica ansiosa, apressa a equipe, quer saber da alta, precisa trabalhar, a maioria é muito pobre (TC 12)

Até na frente do médico de ter aquele estigma, acaba não entendendo e tem vergonha de falar, e acabam perguntando pra gente e é isso dificulta, porque várias pessoas tentando explicar uma coisa que não é fácil acaba confundindo eles do que ajudando. Então isso acaba sendo um dificultador aqui, a equipe médica ainda tem um pouco essa questão de ter que melhorar a comunicação com os pais (TC 13)

Por outro lado, a subcategoria “Elencando os aspectos que facilitam a gerência do cuidado”, apresenta os aspectos considerados como facilitadores pelos participantes do estudo na prática gerencial de cuidados.

A conscientização sobre a doença e sobre o tratamento no âmbito da atenção primária a saúde, bem como um maior suporte tecnológico para fins assistenciais e gerenciais, foram fatores apontados como facilitadores pelos participantes.

Não chegaria para gente com tanta frequência se isso fosse tratado anteriormente na atenção primária. Isso facilitaria a vida da criança, aqui dificultaria por conta da demanda que poderia estar diminuída. A criança já vindo com uma consciência já ajudaria muito, uma criança consciente da necessidade do tratamento isso seria bom (E6)

A tecnologia mais avançada iria facilitar o trabalho, aparelhos atuais, uma organização. É uma necessidade. As meninas quando vão verificar sinais vitais ficam muito tempo, já tem a dificuldade por ser criança, as vezes a criança não quer. Já tem a dificuldade por ser criança, o monitor não ajuda, tudo isso dificulta. Isso atrapalha muito (E7)

Então é uma coisa que facilitaria aqui era a gente ter um site, um protocolo, o sistema informatizado, para a prescrição, que tivesse um suporte tecnológico melhor. O

suporte tecnológico facilita muito. Para cada patologia eu já digitei todos os cuidados, aí isso me ajuda um pouco para agilizar. Tem dias que estamos sozinhos e ainda ficar com várias crianças, 16 crianças, não tem tempo de escrever isso tudo, não tem tempo de evoluir, tendo um suporte tecnológico para facilitar a prática. NANDA é um serviço internacional, seria bom se tivesse um sistema para ajudar nessa sistematização aqui no hospital (E8)

O acesso a brinquedoteca e a convivência familiar são fatores que podem facilitar a prática gerencial do cuidado, conforme pontuado a seguir:

Se a criança pudesse ter mais acesso a brinquedoteca iria facilitar o meu trabalho, porque essa criança já fica presa aqui, com várias internações, pelo menos o acesso a algo divertido iria ajudar essa criança a ser mais feliz [...] o acesso com outros familiares também ajudaria, mas fazer o que temos que respeitar as regras e os horários determinados para visita (TC11)

Nessa direção os participantes ressaltaram a experiência profissional no cuidado à criança com cardiopatia reumática, um efetivo trabalho em equipe, o suporte material e a educação permanente como facilitadores do cuidado.

Já com outro, já podemos usar essa experiência para facilitar, então as experiências vão facilitando o dia a dia. Eu acho que isso é um facilitador, você tem vários casos, várias conversas e aí vai adquirindo experiência [...] relacionado ao carinho e atenção redobrados e até mesmo no final de todo o processo, a experiência profissional que facilita o fluxo (E1)

Facilita, quando tem uma boa interação, uma boa parceria da equipe, toda equipe fala a mesma linguagem, e tendo materiais disponíveis, quem sai ganhando é o paciente (TC 15)

O que facilita no trabalho quando tem curso, treinamento, isso é muito bom, porque as vezes a gente está fazendo a mesma coisa toda a vida, mas há mudanças, a ciência está aí para isso, a partir do momento que há investimento em curso e treinamento acho que isso melhora muito, e pode facilitar o serviço (TC 17)

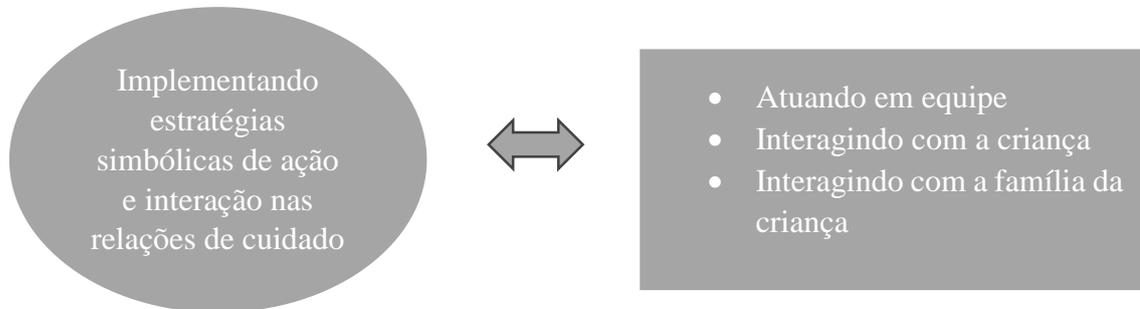
4.4 Categoria: Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado

A presente categoria denota a interação profissional por diferentes maneiras, englobando a interação com a equipe multiprofissional de saúde, com a criança e com a família da criança hospitalizada. De maneira geral, objetiva-se compreender as estratégias de ação e interação utilizadas pelo profissional de enfermagem para interagir com a criança e sua família.

A categoria apresenta três subcategorias, a saber: Atuando em equipe; Interagindo com a criança; Interagindo com a família da criança. A seguir, são apresentadas as subcategorias:

Diagrama: **Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado**

Diagrama 04: Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado



A subcategoria “Atuando em equipe” apresenta os modos que os profissionais de saúde interagem para estabelecer o cuidado da criança hospitalizada com cardiopatia reumática, possibilitado pelos significados atribuídos ao trabalhar em equipe. O trabalho em equipe é denotado como um trabalho desenvolvido no âmbito da equipe multiprofissional de saúde ou no âmbito da própria equipe de enfermagem, a considerar as particularidades de cada profissão e os limites de atuação de cada profissional no cuidado à criança com cardiopatia reumática e sua família.

Observa-se que o trabalho em equipe é permeado por empatia e amor ao próximo, trazendo muitos benefícios para o desempenho do cuidado à criança e sua família. O trabalho em equipe foi significado como resolutivo para atender às demandas que surgem, sendo adaptável e pautado em regras e compreendido como excelente para o bom convívio entre os profissionais.

O trabalho é em equipe, resolvemos as pendências em equipe, aqui é maravilhoso, as coisas são resolvidas e buscamos cumprir os protocolos. (E1)

Eu acho que o trabalho em equipe aqui é bom, avalio como bom, sempre tem alguém que não se adapta muito. Mas no geral, toda a equipe abraça a causa, abraça o cuidado, mesmo as que vem com vícios de outros empregos, temos aqui algumas regras bem simples [...] São cuidados que em outros lugares não se visualiza. Aqui o trabalho em equipe é excelente. (E2)

Aqui o trabalho da equipe de enfermagem é maravilhoso, todos temos empatia, entendemos um ao outro. Aqui tem doação completa, dedicação, é um trabalho diferenciado tem uma entrega de empatia amor, cuidado e carinho (TC3)

A atuação da equipe multiprofissional de saúde acontece de maneira conjunta com a equipe de enfermagem, onde a interação entre as equipes é primordial para prestar o cuidado à criança e sua família de maneira a atender às necessidades de saúde e as demandas que decorrem durante a internação e no período pré-alta hospitalar.

É algo específico quando paramos para relatar o tipo de cuidado prestado a essa criança, que exige uma atenção multiprofissional. Independente do paciente estar fazendo uso da benzetacil[®] de forma profilática, é preciso ter o seu autocuidado. Mas de maneira geral tentamos estar sempre conversando, conseguimos interagir bem entre equipe de enfermagem e interagimos bem com os pacientes. (E1)

A equipe multiprofissional está presente aqui o tempo todo. Apoio psicológico, equipe multiprofissional, esse não é o problema do hospital. Temos um viés muito direto, que tudo que é preciso é feito. Por isso que existe o round multi. Nesse round multiprofissional é sempre falado e dialogado. Enquanto equipe de enfermagem, passamos tudo que observamos que é necessidade da criança, não é específico para a febre reumática. Todas as crianças têm assistência psicológica, do serviço social quanto para ela quanto para a família. Qualquer especialidade, aqui tem fisioterapia também. Aqui todo mundo participa do round diariamente (E2)

Conseguimos interagir bem com a equipe multiprofissional. Aqui tem a Terapeuta ocupacional, Terapeuta respiratória, Fisioterapeuta. Então, aqui tem uma equipe multidisciplinar mesmo (TC9)

Aqui todos falamos a mesma língua. Temos toda orientação pré alta, com a equipe multiprofissional. (E2)

O trabalho da equipe de enfermagem foi significado como profissional e atencioso, trazendo parceria em todos os procedimentos que são realizados no setor. Destaca-se a seguir as falas que remetem a interação da equipe de enfermagem:

Quem faz o primeiro start é a equipe de enfermagem, não tem jeito, somos nós que estamos ali o tempo todo, conhecemos os nossos pacientes, aqui tem round, o round só acontece se a enfermagem participar, somos ouvidos diariamente (E2)

A equipe de enfermagem é bem profissional, eu só fico acompanhando direitinho [...] O trabalho da equipe de enfermagem é bem atencioso, eles têm o cuidado bem apurado, eles cuidam mesmo. Tem aquela visão ótima, muito atenciosos. Toda a equipe é assim (E7)

O trabalho da equipe de enfermagem é bem sincronizado, a gente tenta ao máximo trabalhar em conjunto, em equipe, se tem uma intercorrência todo

mundo vai junto, não é descentralizado, enfermeiro faz o de enfermeiro, técnico faz o de técnico não, a gente trabalha sempre junto, para puncionar uma criança vai todo mundo junto, todo mundo tenta, tem que dar uma orientação fala, todo mundo fala a mesma linguagem (E9)

A interação dos técnicos de enfermagem com os enfermeiros é importante para a fluidez do trabalho em equipe. Essa interação foi caracterizada como boa e dinâmica.

Somos uma equipe, um puxa o outro, entendemos a necessidade e temos uma interação boa. Conversamos sobre as necessidades dessa criança (TC2)

Uma parceria, cada plantão existe um líder, eu sou da noite, mas as vezes faço plantão de dia, então cada líder tem uma forma de trabalhar, para que o trabalho possa ser legal, eu tenho que ter uma parceria com ele, tenho que entender o que ele quer, entender minhas limitações, entender também o que eu quero, o que eu posso ajudar, então tudo é uma parceria (TC6)

Eu acho que os enfermeiros aqui são sempre bem abertos a opiniões, a orientações também, eles estão sempre abertos quando a gente vê alguma coisa assim relacionada a criança, que de repente ele não enxergou, se a gente falar, eles sempre estão para ouvir o que a gente tem a dizer, não vejo nenhum aqui que não seja assim, muito boa minha relação com eles [...] todos estão bem envolvidos, tem um comprometimento, Enfermeiro, Técnico (TC7)

A interação da equipe de enfermagem com a criança hospitalizada acontece através da construção de uma relação de confiança. Para tanto, a equipe de enfermagem lança mão de estratégias de ação e interação que visam fortalecer a relação de confiança, as quais são apresentadas na subcategoria **“Interagindo com a criança”**

A interação entre a equipe de enfermagem e as crianças acontece de forma dinâmica. Tal relação é permeada pelo diálogo, respeito, lúdico, atenção à singularidade da criança, linguagem adequada, conforme exposto a seguir:

Mas, de maneira geral, tentamos estar sempre conversando [...] interagimos bem com os pacientes (E1)

Agora, quando o paciente ou a família não querem muita proximidade, temos que respeitar né (E1)

Entendendo o que eles mais gostam de fazer, o que é mais prazeroso. O que eles sentem mais falta, o que gosta de assistir, se existe um jogo que gosta [...] tento personalizar esse cuidado, vendo o que eles mais gostam, se gostam de colorir arrumo logo um lápis, um desenho para pintar (E2)

Eu falo que vai doer sim, mas que é preciso ser feito [...] Sempre ser o mais claro possível, tirar a visão técnica para falar de uma forma mais informal para que ela entenda (E3)

Eu sempre procuro chegar de uma maneira mais sutil, tentando fazer um primeiro contato, interagir, chegar mais perto, para não pegar ele direto. Para eles é bem difícil (E5)

A dor associada à administração da benzetacil[®] é algo frequente na hospitalização da criança com cardiopatia reumática. A equipe de enfermagem prioriza o uso de estratégias que envolvam brincadeiras para amenizar a dor da criança no momento da administração, assim como recursos farmacológicos, como exemplo, o anestésico. A informação e o uso do lúdico fortalece a interação e favorece a aproximação com a criança.

Temos todo aquele cuidado de explicar, porque se for criança, a benzetacil[®] é bem dolorida [...] Mas, sempre explico que vou tentar colocar um anestésico na ponta para não doer tanto [...] Quando vamos fazer um eletrocardiograma e na hora de tirar os eletrodos é dolorido, aí brincamos e falamos para eles tirarem. Eles mesmo tiram. Então, é chegar de uma forma sempre devagar, tem que ter o lúdico junto [...] Mostrando que é bonito cuidar, mostrando o estetoscópio, brincando com a criança. Chegamos brincando e, muitas vezes, fica mais fácil, acredito que o lúdico é muito importante para a criança [...] Acho que sempre podemos brincar, chegar brincando, inovar. Brinco, as vezes mostro um vídeo no celular, aí eles gostam e eles ficam quietinhos. Quando eu faço sem brincar é porque não tem jeito. Mas se eu puder fazer algo para eles não chorar tanto, eu faço (E5)

Trazer o vínculo, falando a eles que são pacientes e que podem procurar o serviço, pode vir para cá quando passar mal (E6)

Tento levar para eles brincadeiras que possam deixar eles no leito. Como quebra cabeça, dominó, jogos que eles consigam fazer no leito, sem precisar ir para brinquedoteca. Tem finais de semana que é mais tranquilo, chamo a criança para perto (E7)

O acolhimento da criança hospitalizada acontece todos os dias e é uma importante estratégia de ação para a manutenção do vínculo que envolve a relação de cuidado da criança com cardiopatia reumática.

Construindo a relação dia a dia, fazemos o acolhimento dia a dia. Alguns reclamam de dor e cansaço, depende de cada caso [...] Muitas vezes disponibilizamos o número do celular para que eles tirem fotos e mande para a gente (E6)

Acabamos acolhendo, não tem como não se envolver, fazemos vaquinha, compramos comida, sempre estamos em contato (E7)

Acolhimento, porque o que tinha que ser feito lá atrás infelizmente se perdeu, então quando chega até você. O que significa? Para mim cuidar de uma criança com cardiopatia reumática significa acolhimento, tentar fazer o melhor para ela. Acolhimento para mim é tudo [...]A gente acolhe o paciente crônico, a gente acolhe a criança crônica (TC 15)

A interação é condição fundamental para o cuidado da criança. A brinquedoteca é um ambiente de cuidado que favorece essa interação. A equipe de enfermagem oferece auxílio para que as crianças tenham acesso à brinquedoteca e quando não é possível, a equipe disponibiliza os brinquedos no leito.

Não é sobre o comando da enfermagem, são os terapeutas ocupacionais que abrem e fecham a brinquedoteca e o brincar é ótimo para a criança. [...] A interação social conta muito, o brincar para a criança faz muita diferença (E2)

Então a gente tem a brinquedoteca. As vezes, a terapeuta está aí, vemos quando a criança pode ir, mesmo que esteja com antibiótico a gente deixa eles ir. Levamos a bomba, levamos tudo, se a bomba alarma, vamos lá e desligamos (E5)

Tem a brinquedoteca. As crianças que não pode ter acesso, é levado os brinquedos até a enfermaria, para que brinque na própria enfermaria (E7)

A interação com a criança implica em uma relação de cuidado com a sua família. Assim, a subcategoria “**Interagindo com a família da criança**” descreve-se a maneira de como a equipe de enfermagem estabelece uma interação com a família da criança hospitalizada com cardiopatia reumática, entendendo que a família se faz presente em todo o período de internação e que a interação acontece de forma constante e direta.

A equipe de enfermagem acolhe e orienta à família da criança hospitalizada frequentemente. As orientações são direcionadas para os cuidados e o tratamento.

A aferição de PA (hipertensão ou hipotensão), balanço hídrico (pesar as fraldas), orientamos as mães também (E2)

Acolher essa mãe porque as vezes tem outros filhos doentes, já perdeu outros filhos [...] não julgar, mas ouvir, uma questão de acolhimento e fala (E6)

E outra coisa, você não acolhe só a criança, você ainda acolhe os pais, geralmente a mãe, você acolhe a mãe também, você faz um acolhimento total. Ela (Mãe da criança) sabe que aquilo ali não tem mais jeito, e a gente acaba acolhendo. A gente é o serviço infantil, mas acaba acolhendo a mãe [...] Mas tem a mãe, e aí? Quem acolhe a mãe? A Enfermagem (TC 15)

A relação entre a equipe de enfermagem e a família condiciona o tratamento da criança no contexto hospitalar. Por essa razão, o estabelecimento de uma relação saudável e de

confiança com os familiares é necessário. Assim, o contato por meio telefônico, a tranquilidade e segurança profissional, e a relação de carinho e respeito com os familiares surgem como estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem na relação o familiar da criança.

Eu mesma tenho contato de muitas mães. Sempre temos contato, tiramos dúvidas, são poucas mães que não temos afinidade. Eu já fui visitar crianças, tenho contato com a mãe. As próprias mães pegam a confiança e pedem o contato, qualquer dúvida elas entram em contato (E7)

Aqui atendemos com toda tranquilidade, passamos tranquilidade e segurança para a família e criança (E8)

Tentar fazer o melhor, por mais que a gente tenha dificuldade de chegar na mãe para conversar, a gente tenta chegar com jeitinho, para fazer ela entender um pouco, pense do nosso lado, para tentar ajudar, para tentar facilitar (E9)

Como vou ter que conviver com as mães dos pacientes temos que conviver melhor possível (TC 14)

Tratar a pessoa da mesma forma, com carinho com respeito, porque a pessoa já está aqui fora do seu ambiente natural [...] as vezes, tem garotas novas que são mães. Então, a gente tenta ser um pouco amiga, acho que a pediatria abraça, não só criança, como a mãe também (TC 17)

A empatia se faz presente nas relações entre a equipe de enfermagem e os familiares, ao passo que se observa uma compreensão dos profissionais à realidade de sofrimento da criança e de sua família.

Geralmente temos um olhar mais empático a essa família, porque foi do nada que isso aconteceu e mudou toda a vida dessa criança, um olhar mais condescendente. É tudo muito novo, não acostumado com a rotina intra hospitalar, me coloco no lugar dessa família que do nada é uma febre, uma dor na garganta e um diagnóstico de uma doença crônica (TC 12)

Então você que sabe um pouquinho mais, tem que trazer para si, e tentar levar menos sofrimento, tanto para aquela criança, quanto para a mãe (TC 15)

Se a gente não puder ser para aquele paciente um alento, um parceiro para aquele pai, para aquela mãe, essa internação longa vai ser muito pior, muito mais desastrosa (TC 19)

Em alguns momentos, a relação entre a equipe de enfermagem e os familiares pode ser desafiadora. Alguns conflitos podem surgir ao longo da internação e a equipe em contato diariamente com o familiar acaba presenciando algumas atitudes que revelam o estresse. Diante desse fato, o diálogo e o apoio da equipe multiprofissional são fundamentais, como exposto a seguir:

É bem difícil. Estou falando da mãe, mas as vezes é o pai também, as vezes a gente recebe agressões verbais, quando é muito agressivo acabamos sendo

agressivos também. Bateu, levou. Mas aí depois tem que dar uma respirada, tentar conversar com os pais, chamo os médicos também para ajudar a explicar a família, chamar a equipe multiprofissional também para ajudar a informar essa família da necessidade do cuidado (E5)

Até porque elas não compreendem a complexidade, as vezes não compreendem que aquele, como eu posso falar, vamos botar assim, vamos ter que punccionar a criança, e ai já fica de cara feia, não entende que aquilo é para o bem da criança, já quer ofender, elas não conhecem a patologia, elas não sabem os procedimentos, que são necessários, e aí tenta interferir, acha que a gente está maltratando, acha que a gente está sendo grossa, e eu acho que é a parte que interfere mais (E9)

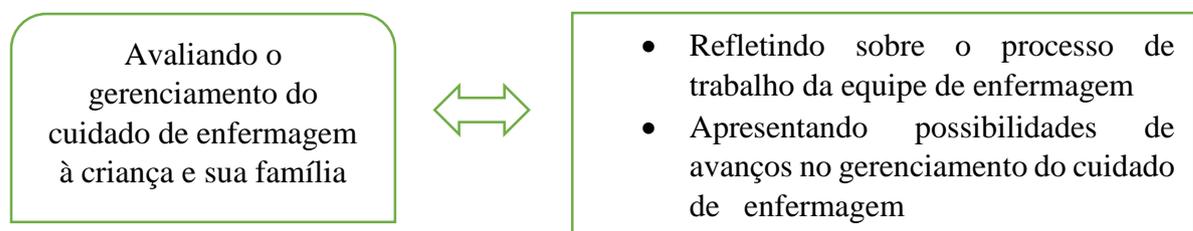
Dependendo do nível de estresse, isso gera muita confusão para enfermagem, porque eles ficam acumulando o estresse e cada vez mais cansados, não tem informação e aí tem horas que explodem e a gente acaba recebendo (TC 13)

Já teve mãe aqui de não querer deixar botar a mão na criança, de escolher quem bota a mão na criança. A gente tem que lidar muito bem com as mães, as vezes não quer se alimentar (TC 18)

4.5 Categoria: Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família

A categoria em questão apresenta uma avaliação dos profissionais da equipe de enfermagem a respeito da prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática e sua família. A categoria é composta por duas subcategorias: a primeira, denota os aspectos de valorização e desvalorização da enfermagem, os aspectos psíquicos dos profissionais e a sobrecarga profissional; enquanto a segunda, elucida a experiência profissional, as oportunidades para o aprimoramento e o crescimento de cunho profissional, bem como os aspectos do setor de internação infantil.

Diagrama 05: Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família



A subcategoria “**Refletindo sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem**” revela os aspectos de valorização e desvalorização da equipe de enfermagem. A seguir, expõe-se a forma com que a desvalorização da enfermagem é vivenciada pelos profissionais do setor,

a qual advém em ocasiões isoladas, da relação com outros profissionais de saúde, assim como da problemática salarial e da sobrecarga profissional.

Aproveito para dizer que a enfermagem é desvalorizada, cuidamos em todo momento e não somos valorizados. Digo em relação as autoridades, tem a ver com a renumeração sim, porque eu preciso estar feliz naquilo que eu faço, não preciso trabalhar em dois lugares, estar exausta, não ter mais condições de estudar. É muito triste, no início eu queria medicina, mas hoje me realizei como enfermeira. Sou feliz e realizada, só não aceito essa desvalorização. Eu cuido dessas crianças desde sempre e são vistos somente pela equipe de enfermagem na sua grande maioria (E1)

Já teve uma vez na pediatria que o médico não queria que eu fizesse evolução na mesma folha que ela. Antigamente tinha um canto para cada profissão, mas não tinha da enfermagem, eu fazia nas observações. Agora tem uma folha só para enfermagem (E8)

Parece que a enfermagem está querendo se equiparar ao médico que faz lá todo o prontuário, tudo aqui. Então a gente tem que fazer também para ter o mesmo valor. Não sei se é por aí não, porque a natureza do nosso trabalho é diferente (TC 13)

A respeito da valorização da equipe de enfermagem, compreende-se que o técnico de enfermagem possui uma maior proximidade com as crianças e, por esse motivo, consegue identificar os problemas com uma maior flexibilidade. O trabalho do técnico de enfermagem e do enfermeiro se complementam, trazendo muitos benefícios ao andamento da criança. Como exposto a seguir:

Quem está sempre pensando, vislumbrando e estudando a respeito é a enfermagem. A mãe sempre acha que está entendendo tudo e depois pergunta tudo novamente a enfermagem. Principalmente na alta, nós da enfermagem somos o porto seguro [...] Maioria dos nossos técnicos são enfermeiros também, tem muitos anos de trabalho, temos uma equipe boa, antiga (E6)

E a gente que é técnico se envolve muito, porque o técnico fica muito a beira do leito, não tem como não se envolver [...] É muito importante, o meu trabalho é um trabalho que faço porque gosto, e quero ajudar, e de fazer o trabalho com essas crianças (TC 18)

Então na grande maioria das vezes quando a mãe dessa criança dá sinal, quem percebe é o técnico, então a gente passa para o enfermeiro essa questão que tem que ser sinalizada [...] geralmente essa percepção quem tem é o técnico de enfermagem, porque nós somos os profissionais que estão mais próximos dali, a gente quem passa mais tempo com o paciente, a gente faz esse link quando o enfermeiro não consegue perceber essas coisas, ou quando ele foi e não percebeu e a gente percebe, a gente chama a atenção a essa questão (TC 19)

Alguns pontos precisam de melhorias para obtenção de avanços no trabalho em equipe, como o apoio da equipe multiprofissional às demandas específicas do setor, a comunicação entre os profissionais com a família e a interação entre a equipe. A equipe de enfermagem sente-se sobrecarregada devido às elevadas demandas que surgem e quando não recebe apoio, acaba suprimindo todas as partes, como descrito a seguir:

Acho que temos sucesso nas nossas estratégias e abordagens. Acho que a interação pode melhorar, entre a equipe multiprofissional, mas que isso precisa de muito de avanços. Entre a equipe de enfermagem e o manuseio da equipe multiprofissional (TC3)

A equipe médica ainda tem um pouco essa questão de ter que melhorar a comunicação com os pais. Muitas coisas não são ditas, muitas coisas, é exames que não são reportados, não fala com o espaço que aconteceu, é como se tratasse só criança mesmo, e não tivesse ninguém ali do lado dela, dependendo do nível de estresse, isso gera muita confusão para enfermagem, porque eles ficam acumulando o estresse com cada vez mais cansados não tem informação e aí tem horas que explodem e a gente acaba recebendo (TC4)

Bom diálogo, o trabalho em equipe não tem como dar certo se as partes não se interarem (TC5)

Eu digo a triagem, mais apoio de todos os profissionais da equipe multidisciplinar. Porque a Enfermagem acaba sendo sobrecarregada, porque a Enfermagem acaba sendo tudo (TC6)

Eu acho que a equipe multiprofissional deveria ser mais unida com a Enfermagem. Porque muitas vezes, a gente acaba fazendo coisas, por exemplo, a Fonoaudiologia aqui ela vem uma ou duas vezes na semana, então você não tem como dar continuidade ao trabalho com aquela criança, que aquela criança precisa, Fisioterapia só tem de dia, tem criança que precisa de fisioterapia de noite, fisioterapia duas vezes, três vezes, não é só o aspirar, aspirar vias aéreas a gente faz. Agora trabalhar com a criança é outra coisa. Atendimento psicológico, eu acho que aqui é um pouco defasado, tem atendimento? Tem, mas não como deveria ser. Então a gente acaba fazendo muita coisa, que não cabe a gente. Mas a gente faz. (TC7)

O aspecto psíquico da equipe de enfermagem é demonstrado na fala (TC 18) como abalado, devido às perdas que são enfrentadas no setor de internação infantil, trazendo dificuldades para desempenhar os cuidados e o socorro necessário. Os profissionais de saúde que atuam no setor de internação infantil não possuem apoio da psicologia do hospital, como considerado na fala (TC 16).

É muito sofrimento mesmo que a gente vê aqui, é muito difícil trabalhar, a gente assim não tem como profissional apoio psicológico, se não for buscar lá fora, você também não tem (TC16)

Eu já vi muita coisa aqui, já vi muita criança sofrer aqui, de perder a infância aqui, eu choro, porque não posso fazer nada, tem coisas que não está no nosso alcance fazer, por mais que eu seja Técnica de Enfermagem, as vezes eu vou lá prestar um apoio moral, fico olhando, fico por perto. Já repararam que quando a criança tem uma parada cardiorrespiratória, criança que eu estou muito envolvida, eu não consigo ajudar mais, “será que vou perder aquela criança”, e tem época que eu preciso fazer psicologia para me ajudar, porque é muito difícil (TC 18)

A subcategoria “**Apresentando possibilidades de avanços no gerenciamento do cuidado de enfermagem**” revela os aspectos que denotam o aprimoramento profissional em toda conjuntura de possibilidades para propiciá-lo. Apresenta-se também os aspectos que carecem de melhorias no setor de internação infantil.

Observa-se nas falas abaixo, o posicionamento dos profissionais a respeito da necessidade de investimento na área de educação em saúde para o aprimoramento profissional. As patologias no ramo da cardiologia são diversas e cada vez torna-se mais necessário o investimento em cursos e treinamentos para que os profissionais se sintam preparados e capacitados para desempenhar suas funções de forma segura.

Eu acho que a gente precisava de mais de aprendizado, mais do lado científico, as vezes não temos tempo para parar e aprender e precisava. O que eu percebo aqui, que as vezes precisamos ter mais conhecimento da doença. Para prestar o melhor cuidado, só temos um cuidado bom quando sabemos o que é a doença e entende o que precisa para prestar a assistência de enfermagem. [...] Acho que precisamos de algumas aulas, de estratégias que evidencie os nossos cuidados. Aqui tratamos muitas patologias. Cada paciente é um cuidado diferente, para cada patologia é um cuidado, é diferente (E5)

Eu acho que além da questão de formalizar os POPs, acho que investimento científico do profissional. Aqui temos residências de enfermagem, mas não temos reciclagem do pessoal. Acesso a tecnologias novas, estudo, a equipe ter seminários online, educação continuada mais presente ajudaria bastante aqui. Acho que poderia fazer minicursos, porque sabemos que os profissionais não trabalham só aqui. Simulação de pacientes, sabendo que tem pacientes com cardiopatia reumática. Trazendo artigos novos sobre tratamentos, trazendo artigos sobre a questão do familiar, poderia ter workshops ou seminários que trabalhasse isso (E6)

No setor não tem nenhuma ação para educação em saúde para a equipe de enfermagem. Tem algumas doenças que não conheço, era bom ter sempre para uma atualização profissional (E7)

Instrumento de trabalho isso é muito importante no setor, e os cursos de aprimoramento, eu acho também muito importante [...]Quando tem curso, treinamento, isso é muito bom, porque as vezes a gente está fazendo a mesma coisa toda a vida, mas há mudanças, a ciência está aí para isso, a partir do momento que há investimento em curso e treinamento acho que isso melhora muito, e pode facilitar o serviço [...] mas precisa de mais cursos, mais atualização (TC 17)

A questão tecnológica foi identificada em algumas falas com carente de melhorias. A monitorização dos pacientes precisa ser fidedigna e os recursos tecnológicos estão precários no setor de internação infantil, como identificado nas falas abaixo:

Acredito que o que dificulta o nosso trabalho é a questão da monitorização. Os cabos não conectam nos monitores, a frequência não bate com o manual. Essa tecnologia atrasada dificulta muito. Quando o paciente vai descer, ficamos horas tentando monitorar, paciente chega e pensamos que está saturando pouco e quando coloca o manual não é isso. Os recursos tecnológicos são ruins. A tecnologia mais avançada iria facilitar o trabalho, aparelhos atuais, uma organização. É uma necessidade. As meninas quando vão verificar sinais vitais ficam muito tempo, já tem a dificuldade por ser criança, as vezes a criança não quer. Já tem a dificuldade por ser criança, o monitor não ajuda, tudo isso dificulta. Isso atrapalha muito (E7)

Então é uma coisa que facilitaria aqui era a gente ter um site, um protocolo, o sistema informatizado, para a prescrição, que tivesse um suporte tecnológico melhor. O suporte tecnológico facilita muito (E8)

Até as ferramentas que a gente usa aqui as vezes muda, bomba infusora, tem um treinamento para isso, outra coisa que facilitou muito foi a vinda de monitores, que nós não tínhamos monitores individualizados (TC 17)

A brinquedoteca é um espaço que possui uma grande importância na vida das crianças hospitalizadas. Dessa maneira, há a necessidade de uma organização quanto ao funcionamento desse espaço para oferecer entretenimento a criança. Abaixo, apresenta-se algumas falas que demonstram a falta de organização do horário de funcionamento da brinquedoteca e a necessidade de melhorias:

Não possui um horário fixo na brinquedoteca. Sinto falta dessa organização, de saber os horários direitinho de passar essas informações aos responsáveis que sempre perguntam, só os terapeutas ocupacionais que abrem lá, não temos muita informação e possui uma grande importância para as crianças. Segundo os terapeutas ocupacionais falam, não tem profissionais o suficiente que dê conta dessa demanda (E2)

Geralmente quando as terapeutas estão aí eles vão, não temos acesso a escala delas, então não sabemos quando abre (E5)

É questão estrutural e da comunicação. Estrutural porque não temos espaços suficientes para distrair essa criança e dar entretenimento. Nós não podemos abrir a brinquedoteca sem os terapeutas, precisamos de uma organização (TC 12)

O solário é um ambiente importante para a interação das crianças e o contato com o sol. Há uma restrição de horário e acesso ao solário, fator que dificulta as crianças de frequentar esse ambiente. Em algumas falas foi possível identificar o desejo dos profissionais de ter um solário no andar do setor de internação infantil, como exposto abaixo:

Eu acho que as nossas limitações aqui, talvez sejam de espaço, trabalhamos em um prédio antigo, sem acesso ao ar livre para levar as crianças. Para uma varanda, em um banho de sol, para interagir entre elas, até temos um solário, mas é só no segundo andar, onde a cadeira de rodas não passa, algo

improvisado. O solário tem um horário restrito, é em outro andar, então crianças com alguma restrição já não acessa, não tem como liberar, se fosse aqui no andar até poderia. Por não ser aqui no andar dificulta muito a supervisão (E2)

Tem o solário, quando eles não estão em período de antibiótico, deixamos descer, para pegar um sol. Acho que se o solário fosse nesse andar, seria ótimo. Seria ideal, facilitaria muito (E5)

A organização das enfermarias no setor de internação infantil é feita pela enfermeira chefe da equipe de enfermagem que prioriza manter as crianças com mesma idade nas mesmas enfermarias. A organização do setor, é uma ação no âmbito da gerência do cuidado de enfermagem, o qual visa priorizar o bem-estar da criança e da família que passam pelo processo da hospitalização, entretanto, existe uma dificuldade quanto a questão estrutural e organizacional do setor devido à alta demanda, conforme exposto a seguir:

Tentamos agrupar por idade as enfermarias, mas não funciona porque a demanda é muito grande. Então, às vezes, fica um RN (recém-nascido) com um escolar e o RN (recém-nascido) chora o tempo todo, acorda de madrugada [...] Eu acho que o que poderia ter de melhor para oferecer aqui é a organização de espaço, manter isso mesmo priorizando as idades juntas, porque os gostos são similares, os hábitos noturnos são parecidos, adolescente não acorda de madrugada, bebê acorda, criança dependendo acorda, temos que priorizar a organização do espaço e da estrutura. Temos autistas aqui, mas não possuo uma enfermaria para colocá-lo, então tem sido difícil [...] Crianças que chegam com dor e eu não consigo oferecer um conforto por conta da estrutura [...] Olha, recebo muitas reclamações. Teve uma mãe essa semana que falou: Não estou aguentando mais escutar aquele menino autista gritar a noite toda. Eu disse que entendia, mas que ele não tem culpa e que eu não tenho espaço para colocá-lo e conseguir separar (E2)

Aqui eu acredito que não tenho muitas dificuldades, porque eu trabalho aqui é muito bem organizado. E a nossa coordenadora, se esforça para manter nosso setor o mais organizado possível, então acaba que fica um bom trabalho, um trabalho seguro (TC13)

Capítulo V - DISCUTINDO OS RESULTADOS

O presente capítulo tem como objetivo principal discutir os resultados obtidos com a pesquisa e objetiva utilizar as literaturas nacionais e internacionais disponíveis para alcançar a discussão. Pretende-se confrontar os achados do presente estudo com os resultados de outras pesquisas, estabelecendo um raciocínio e um diálogo com os múltiplos trabalhos encontrados, tendo como base os conceitos e os princípios do interacionismo simbólico, realizando uma contextualização.

O Interacionismo Simbólico abordado no presente estudo, revela a concepção interpretativa dos significados expressados pelos participantes. Blumer define que os significados emergem da interação social desempenhada com cada um, o relacionar-se com o outro revela e carrega significados, que podem se diferenciar de acordo com as situações vivenciadas ao longo da vida (BLUMER, 1982).

5.1 Categoria: Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática

Nessa categoria compreendeu-se que a gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática é realizada pela equipe de enfermagem no desempenho do cuidado à criança e à sua família. O cuidado é desenvolvido de forma direta e indireta, onde o foco principal visa atender às necessidades de saúde da criança e da família no conjunto de suas demandas. O cuidado indireto se dirige para o campo da gerência, onde o planejamento do cuidado de enfermagem e todo o processo de cuidado deve ser priorizado e planejado. Ainda nesta categoria, vislumbrou-se a necessidade de promoção de autocuidado haja vista a cronicidade da doença e do cuidado familiar. Segundo o escrito de Wilson (2022), o autocuidado é algo necessário para a manutenção do tratamento, entendendo que o cuidado desempenhado no ambiente domiciliar não terá a supervisão e auxílio da equipe de enfermagem, tornando ainda mais necessária a promoção do autocuidado, do cuidado familiar ou de um cuidador.

A compreensão sobre a interação simbólica que permeia cada atitude ou ação humana, se vivencia por meio do estudo da simbologia e interpretação do contexto relacional que este revela, dentro da perspectiva de cada ser humano (BATISTELA, 2023). Assim, os significados são revelados através da expressão sobre a interação e o cuidado prestado (SANTOS et al., 2020).

A interação que os profissionais de saúde estabelecem com a criança e seus familiares conta com toda simbologia agregada por meio das experiências individuais que cada ser humano vivenciou durante toda a vida. Toda a interação, self e mente estabelecida entre as partes, permite o conhecimento e a compreensão do que traz benefícios para o tratamento, do que é necessário e de quanto é importante o cuidado. A construção do cuidado é estabelecida através do compartilhamento de experiências e vivências, proporcionando metas que levam a tomada de decisões (DIAS et al., 2023).

Através da categoria em questão, elucidou-se que a gerência do cuidado de enfermagem envolve múltiplos aspectos. No âmbito da dimensão assistencial, os aspectos clínicos orientam o desenvolvimento do cuidado de enfermagem no processo que envolve o tratamento e a evolução da doença (DIAS et al., 2020).

Por estes e outros pontos a considerar, a problemática assistencial demonstra-se direcionada para a conjuntura do cuidado de enfermagem direto à criança em uma condição crônica de saúde, desempenhado pela assistência no âmbito hospitalar e pela assistência que transpassa o ambiente hospitalar, englobando as orientações, a longevidade do tratamento, a construção do cuidado terapêutico de acordo com as necessidades que aparecem ao longo do percurso do tratamento (DEPIANTI, CABRAL, 2023).

O gerenciamento do cuidado de enfermagem é compreendido pela ótica do cuidado direto e indireto (FRANCO et al., 2021). Este abrange toda a conjuntura assistencial, onde o cuidado alcança à criança e sua família no âmbito hospitalar como no domiciliar, contando com a compreensão do que é a doença, as prioridades no tratamento e de como é possível manejar o cuidado.

No âmbito hospitalar, o cuidado direto desenvolvido à criança se inicia no acolhimento e na chegada à unidade de saúde e se estende até a alta, onde o cuidado é multidimensional e estabelece uma relação com a realidade de cada um frente à condição e à necessidade de manter o cuidado (ZANETONI, CUCOLO, PERROCA, 2023).

No ambiente domiciliar, o cuidado deixa de ser supervisionado e executado pela equipe de enfermagem e passa a ser de responsabilidade da família. Por este motivo, a equipe de enfermagem orienta os pais e realiza algumas instruções que visam auxiliar no desempenho do cuidado no ambiente domiciliar. O autocuidado e o cuidado familiar tornam-se primordiais em casa, onde há uma necessidade explícita do desempenho dos cuidados para o sucesso do tratamento. Quando o tratamento não é seguido, ocorrem novas internações com quadros mais graves (RAMALHO et al., 2022).

A criança com cardiopatia reumática faz uso de muitos medicamentos rotineiramente, a benzetacil[®] é um dos medicamentos utilizados durante todo o tratamento (BEATON et al., 2019). A equipe de enfermagem preocupa-se quanto à compreensão dos familiares a respeito do uso dos medicamentos no ambiente domiciliar, pela extensibilidade de medicamentos que são realizados e a necessidade de uso correto (SOUZA et al., 2023). A equipe de enfermagem desenvolve múltiplas estratégias que visam facilitar a adesão e compreensão dos familiares, trazendo cores e desenhos para facilitar no momento da administração.

Quando os profissionais foram questionados à respeito dos significados atribuídos ao cuidado direto desenvolvido pela equipe de enfermagem à criança com uma condição crônica de saúde foi pontuado como algo gratificante e como resultado de competência profissional. A esse respeito, a literatura revela que é comum o profissional de enfermagem nas relações de cuidado vivenciar sentimento de prazer, satisfação e motivação por realizar seu trabalho com competência (FRANCO, et al, 2021).

Segundo Mororó (2020) o profissional enfermeiro enquanto gerente do cuidado de enfermagem, porta de uma importante representação dentro da equipe de enfermagem no que se refere à gerir a equipe e priorizar o cuidado à criança em uma condição crônica de saúde, trazendo significados à prática profissional.

A equipe de enfermagem segue um plano de alta hospitalar para auxiliar quanto às orientações e questões prioritárias, garantindo que os familiares compreendam tudo sobre o tratamento. Nesse momento, todas as orientações são realizadas, as quais envolvem às relacionadas aos medicamentos, às consultas, ao acompanhamento na clínica da família, aos sinais e sintomas que podem indicar uma piora no quadro ou que indique uma necessidade de procura por atendimento (ZANETONI, CUCOLO, PERROCA, 2022).

O cuidado da equipe envolve à atenção aos familiares, que participam do cuidado em todo tempo (SILVA et al., 2019). Segundo Ramalho et al (2022), o profissional enfermeiro no período da alta hospitalar deve orientar os responsáveis quanto à alimentação, à higiene e os cuidados prioritários no ambiente domiciliar. A orientação é uma ferramenta essencial para esclarecer as dúvidas e trazer uma confiança maior para o desempenho do cuidado e autocuidado, facilitando a adesão ao tratamento.

O enfermeiro enquanto gerente do cuidado de enfermagem desenvolve ações relacionadas ao dimensionamento da equipe de enfermagem e ao planejamento dos cuidados, delegando a equipe o desempenho de alguns cuidados. A organização das enfermarias, a organização do ambiente e os treinamentos que precisam ser realizados são atribuições do enfermeiro, que identifica as reais necessidades da equipe. A literatura ressalta que as atividades

do enfermeiro em maior parte concentram-se no cuidado indireto, envolvendo em grande parte questões burocráticas (FERREIRA et al., 2019).

5.2 Categoria: Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática

Na presente categoria, compreendeu-se que a hospitalização da criança com cardiopatia reumática é permeada por significados que orientam a prática profissional dos participantes. A hospitalização e o tratamento da criança foram simbolizados como longos. As condições socioeconômicas, os aspectos físicos, psíquicos, sociais e financeiros da criança e de sua família são explorados nessa categoria no âmbito do processo que envolve a saúde e a doença.

A dicotomia entre saúde e doença desenvolve no ser humano a noção de bem-estar. A dor rotineira, física e emocional da criança e dos cuidadores, nesse último, sobretudo a experiência da dor emocional, diante dos momentos de aplicação da benzetacil[®] que é a medida profilática e de prevenção secundária usada a longo prazo (ARVIND; RAMAKRISHNAN, 2020) produzem significados relacionados à quebra da autonomia da criança, como visto nas falas descritas.

Em algumas falas, é possível evidenciar a dor do cuidador ao ver sua criança perder em vários aspectos: a perda da infância, a perda do brincar, a perda da rotina e, algumas vezes, a perda da vida. Diante dessas múltiplas perdas, a família enxerga no ambiente hospitalar uma possibilidade de sobrevida, de prolongamento do tempo de vida da criança (RODRIGUES; FERNANDES; MARQUES, 2020). Entretanto, observa-se que esse período é marcado por procedimentos dolorosos em que a criança, desde muito cedo, terá que conviver com repetidas experiências sensoriais.

No estudo de Lima et al (2020) evidencia-se que a dor que o paciente experimenta pode ser minimizada quando em companhia das pessoas mais especiais. Ou seja, a presença dos familiares corrobora para a melhora do quadro, ao proporcionar mais conforto face aos procedimentos dolorosos.

O hospital foi compreendido como um local de cuidado, o qual pode trazer impactos emocionais devido às cirurgias constantes, tratamentos invasivos e experiências dolorosas. Por outro lado, por ocasião de repetidas experiências dolorosas, pode ser interpretada e produzir o significado de um lugar fortemente relacionado à dor, em vez de um lugar de saúde e bem-estar.

Os cuidadores que acompanham a criança em todo tratamento, percebem na realidade da hospitalização que o choro é constante, sendo o ato de chorar uma reação humana natural diante das situações vivenciadas (LIMA *et al.*, 2020). E perante essa dor, os cuidadores se veem

impotentes, sem poder tomar atitudes que possam cessar ou aliviá-la. Ademais, o senso de proteção advindo dos pais, fica em segundo plano, uma vez que o cuidado principal estará vindo de um profissional da saúde.

O diagnóstico de uma doença crônica leva ao comprometimento de uma rotina de cuidados. Para tanto, nas falas é verificado que o olhar para o cotidiano é empobrecido, sem estímulos adequados a idade. A criança hospitalizada tem influência no seu desenvolvimento devido ao ambiente que a circunda, como visto também no estudo qualitativo de Simonato, Mitre e Galheigo (2019). Com essa pesquisa, evidencia-se que durante a rotina hospitalar são realizados exames, procedimentos invasivos e administração de medicamentos distintos. Os múltiplos procedimentos podem causar a sensação de dor, o que pode ser minimizado através da interação com atividades prazerosas, como a leitura, o desenho, os jogos e os estímulos áudio visuais. Uma vez que a infância deveria ser baseada em um brincar livre e espontâneo, dá lugar as idas ao hospital, diagnósticos, adaptações e restrições na liberdade de ser criança.

A infância da criança com cardiopatia reumática é marcada por internações e múltiplas intervenções que podem ocasionar dor e sofrimento à criança e à família. As internações repetidas e prolongadas, o uso da benzetacil[®] com frequência e as intervenções cirúrgicas trazem desconforto e dor ao ter que lidar com todo processo de hospitalização. A esse respeito, a literatura revela que crianças em condição crônica de saúde sofrem com as complicações da patologia e com a interrupção da infância ao viver constantemente em uma situação de hospitalização, com tratamento prolongado e a necessidade de cuidado leva a diversas imposições à vida da criança que conviverá por toda vida com essa rotina, fato que reverbera em atrasos em toda vida, em relação a escola e todo o convívio social (SIMÕES; SILVA; COSTA, 2020).

A equipe de enfermagem e multiprofissional buscam estratégias que contribuam para amenizar a dor e o sofrimento da criança e da família ao lidar com os percalços da internação (PAULA et al, 2019). As falas apontam que as estratégias desenvolvidas para o controle da dor envolvem a disponibilização de amor, carinho e atenção à criança e à família que vivenciam momentos difíceis, com a rotina interrompida e as múltiplas internações.

A equipe de enfermagem identifica quando as crianças e seus familiares precisam de apoio psicológico e acionam a equipe multiprofissional para cuidar das questões psíquicas. Alguns destacam em suas falas a necessidade e a importância de levar sempre a empatia nos atendimentos, compreendendo todas as demandas que surgem durante esse processo de cuidado e como as demandas podem ser supridas, de acordo com a necessidade da criança. O estudo de Moreira et al (2019) destaca que o planejamento e o diálogo entre a equipe multiprofissional é

uma estratégia eficaz para a resolução de problemas e para promover uma assistência adequada aos pacientes, evitando danos e trazendo benefícios ao tratamento. A boa relação entre a equipe multiprofissional é algo benéfico. No presente estudo, pontua-se a estratégia de planejamento em conjunto e os feedbacks permanentes como algo eficaz.

No momento da aplicação da benzetacil[®], a equipe de enfermagem conta com ações de natureza farmacológicas e não farmacológicas para o controle da dor. No âmbito das ações farmacológicas, cita-se o uso do anestésico, enquanto não farmacológico, o uso da compressa de gelo no local da aplicação. Relacionado à dor ocasionada pela benzetacil[®], compreende-se que este fármaco é utilizado no tratamento de outras doenças, como é o caso da sífilis. Em um estudo desenvolvido por Navega e Bortolozzi (2022) foi possível compreender a experiência de dor ocasionada pela benzetacil[®] e as dificuldades de adesão ao tratamento. Expõe-se da mesma maneira, na cardiopatia reumática essa dificuldade, entendendo que nessa patologia, como sendo crônica, a benzetacil[®] estará presente em todo o curso do tratamento. Por este mesmo estudo, compreendeu-se que a adesão ao tratamento é facilitada pelo uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas para reduzir a intensidade da dor, com também pelo apoio dos profissionais.

O diagnóstico tardio e a falta de informação sobre a patologia dificultam o bom prognóstico da doença, ocasionando a piora do quadro e possíveis lesões valvares que se tornam irreversíveis. A demora pela procura ao serviço de saúde e para o início do tratamento trazem consequências para a vida da criança, a qual terá que conviver com as cirurgias cardíacas para troca valvar, as internações e o uso de benzetacil[®] como forma de prevenção secundária da doença, prevenindo agravos e reinfecções valvares. O estudo de Santos et al (2020), revela que o retardo no diagnóstico, que por sua vez, é realizado através de diagnóstico clínico, atribui consequências à saúde do paciente que envolvem dificuldades no cumprimento do tratamento.

Os resultados revelam a extensibilidade do tratamento e a necessidade do cuidado específico às demandas da criança durante todo o período de hospitalização, como também o sofrimento profissional diante da aflição da criança. Alguns afirmaram que as crianças ficam com medo dos profissionais devido a dor ocasionada pela benzetacil[®], mantendo uma distância e uma resistência em interagir com os profissionais devido ao medo. O estudo de Duarte et al (2021) revela que o sofrimento profissional é constante, pois ele se depara com a aflição das crianças hospitalizadas no setor de oncopediatria. As manipulações com procedimentos invasivos, o cuidado à criança em cuidados paliativos e a morte resultaram em sofrimento psíquico a esses profissionais. Quando comparado com a realidade do setor de internação

infantil das crianças com cardiopatia reumática, compreende-se que os profissionais sentem dor e sofrimento ao vivenciar e presenciar todo sofrimento da criança e sua família.

Os cuidados pré cirúrgicos são realizados pela equipe de enfermagem e multiprofissional, seguindo um plano de orientações e esclarecimentos sobre a cirurgia, os riscos, os benefícios e os cuidados pós cirúrgicos. Antes da cirurgia, são realizados esclarecimentos quanto aos dois tipos de válvulas, válvula biológica ou metálica, apontando os riscos e os benefícios do uso de cada uma, assim como a durabilidade e o período estimado de troca. Dito isso, compreende-se com base na literatura que a equipe de enfermagem precisa desenvolver estratégias para disponibilizar um cuidado individualizado ao paciente que se submeterá à cirurgia cardíaca, com base nas necessidades individuais, avaliando o psíquico e as ansiedades que podem surgir devido à cirurgia (DINIZ et al., 2021).

Evidencia-se que as complicações que acometem às crianças cardiopatas em condição crônica de saúde são distintas e podem ocorrer em qualquer fase do tratamento. Após a cirurgia de troca valvar, a criança pode apresentar risco de infecção e esse risco é equivalente a exposição durante a cirurgia e aos cuidados desempenhados no período pós cirúrgico. As crianças chegam até a unidade de internação com quadros de insuficiência cardíaca, infecção valvar, miocardiopatias ou endocardite reumática, os quais podem estar associados aos cuidados desempenhados em ambiente domiciliar.

Em virtude de toda problemática que envolve o viés social e de acessibilidade ao tratamento, destaca-se o atraso e o abandono deste, fato que compromete o bom prognóstico, trazendo ainda mais consequências negativas para a vida da criança. Segundo o estudo de Portela e Guimarães (2020) a cardiopatia reumática associa-se a um maior risco de endocardite, levando o paciente a muitas complicações a nível cardiológico. Os autores ressaltam a importante prevalência da cardiopatia reumática na infância e a necessidade de prevenção de agravos.

O abandono do tratamento é algo frequente, o qual pode relacionar-se à falta de informação sobre a doença e sobre as consequências do abandono. Portanto, segundo relatos dos profissionais, foi possível evidenciar que o abandono torna-se mais evidente em pessoas de classe baixa e média, onde há uma dificuldade de compreensão quanto a importância do tratamento. Alguns profissionais associaram o abandono aos episódios de dor e sofrimento ocasionados por segui-lo. Segundo o estudo de Oliveira et al (2020), os familiares relataram sobre os traumas psicoemocionais causados nas crianças em decorrência do estresse do tratamento pela administração da penicilina associando à desistência no curso terapêutico.

A condição crônica de saúde acaba por oferecer uma limitação para o desempenho das atividades de vida diária e ao afastamento do convívio familiar, levando em muitos casos, ao adoecimento psíquico da criança, ao ter que conviver com uma doença incapacitante e que atribui uma série de limites à expectativa de futuro (LOPES et al., 2022). Essa realidade é também perceptível no contexto simbólico da criança hospitalizada com cardiopatia reumática.

Nesse sentido, identificou-se no presente estudo que a dor está entre as principais causas que atribuem sofrimento psíquico à criança hospitalizada. Por este raciocínio, compreende-se que os aspectos que remetem à internação prolongada e ao cansaço ocasionado pela doença, acarretam limitações no curso de ser criança, roubando o brincar e a interação que precisam ser estabelecidas pelo convívio social.

A escola é um ambiente importante para estabelecer a interação entre os colegas de classe. O estudar é algo importante para a formação e para o intelecto de cada criança. Tudo é condicionado pelo diagnóstico, até mesmo o convívio familiar torna-se mais dificultoso. Segundo o estudo desenvolvido por Horridge, Bretnall e Fraser (2023), crianças hospitalizadas possuem uma maior dificuldade de aprendizagem quando comparada com as demais crianças.

Por ocasião dos longos períodos de hospitalização, algumas crianças ficam o ano todo longe da escola. Em decorrência disso, com o objetivo de disponibilizar a oportunidade de estudo para as crianças, o hospital oferece acompanhamento educacional, tendo uma professora para lecionar e ajudar as crianças de maneira individual, de acordo com a série de cada uma.

Os pais e crianças sentem-se frustrados ao lidar com o período prolongado de hospitalização (LOPES et al., 2022). Pontuou-se nos resultados que em muitos casos a condição psíquica é pior do que a física, necessitando de apoio da equipe multiprofissional para lidar com o sofrimento psíquico que assola toda a conjuntura familiar. A dificuldade de interação entre a família e o profissional foi apontada nas falas como algo decorrente do sofrimento que esses familiares enfrentam durante todo o tempo de hospitalização, ao ter a rotina paralisada e ao ter que lidar com o sofrimento do paciente.

No que tange ao aspecto físico da criança hospitalizada, em grande maioria, aponta-se como crianças emagrecidas e com um cansaço extremo devido a cardiopatia. Essas crianças apresentam uma condição social e financeira difícil, chegando até o setor de internação infantil em condições de higiene precária. Muitas passam necessidades em casa no que se refere à alimentação. Tais fatos dificultam o prosseguimento do tratamento. Com base em um estudo epidemiológico desenvolvido no Brasil sobre a doença, destaca-se que a cardiopatia reumática permanece sendo a maior causa de doença cardíaca entre crianças e adultos jovens, sendo esta uma doença de países mais pobres (MEDRADO et al., 2022).

Muitas crianças abandonam o tratamento por não ter condições financeiras para se deslocar até o hospital, passando por necessidades alimentares em casa e até mesmo preferindo a internação para conseguir se alimentar. Algumas famílias optam por abandonar o tratamento devido a necessidade de trabalhar, onde a interrupção do trabalho, com as internações e consultas, trazem prejuízos, levando a escolher o sustento ao invés de prosseguir no tratamento. O saneamento básico nessas famílias é precário, onde a porta para infecções e para a propagação de doenças é ainda mais recorrente. Segundo Figueiredo et al (2019), os casos de cardiopatia reumática mantêm um crescimento anualmente com prevalência em populações mais vulneráveis e pobres, sendo uma das principais causas de mortes em países socioeconomicamente mais pobres.

5.3- Categoria: Apresentando as condições intervenientes à gerência do cuidado de enfermagem

As dificuldades ou facilidades inerentes ao exercício da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática e sua família situam-se na aceitação da criança e da família em receber os cuidados, na cooperação da equipe de enfermagem e multiprofissional, na condição socioeconômica da família e no acesso da criança ao tratamento, bem como envolve a estrutura do hospital e os recursos disponíveis para o cuidado. Muitos outros fatores relacionam-se diretamente e indiretamente à gerência do cuidado, fatores esses que influenciam de forma positiva ou negativa e que serão discutidos nessa categoria.

A criança hospitalizada em uma condição crônica de saúde, passa por muitos períodos no hospital, fator este que acarreta estresse, desgaste físico e emocional. Somado a este fato, compreende-se que a criança precisa de acompanhante em todo o período da internação, necessitando de auxílio da família para acompanhá-la. Durante a hospitalização, devido ao estresse e frustração, a comunicação é afetada e muitas crianças acabam não aceitando ser cuidadas, ocasionando dificuldades no desempenho do cuidado pela equipe de enfermagem e multiprofissional. Segundo Schliemann et al. (2021) a comunicação é essencial para promover uma relação de confiança e para garantir a atenção da criança e do familiar para as questões que envolvem os cuidados. Quando a comunicação não é eficaz, acaba trazendo insegurança, tornando a relação mais difícil.

A falta de confiança da família no trabalho da equipe de enfermagem e multiprofissional causa muitas contrariedades no desempenho do cuidado, condicionando a relação da equipe com a criança nas interações de cuidado. Esses fatores podem atribuir dificuldades ou

facilidades no curso do tratamento e, conseqüentemente, à gerência do cuidado de enfermagem, que precisará de um planejamento para atender todas as demandas que possam surgir, cuidando de todo um setor.

O estudo de Silva da Rocha et al. (2022) revela que a família da criança hospitalizada quando mantém uma boa relação com a equipe de enfermagem, estabelece um cuidado compartilhado, que acaba trazendo boas experiências para o exercício do cuidado. Compreende-se nesse artigo que a equipe de enfermagem deve ter um olhar para cada criança de forma individual, mantendo o respeito pela família e atendendo às demandas durante a internação. O laço entre a família e a equipe é importante para a inclusão do cuidador no tratamento, colocando este como protagonista, sendo um ato essencial para garantir a constância do cuidado.

Os resultados sinalizam que a condição socioeconômica da família é um fator condicionante da gerência do cuidado. Sobre o exposto, de acordo com essa condição, pode haver dificuldades na compreensão sobre o tratamento, fato que atribui complicações para o desempenho do cuidado. Quando a criança não possui condições financeiras para chegar até o hospital, ocorre múltiplas interrupções no tratamento, quando a família tem dificuldades de compreender sobre a importância do cuidado, paralisa-se todo o curso do tratamento, que por sua vez, precisa de uma constância e uma continuidade em casa. Segundo Vaz et al., 2022, a vulnerabilidade pode causar interferências na saúde da criança. As condições sociais e financeiras das crianças e de suas famílias trazem obstáculos para o período de hospitalização, no que tange a acessibilidade ao hospital e permanência, aos recursos financeiros para a manutenção do cuidado e aos percalços que envolvem essas questões.

A cardiopatia reumática, por ser uma doença pouco abordada, há uma dificuldade maior em relação ao conhecimento sobre a doença, sendo um assunto pouco abordado nas unidades de saúde. Pelo desconhecimento à respeito da doença, por tantas incertezas e dificuldades, a criança e a sua família acabam abandonando o tratamento. Muitas mães não sabem ler e escrever, muitas sustentam toda a família e precisam trabalhar, essas mães não possuem condições financeiras para frequentar o hospital e dar continuidade ao tratamento. Assim, a necessidade do sustento se sobrepõe à necessidade de manutenção da saúde.

No estudo desenvolvido por Rodrigues, Fernandes e Marques (2020) cita-se que uma das preocupações dos pais mediante a hospitalização da criança, refere-se à questão financeira, sendo este um dos problemas que assolam os pais devido ao aumento das despesas e a ausência de recursos financeiros. Algumas famílias moram muito longe do hospital, não possuem dinheiro para comprar medicamento e se alimentar. Todas essas questões acabam tornando mais

difícil o curso do tratamento e acabam por trazer uma piora no prognóstico da criança, que conviverá com as sequelas da interrupção do tratamento.

A comunicação entre a criança, os responsáveis e os profissionais da saúde, deve ser fluida, para o bom curso do tratamento. Quando a comunicação não é eficaz no âmbito das relações simbólicas, os familiares acabam não compreendendo o tratamento e acabam não confiando nos profissionais para a realização do cuidado. A equipe de enfermagem pontuou nas falas uma dificuldade de comunicação da equipe multiprofissional com os familiares, ao referir que o médico não estabelece uma boa comunicação e os familiares ficam com vergonha de tirar as dúvidas, levando todas as demandas para a equipe de enfermagem. Visto que, quando as crianças chegam até o setor de internação infantil, os familiares vêm com muitas dúvidas sobre o tratamento e sobre diversas questões. Essa dificuldade em se comunicar dificulta o curso do cuidado, trazendo uma sobrecarga para a equipe de enfermagem.

O estudo de Fassarella et al. (2019) pontuou a importância do processo de interação e comunicação entre os familiares e os profissionais, desenvolvendo estratégias pautadas na humanização para promover em meio a hospitalização, um ambiente acolhedor para a criança e sua família. O bom relacionamento promove a satisfação de ambas as partes, a educação em saúde no ambiente hospitalar é um ponto crucial para garantir a continuidade do tratamento.

Em relação à educação em saúde, cita-se que quando os familiares chegam até o setor com orientações prévias, facilita o cuidado. Quando a criança e sua família são orientadas na atenção primária, na clínica da família, sobre a prevenção secundária da doença, sobre as necessidades de saúde e sobre a importância do tratamento, facilita a adesão e propicia um bom prognóstico. Quando a criança e os familiares chegam até o setor, todas as orientações são realizadas, mas quando chegam sabendo sobre o tratamento, facilita a compreensão e a aceitação do modelo terapêutico de cuidado.

Um estudo desenvolvido por Gonçalves et al. (2020) apontou que as orientações pautadas na educação em saúde realizadas durante a internação das crianças, disponibilizam a oportunidade de aprendizado para os pais, fator importante no momento da alta onde os cuidados ocorrerão em casa. Os cuidados e as orientações trazem mais autonomia e segurança aos pais, revelando a importância e os significados que o ato de cuidar carrega.

Em relação a equipe de enfermagem, compreende-se que quando os profissionais conseguem manter uma boa relação acaba facilitando o andamento do serviço e trazendo um cuidado pautado no diálogo e na compreensão entre a equipe. O bom relacionamento entre a equipe de enfermagem é importante, assim como entre a equipe multiprofissional, entendendo que todos tem um papel imprescindível para o tratamento da criança.

A interação e o diálogo são pontos cruciais para o desempenho do cuidado no trabalho em equipe, assim como o investimento em cursos e treinamentos que têm como objetivo oferecer capacitações para os profissionais atuantes, sendo o serviço ainda mais qualificado e específico, colaborando com toda a equipe de saúde (FERNANDES et al., 2021). O estudo de Biasibetti et al. (2019) apontou que a comunicação é uma importante ferramenta utilizada entre as equipes, sendo essencial para a segurança do paciente. Compreende-se que a troca de informações oferece uma oportunidade de ampliar os conhecimentos e trazer a elaboração de planos terapêuticos eficazes.

O acesso à brinquedoteca e ao convívio com os familiares, são pontos que trazem benefícios para o tratamento da criança hospitalizada, promovendo alegria e momentos felizes. Quando a criança consegue ficar mais feliz, o tratamento tem um bom resultado, sendo o acesso à brinquedoteca com horários programados, algo benéfico para o tratamento, onde a rotina com lazer é essencial para trazer o lúdico ao tratamento da criança. O artigo de Paula et al. (2019) revela que o brincar na infância atribui muitos benefícios à saúde da criança hospitalizada, ao promover um raciocínio mais elaborado da criança e a expressão dos sentimentos, trazendo diversidade na rotina e favorecendo o convívio social.

O uso do lúdico deve estar presente em todo percurso terapêutico da criança hospitalizada, entendendo que este é um direito da criança. Em concordância com a Lei nº 11.104, de março de 2005, dispõe sobre a obrigatoriedade de ter brinquedotecas nas unidades que tenham internação pediátrica. Sendo o brincar um direito da criança e inerente à infância, como elucidado na Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas e garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 16.

O suporte tecnológico dentro do hospital é algo que pode facilitar o trabalho da equipe de enfermagem. O ato de cuidar de uma criança hospitalizada é algo complexo devido à compreensão e ao medo que a criança atribui aos profissionais de saúde. Com o suporte tecnológico o cuidado se torna mais preciso, ágil e fidedigno, trazendo uma maior flexibilidade ao cuidado prestado. Além disso, a equipe de enfermagem precisa buscar o suporte tecnológico para aprimorar a prática profissional, reverberando na organização do cuidado prestado (FERNANDES et al., 2021).

5.4 Categoria: Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado

Nesta categoria é discutida a interação que os enfermeiros e os técnicos de enfermagem estabelecem com todos os envolvidos nas relações simbólicas de cuidado. Nessa conjuntura, compreende-se que a equipe de enfermagem está constantemente no setor de internação infantil, desempenhando as suas funções e lidando com todas as dificuldades rotineiras do setor. A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais desenvolvem ações de cuidado respeitando as suas competências deontológicas, de maneira complementar e integral.

Nessa lógica, compreende-se com base no estudo desenvolvido por Melo, Freitas e Apostólico (2021) que os profissionais da equipe de enfermagem estabelecem entre si uma relação de complementariedade, na qual o enfermeiro exerce predominantemente suas atividades no âmbito da gestão, enquanto os técnicos de enfermagem, em maior parte, desenvolvem ações de assistência direta, entendendo que há uma relação de interdependência e reciprocidade na relação interprofissional.

Os profissionais de saúde trabalham em equipe para propiciar um cuidado adequado à criança com cardiopatia reumática hospitalizada e a sua família. O trabalho em equipe envolve diálogo, compreensão e profissionalismo. O trabalho da equipe de enfermagem é desenvolvido com base na rotina do setor e na escala pré-estabelecida, onde a organização da equipe é importante para estabelecer o cuidado adequado e seguro (MOREIRA et al., 2019).

O trabalho em equipe na enfermagem no setor de internação infantil foi caracterizado como bom, de acordo com as falas, trazendo inúmeros benefícios às crianças. Quando há uma boa interação entre a equipe, todo o serviço acontece de forma mais fluída. A empatia é algo primordial, entendendo as necessidades de cada um e como a equipe pode contribuir para a melhoria do cuidado prestado.

A equipe de enfermagem, por ter uma maior proximidade com as crianças e seus familiares, identifica de maneira mais precoce os problemas e aciona a equipe multiprofissional. As equipes mantêm uma boa relação entre si, entendendo que a trajetória da internação é cansativa para as crianças e para os responsáveis que, muitas vezes, necessitam de apoio psicológico, ajuda do assistente social, do terapeuta ocupacional, do médico, do fisioterapeuta, da professora, entre outros. Todos esses profissionais atuam no percurso terapêutico da criança com cardiopatia reumática e no momento da alta, fazendo todas as orientações. O profissional enfermeiro estabelece uma conexão importante entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional, organizando as atividades, fazendo planejamento da assistência de enfermagem e sendo atuante no gerenciamento do setor.

O enfermeiro é um profissional excepcional na articulação dos cuidados e na correlação com as demais áreas de categorias profissionais (ALVES; MELO, 2019). Todas essas afirmações são elucidadas nos espaços de interação simbólica com a equipe multiprofissional. O *round* é um espaço importante para discutir os casos e expor as necessidades das crianças à equipe multiprofissional. Em algumas falas, foi revelado que a equipe de enfermagem inicia o *round*, com contribuições importantes sobre o estado de saúde de cada criança e sobre quais as necessidades que cada uma apresenta durante a hospitalização.

A sincronia da equipe de enfermagem é uma característica enriquecedora, toda a equipe atua em conjunto para promover o bem-estar da criança com cardiopatia e sua família. Na realização dos procedimentos, a equipe identifica quais são as preferências de cada profissional e prioriza as funções de acordo com a afinidade, trazendo mais segurança aos profissionais no momento de realizar um procedimento. As orientações são realizadas seguindo a mesma linguagem de toda a equipe, para que todos passem a mesma informação e não ocorra divergência nas orientações. Quando a equipe consegue atuar harmoniosamente, todo o trabalho funciona. No estudo elaborado por Pimentel et al (2020), destaca-se que os profissionais observaram que a boa relação entre a equipe trouxe benefícios ao curso do serviço. Quando a equipe trabalha em conjunto os resultados são bons e trazem satisfação pessoal aos profissionais.

Os enfermeiros e técnicos precisam de uma concordância na relação, uma vez que ambos trabalham com a mesma finalidade. O cuidado é implementado a partir da complementariedade entre a equipe. Observa-se nas falas, a parceria entre a equipe de enfermagem. Em cada plantão, tem um líder que estabelece o planejamento e o controle dos cuidados realizados pela equipe. A comunicação entre os enfermeiros e os técnicos de enfermagem acontece constantemente, levando para o diálogo as sugestões de cada profissional sobre os cuidados que serão implementados aos pacientes.

De acordo com o estudo feito por Coifman et al (2021), a comunicação entre os profissionais da equipe de enfermagem é primordial para promover uma boa assistência, entendendo que esta se configura como uma medida de segurança. A comunicação é utilizada durante toda a rotina, nas passagens de plantão e durante os acontecimentos diários no setor. A comunicação entre as equipes ocorre de forma verbal ou escrita. Alguns pontos dificultam a interação interprofissional, de forma a prejudicar a continuidade do cuidado seguro.

A criança com cardiopatia reumática hospitalizada passa por muitos momentos de dor e desconforto, associando a dor e o sofrimento ao ambiente do hospital e aos profissionais, que em meio à tantos procedimentos e manipulações, acabam causando o sentimento de desconforto

e medo. Os enfermeiros e os técnico de enfermagem, permanecem no setor durante todo o dia e toda a noite, sendo a equipe de enfermagem que participa de toda rotina do dia a dia da criança hospitalizada e de sua família. A confiança é algo imprescindível para propiciar um elo entre ambas as partes.

A equipe de enfermagem utiliza estratégias que possam disponibilizar a oportunidade de aproximação com a criança e com sua família. Nesse particular, o diálogo é algo importante em toda relação, levando ao conhecimento das necessidades e prioridades no processo de cuidado (PAULA et al., 2019). Algumas falas revelaram a personalização do cuidado, onde o fato de conhecer melhor cada criança, leva à compreensão sobre as preferências e oferece um cuidado específico, garantindo o sucesso terapêutico. A linguagem apropriada é algo interessante na relação de cuidado, o uso de termos técnicos e linguagem que a criança e sua família não compreendam, torna a relação mais dificultosa.

O uso do lúdico é uma ferramenta valiosa para promover uma proximidade maior com a criança, compreendendo que a criança hospitalizada com cardiopatia reumática convive com uma experiência dolorosa e prolongada, com sonhos paralisados e com a interrupção abrupta da vivência da infância. Todos esses fatores acarretam dores que são íntimas, levando a uma difícil aceitação em ser cuidada. Sobretudo, a equipe de enfermagem pode lançar mão de estratégias que favorecem a linguagem da criança com o uso de brincadeiras ou de recursos que envolvam o lúdico como a brinquedoteca, sempre utilizando o diálogo para estabelecer uma boa relação. Dessa maneira, almeja-se que a assistência não seja impositiva e traumática à essa criança (SILVA et al., 2021).

A criança e sua família são acolhidas diariamente pela equipe de enfermagem. As estratégias de interação fortalecem o vínculo entre o profissional e a criança. A permanência da família no setor de internação, em alguns casos, pode ocasionar dificuldades no desempenho do cuidado de enfermagem, devido à falta de confiança em algumas situações. Entretanto, percebe-se que quando a equipe estabelece uma boa relação com a família o cuidado é mais eficaz. O familiar, enquanto acompanhante da criança hospitalizada, oferece carinho, companhia e atenção à essa criança que tanto necessita de apoio, trazendo uma maior confiança e disponibilizando bem-estar. A criança em companhia da família consegue aceitar melhor o cuidado, sendo este um recurso terapêutico importante durante a hospitalização (ANJOS et al., 2019).

No momento da administração da benzetacil[®], alguns profissionais relataram o uso de recursos farmacológicos e não farmacológicos para o controle da dor. As crianças com cardiopatia reumática fazem uso da benzetacil[®] frequentemente, sendo esta a terapia sugerida

como modo profilático e protetivo das válvulas cardíacas. O recurso não farmacológico, compreende-se como a interação e o uso do lúdico, ambas ideias sugeridas pelos profissionais da pesquisa, na tentativa de amenizar a dor, levando o entretenimento à criança. O uso do anestésico é uma estratégia farmacológica utilizada para o controle da dor no momento exato da aplicação da benzetacil[®], facilitando a adesão à terapia medicamentosa.

Dessa maneira, deduz-se que o cuidado voltado para minimizar a dor da criança estabelece uma boa relação entre ambas as partes, deixando a interação mais fluida. Segundo o artigo de Silva et al. (2021) desenvolvido a respeito do manejo da dor oncológica pediátrica, elucidou-se que as crianças com câncer que passam por muitos episódios de dor durante a internação, precisam do apoio dos profissionais devidamente preparados para lidar com os aspectos que englobam esse cuidado, o que leva a adoção de recursos não farmacológicos para controle da dor, os quais envolvem o lúdico, a conversa e todos os meios que resultam na promoção do conforto.

Envolver a criança no cuidado é um ato importante para a promoção do autocuidado e para a compreensão sobre a importância deste. Os profissionais utilizam brincadeiras para interagir com a criança e usam alguns instrumentos de trabalho, como o estetoscópio, para envolver a criança no seu próprio cuidado. O cuidado deve ser implementado de maneira lúdica, entendendo que a criança se encontra em uma fase denominada como infância que carece de ter essa vivência. Disponibilizar a oportunidade de a criança ser criança é algo terapêutico, é um recurso importante para trazer saúde a criança que vivencia a hospitalização. O estudo elaborado por Bordoni Canêz et al (2019) revela que o lúdico contribui na assistência para a melhora da comunicação com a criança hospitalizada, oferecendo calma e tranquilidade para o desempenho dos procedimentos.

O espaço da brinquedoteca é importante para favorecer a interação que as crianças desenvolvem entre elas, entre os pais e entre os profissionais. A dificuldade de administração dos horários pode oferecer alguns prejuízos quanto ao funcionamento do espaço, entretanto, quando a criança não consegue acessar a brinquedoteca, por motivos de saúde ou pela interrupção das atividades, a equipe de enfermagem utiliza estratégias para trazer o lúdico ao ambiente da enfermaria, trazendo jogos e brinquedos que possam alegrar essa criança que se encontra restrita ao leito. Quando a criança pode acessar à brinquedoteca, a equipe de enfermagem facilita a acessibilidade, favorecendo a organização do ambiente e oferecendo a oportunidade de acesso para todas as crianças.

O artigo de Santos e Rocha (2021), revela que para a criança, o ato de brincar dispõe de muitos significados. O lúdico e toda estratégia que traz o uso de brincadeiras durante a

hospitalização, oferece a criança a oportunidade de vivenciar a infância através da expressão que ocorre por meio das brincadeiras. As crianças conseguem se expressar através das brincadeiras e essas expressões são resultado de todo sentimento vivenciado, da construção, do amadurecimento e do descobrimento da identidade da criança.

A criança hospitalizada precisa de um acompanhante durante todo o período da internação. Em geral, é um familiar da criança que permanece como acompanhante. A interação entre a equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada acontece rotineiramente. A equipe busca acolher e sanar as dúvidas que a família apresenta durante toda internação, ao fazer orientações a respeito do tratamento, ao tirar as dúvidas no que se refere a todo percurso terapêutico do cuidado, ao apoiar nas questões individuais que envolvem o cuidado da criança. Por este raciocínio, compreende-se com base no estudo de Melo et al (2021) a importância da boa interação entre equipe de enfermagem e a família da criança, ao passo que a família é parte integrante da assistência e alvo do cuidado de enfermagem, devendo ser uma relação pautada na empatia e na compreensão.

A confiança entre os responsáveis das crianças e a equipe de enfermagem é importante para a construção de uma relação sólida. Segundo alguns relatos, alguns familiares estabelecem tamanha segurança com os profissionais de enfermagem que mesmo após a alta, continuam a manter contato com esses profissionais por meio do *whatsapp*, fator esse que disponibiliza uma continuidade terapêutica do cuidado. Em alguns casos, devido ao estresse e à falta de compreensão, alguns conflitos podem surgir devendo o profissional de saúde ser resolutivo mediante os problemas de relacionamento.

De acordo com Aued et al (2019), com o intuito de promover a continuidade terapêutica no período pós alta, as enfermeiras desse estudo desenvolveram uma estratégia para trazer o cuidado para mais perto com ligações e o uso de recursos para prestar serviços extra-hospitalares. Desse modo, nota-se o significado de importância atribuídos pelos participantes aos recursos tecnológicos para a continuidade terapêutica e o empenho da equipe de enfermagem em prol dessa ação, trazendo a interação mais acessível e confiante.

A empatia, o carinho e o respeito são essenciais para o crescimento de um bom relacionamento. O relacionamento de confiança é estabelecido entre todas as partes e torna-se algo agradável e fidedigno, acarretando muitos benefícios ao tratamento da criança com cardiopatia reumática.

5.5 Categoria: Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família

Os resultados da quinta categoria evidenciam como a equipe de enfermagem avalia a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática e sua família. Para tanto, os resultados colocam em relevo as circunstâncias relacionadas às relações de cuidado e de trabalho da equipe.

A esse respeito, revelou-se que a desvalorização da enfermagem é algo que reverbera negativamente na saúde psíquica da equipe de enfermagem. A enfermagem está todo tempo no setor de internação com a criança e sua família, oferecendo assistência e compreendendo as necessidades oriundas do tratamento. Entretanto, alguns participantes da pesquisa externalizaram em suas narrativas, o sentimento de desvalorização e desapontamento mediante as situações vivenciadas. Perante esse fato, destaca-se no estudo de Freire et al, (2020) que existem fatores que afetam significativamente o psíquico dos profissionais de saúde, em específico, o enfermeiro, quais sejam: a sobrecarga profissional, a relação errônea hierarquizada dos profissionais, a dificuldade de autonomia profissional, como também as questões salariais. Todos esses fatores citados podem gerar sintomas depressivos a esses profissionais, dificultando o desempenho das atividades ao gerar desânimo.

A valorização profissional oferece uma motivação para a continuidade do trabalho da equipe de enfermagem, entendendo que o reconhecimento profissional contribui para o esforço de toda a equipe. As condições salariais contribuem para a desmotivação profissional, haja vista que a equipe também precisa de bom salário para desempenhar as funções com prazer e satisfação. De acordo com o estudo de Brandão et al. (2019) a falta de reconhecimento profissional impacta negativamente na motivação da equipe de enfermagem, assim como a questão salarial, a carga horária excessiva, as inúmeras críticas, bem como a sobrecarga profissional frente à infinitas demandas.

Em algumas falas, evidencia-se a frustração de alguns profissionais da equipe de enfermagem em relação a comparação com a atuação do profissional médico. Sob o ponto de vista que a medicina é uma profissão com finalidades distintas da enfermagem, alguns profissionais criticaram a ambição de alguns profissionais da equipe de enfermagem em querer se equiparar ao médico, sem ter a compreensão da natureza do trabalho o qual é diferente em diversos pontos.

Em algumas falas foi possível entender a importância do papel do técnico de enfermagem frente a hospitalização da criança com cardiopatia reumática, ao passo que ele permanece na assistência em todo o tempo, lidando com a criança e com sua família e identificando as complicações com uma maior rapidez. O cuidado direto à criança oferece uma maior proximidade e conhecimento das dificuldades oriundas da trajetória terapêutica. A

criança e sua família sentem uma segurança maior em compartilhar as dificuldades com a equipe de enfermagem, na compreensão de que o contato constante leva a uma intimidade maior e favorece a confiança. De acordo com Ribeiro et al., (2019) a equipe de enfermagem desempenha um papel crucial no cuidado aos pacientes pediátricos, ao oferecer uma assistência com respaldo técnico e científico voltado para as necessidades de cada um, atentando-se para a realização dos procedimentos, o acolhimento e todas as questões do aspecto físico, psíquico e social.

A sobrecarga da equipe de enfermagem ocorre de forma constante no setor de internação infantil, haja vista que as demandas de saúde são imprevisíveis e surgem a todo momento. As demandas são distintas e em diversos momentos, a equipe de enfermagem abraça as diversas causas que advém durante a internação e, quando a equipe multiprofissional não atende às solicitações, a enfermagem acaba ficando ainda mais sobrecarregada. Segundo o estudo desenvolvido por Santos et al., (2020) a sobrecarga do trabalho causa inúmeros prejuízos à saúde dos profissionais, levando ao cansaço físico e a fadiga mental, que por sua vez resultam em uma má assistência.

As crianças e suas famílias recebem o acolhimento da equipe de enfermagem no setor de internação infantil. As perdas, as dores e o sofrimento acarretam danos psíquicos aos profissionais que convivem na conjuntura da hospitalização pediátrica, precisando lidar com esses acontecimentos e demonstrar força para a criança e seu familiar. Os profissionais do setor não recebem apoio psíquico no hospital, sendo este um dos pontos criticados pelos participantes como algo que se torna cada vez mais difícil ao ter que lidar com tantas perdas, sem ao menos ter um apoio para os profissionais do setor. De acordo com o estudo de Ramos, Cunha e Silva (2021) os profissionais de enfermagem estão constantemente vivendo situações em que presenciam o sofrimento humano. Algumas doenças ocupacionais do aspecto psíquico que assolam os profissionais de enfermagem são resultantes das condições estressantes que o trabalho causa.

Pontuou-se a necessidade explícita de apoio e investimento por parte do hospital em cursos e em treinamentos para a capacitação profissional, pois as cardiopatias são inúmeras, fato que enseja a necessidade de aprimoramento profissional para prestar um cuidado específico a essas crianças que estão hospitalizadas. A cardiopatia reumática é uma doença pouco falada e que ainda desperta muitas dúvidas perante o cuidado por parte dos profissionais. Nessa direção, compreende-se que o investimento no ramo científico com cunho educacional poderá contribuir para o crescimento profissional e enriquecimento da assistência prestada, facilitando as trocas de saberes e colaborando para o viés profissional.

Em um estudo, Silva et al. (2021) ressaltam os cuidados paliativos de crianças com câncer. Nesse estudo, destaca-se que os profissionais da equipe de enfermagem tem interesse em realizar cursos de capacitação e atualização para lidar com crianças em situações crônica de saúde ou em fim de vida. Sendo extremamente necessário o investimento em cursos que possam propiciar o cuidado mais direcionado à prática profissional, entendendo que o estudo entra em congruência com o presente trabalho que aborda a pediatria e as questões de criança em condição crônica de saúde.

A atualização profissional foi destacada nas falas como algo essencial para prestar uma assistência de qualidade às crianças que estão em internação, sobre o direcionamento de que os treinamentos são investimentos seguros que podem ser ofertados ao apoio do crescimento profissional. O conhecimento da fisiopatologia das doenças, os cuidados essenciais e o tratamento são pontos importantes que precisam ser abordados para a segurança do paciente.

Os recursos tecnológicos facilitam e asseguram a boa prática dos serviços no setor de internação infantil. Algumas falas elucidam a carência tecnológica que o setor de internação pediátrica vivencia, sendo este um fator preocupante para o bom desempenho das atividades dos profissionais da saúde que necessitam desses recursos durante a rotina.

Os recursos tecnológicos trazem inúmeros benefícios para o cuidado da criança hospitalizada, haja vista que a monitorização deve ser constante no setor de internação infantil e a equipe perde muito tempo quando os aparelhos não funcionam corretamente, além da preocupação que este déficit causa aos profissionais. Por esse raciocínio, compreende-se que os recursos tecnológicos propiciam facilidades à prática profissional, ao conferir mais eficácia e fidedignidade nos procedimentos, oferece uma diminuição na sobrecarga profissional, configurando-se como uma ferramenta importante para a assistência e, conseqüentemente, para a gerência do cuidado de enfermagem (MARTINS et al., 2020).

Ainda pelo processo avaliativo das demandas e das necessidades que a criança apresenta, cita-se o brincar como algo essencial à infância. Sobre essa circunstância, as narrativas revelam uma dificuldade quanto ao funcionamento da brinquedoteca. Algumas falas apontam a dificuldade explícita de organização dos horários e do correto funcionamento da brinquedoteca, dispondo de expectativas que não são atendidas e da frustração das crianças e responsáveis que esperam por esse momento de descontração e de contato com o lúdico.

A organização da brinquedoteca e o planejamento dos horários de funcionamento são pontos importantes para promover atividades lúdicas para as crianças hospitalizadas. O estudo de Garcia, Esperón e Maria Edmara (2023), ressalta que as crianças precisam de atividades recreativas e de lazer para conseguir expressar os sentimentos, sendo uma estratégia importante

que contribui na aceitação do tratamento. A humanização no atendimento parte da perspectiva de que o cuidado deve ser baseado no diálogo, na compreensão e na interação, que propiciam a diminuição do estresse e promovem o renovo da saúde física e psíquica.

Cita-se pela mesma perspectiva, o espaço do solário. Em relação a infraestrutura do hospital, há uma importância evidentemente significativa do acesso e contato das crianças hospitalizadas com o ar natural. O solário, por sua vez, é um ambiente importante para pegar sol. Todavia, o solário não se encontra no mesmo andar do setor de internação pediátrico, sendo este um fator que dificulta o acesso das crianças que não podem deixar o setor. Foi sugerido nas falas, uma organização do setor, a nível estrutural para disponibilizar esse espaço para as crianças hospitalizadas. Segundo Gabriela, Leandra e Maria (2019) o ambiente hostil do hospital dificulta na recuperação das crianças, por ser um ambiente triste e pobre em estímulos. O contato com a brinquedoteca, com brincadeiras e com o solário é importante para a socialização da criança hospitalizada, disponibilizando saúde emocional a essas crianças.

Ainda sob a lógica da organização, compreende-se que as enfermarias são organizadas de acordo com as faixas etárias das crianças, havendo uma necessidade de expansão e melhor acomodação para elas. Em virtude da falta de espaço, algumas crianças acabam ficando em enfermarias que não correspondem a sua faixa etária e natureza clínica, dificultando a adaptação. Assim, admite-se que a logística do setor precisa ser pensada de acordo com a especificidade da criança. Nesse sentido, no estudo de Ribeiro et al, (2020) compreende-se que o ambiente saudável resulta em melhores condições para o bem-estar dos pacientes e dos profissionais, possibilitando uma segurança maior ao prestar assistência.

Capítulo VI - MODELO PARADIGMÁTICO/PARADIGMA

O modelo paradigmático é uma ferramenta analítica do método em tela que possibilita o pesquisador articular as categorias produzidas, obtendo dessa forma, uma ordenação dos fatos que permeiam o fenômeno em estudo, nesse particular, a gerência do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática.

A identificação do fenômeno central é o primeiro movimento, sendo este um trabalho que exige muita atenção, com leituras e releituras dos memorandos e diagramas, assim como dos dados de todo o processo, estabelecendo uma compreensão da literatura nacional e internacional para estabelecer o suporte necessário para a escolha do fenômeno. A categoria central corresponde ao conceito principal, sendo este o organizador, que se refere diretamente a pesquisa e responde a seguinte pergunta: o que está acontecendo aqui? (STRAUSS; CORBIN, 2015). Por este raciocínio, alguns questionamentos surgiram: Como ocorre o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática? Quais significados surgem das interações entre o enfermeiro e os técnicos de enfermagem? Quais benefícios para a criança da gerência do cuidado de enfermagem? Quem são os profissionais que participam da gerência do cuidado de enfermagem? Qual a importância da interação estabelecida na prática gerencial dos cuidados?

Por meio dos meus questionamentos, revisei os dados na expectativa de obter respostas que resultassem em revelar o fenômeno/categoria central do estudo, compreendendo que as perguntas estabelecem ligações levando a organização dos conceitos.

De acordo com Corbin e Strauss (2015), o modelo paradigmático é composto por três elementos, a saber: condições; ações e interações; consequências. Nessa lógica, compreende-se que as categorias produzidas neste estudo estão relacionadas entre si, conforme o quadro a seguir:

Elemento do Paradigma	Significado	Categoria
Condições	Razões dadas pelos informantes para o acontecimento de determinado fato, bem como explicações sobre os motivos pelos quais respondem de uma dada maneira a uma ação.	Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática; Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática;

		Apresentando as condições intervenientes a gerência do cuidado de enfermagem
Estratégias de ação e interação	Resposta expressa pelos participantes aos eventos ou a situações problemáticas.	Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado
Consequências	Referem-se aos resultados previstos ou reais das ações e interações.	Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família
Fenômeno Central	Ideia Central	Gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática e sua família

Na intenção de identificar a categoria central do estudo, observa-se os cinco critérios propostos por Strauss e Corbin (2015):

A categoria deve ser central, o que significa que todas as outras devem estar relacionadas à ela; Deve aparecer com frequência nos dados; Deve apresentar uma explicação lógica e consistente; Deve ser suficientemente abstrata; Deve ser capaz de explicar o que está acontecendo; Deve suportar variações.

Após toda análise minuciosa, surgiu a categoria central do estudo sendo este um conceito importante que representa a atuação do profissional enfermeiro enquanto gerente do cuidado. Por este raciocínio, compreende-se como fenômeno central do presente estudo: Gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática e sua família.

A gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar carece de um olhar atento às inúmeras interações que ocorrem dentro do referido contexto, entendendo o papel da equipe de enfermagem e os significados que resplandecem das interações entre a equipe, entre o paciente e seus familiares. Para além dos significados, compreende-se que o exercício da profissão do profissional enfermeiro conta com múltiplas atribuições que coloca o profissional como uma unidade crucial em todo o processo de hospitalização e o trabalho desenvolvido é revelado como imperioso no cuidado à criança com cardiopatia reumática.

Cada profissional das diferentes categorias desempenha funções distintas que exercem uma lógica de complementariedade. A equipe de enfermagem por estar mais tempo com os pacientes e seus familiares, acaba desempenhando uma conexão entre as equipes, levando as

necessidades dos pacientes e identificando mais de perto os percalços que envolvem a hospitalização e o tratamento. Na prática profissional, ocorre a convergência de saberes que contribuem para o progresso em cada caso específico de cada criança. O diálogo é uma chave importante entre as equipes, sendo algo importante a ser constantemente desenvolvido, promovendo um tratamento eficaz e uma maior segurança aos pacientes.

A criança hospitalizada precisa de um acompanhante que em sua maioria é um familiar, em muitos casos representado pela figura materna. A equipe de enfermagem precisa lidar diariamente com a família da criança hospitalizada, necessitando de uma boa interação para que o tratamento tenha sucesso. Nesse contexto, compreende-se que os movimentos interativos estabelecidos entre a equipe de enfermagem e a família da criança hospitalizada são desenvolvidos por meio do diálogo, sendo este um ponto necessário a ser desenvolvido durante todo esse período. A boa interação com o familiar é uma questão importante no processo gerencial visto que, sem esta ferramenta não é possível delinear a trajetória do cuidado e o planejamento gerencial.

Na ausência do apoio por parte dos familiares da criança com cardiopatia reumática, todo o gerenciamento do cuidado fica prejudicado. Há uma explícita necessidade de apoio, consentimento e suporte em toda linha de cuidado terapêutico. Para o sucesso no planejamento e no desempenho do cuidado, a equipe de enfermagem precisa incluir os familiares e a criança nos cuidados realizados, tornando os momentos importantes e necessários, trazendo significados ao cuidado e revelando o suporte necessário para o bom prognóstico da criança.

Ao longo do tratamento da criança hospitalizada, os familiares apresentam necessidades que se direcionam ao cuidado profissional da equipe multiprofissional em questões psíquicas, social, financeira, emocional ou física. A abordagem multiprofissional se estende até às famílias das crianças, entendendo que na falta de amparo à essa família, o tratamento da criança não poderá continuar.

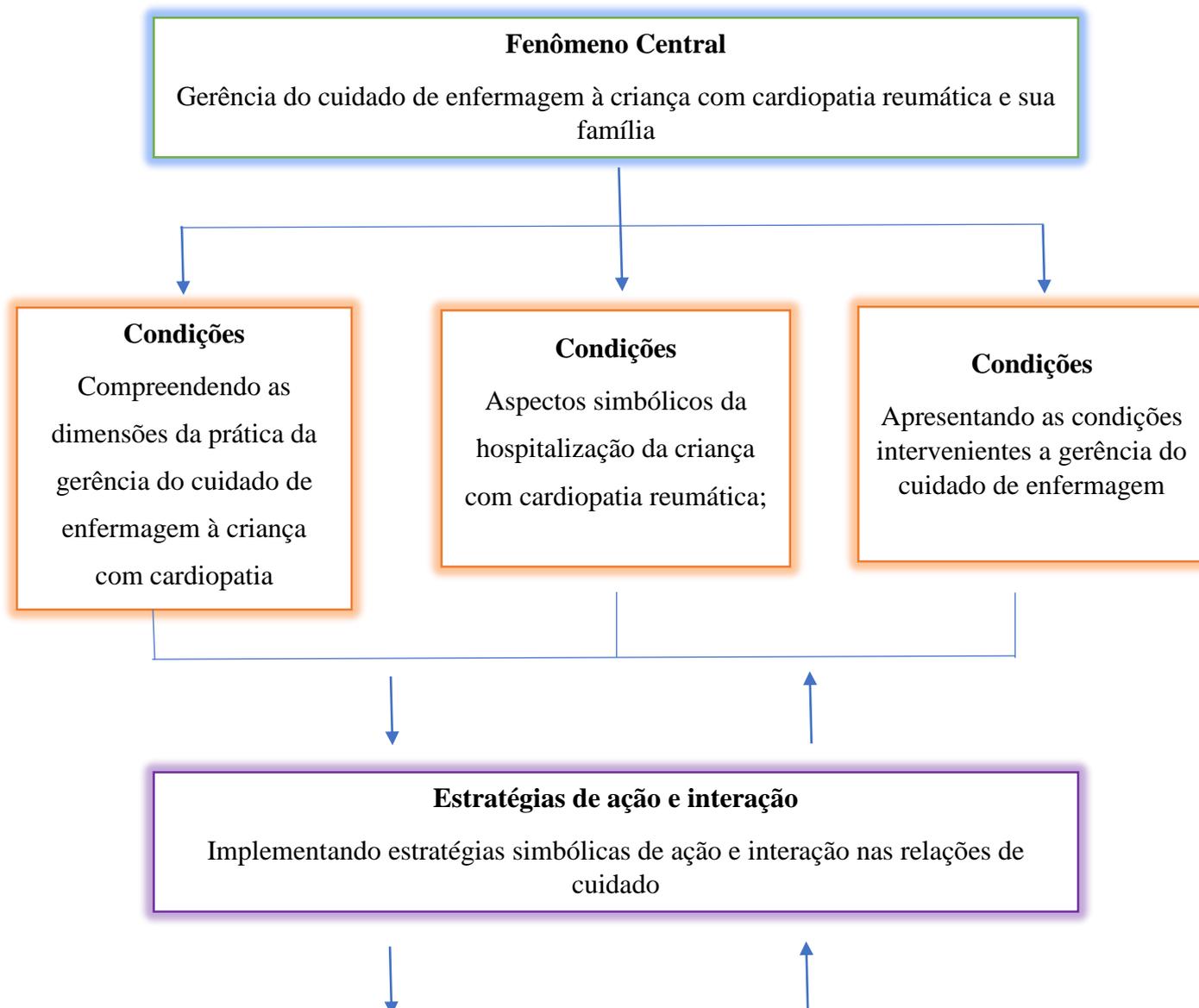
Os movimentos interativos estabelecidos entre a equipe de enfermagem e a criança hospitalizada é delineado em um processo lento, mas que ocorre de maneira gradativa. A interação com a criança ocorre de maneira particular e singular, pela ótica de que a abordagem com uma criança ocorre de uma forma diferente de um paciente adulto, a compreensão da dinâmica de cuidado deve ser estudada por cada profissional ao realizar os procedimentos.

O medo, a dor, o distanciamento social e familiar são barreiras que podem afastar a criança dos profissionais da saúde que estão empenhados no cuidado. Devendo todos os profissionais ter empatia e compreender de que maneira poderá cuidar dessa criança e do

familiar que tanto sofre durante a hospitalização. A boa interação revela muitos benefícios ao curso do tratamento e a gerência do cuidado de enfermagem.

A gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática e sua família compreende-se como um fenômeno complexo que conta com as múltiplas interações estabelecidas pela equipe de enfermagem que oferece a organização e o funcionamento da gerência do cuidado. O cuidado é multidimensional e o desempenho deste necessita de um constante aprimoramento e delineamento de todo aspecto gerencial, compreendendo toda a complexidade em que o contexto da condição crônica de saúde engloba dentro do ambiente da hospitalização. O enfermeiro, enquanto gerente, precisa ter o conhecimento sobre a fisiopatologia da doença, a respeito das necessidades de cada criança/família e as prioridades no curso terapêutico. Esses são fatores essenciais para a promoção do cuidado e autocuidado, aumento da qualidade de vida e a diminuição das reinternações.

Diagrama 06: Apresentando o Modelo Paradigmático



Consequências

Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família

Condições

As condições do presente estudo relacionam-se à três aspectos: o primeiro se refere ao entendimento de como ocorre a prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática; o segundo se refere a simbologia atrelada a hospitalização da criança com cardiopatia reumática; e o terceiro se refere às condições que intervém na gerência do cuidado de enfermagem. Os três aspectos são precisamente descritos nas seguintes categorias: “Compreendendo as dimensões da prática da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática; Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática; e Apresentando as condições intervenientes a gerência do cuidado de enfermagem”.

Em primeira instância, apresenta-se que o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática é um fenômeno precisamente necessário, mas que tem uma complexidade. Quando a gerência consegue ser bem desempenhada e planejada contribui para a qualidade da assistência de enfermagem.

A interação desenvolvida entre o paciente e seus familiares, os profissionais da equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional possibilita o descobrimento das necessidades intrínsecas da hospitalização de cada criança, fato que facilita o conhecimento de quais são as prioridades no tratamento e como a criança e seu familiar percebem esse processo. Por meio da compreensão de todo o processo de hospitalização, o ato de gerenciar fica mais acessível e as estratégias de cuidado se tornam mais pertinentes para cada criança, promovendo qualidade de vida e obtendo a resolutividade dos problemas.

A segunda categoria descrita como “Aspectos simbólicos da hospitalização da criança com cardiopatia reumática” revela as especificidades da hospitalização da criança com cardiopatia reumática e os significados vinculados a esse processo que atribui tanta dor e sofrimento. Por essa conjuntura, compreende-se que o sofrimento encontrado nas falas dos profissionais que relataram sobre esse aspecto vivenciado na pediatria, destaca que os inúmeros procedimentos invasivos, as internações longas e repetidas, o distanciamento social e familiar, as limitações impostas pela doença, a perda da infância, trazem dor e sofrimento à criança e sua família que vivenciam um misto de sentimentos que, em muitas ocasiões, se perduram por um

longo período. Em observância aos aspectos simbólicos, as crianças vivenciam, de maneira singular, o diagnóstico de uma doença crônica e a ausência de cura como um fator que traz significados à hospitalização, trazendo sequelas físicas e emocionais.

A terceira categoria intitulada como “Apresentando as condições intervenientes a gerência do cuidado de enfermagem” destaca as condições que intervêm à gerência, referindo-se ao conjunto de circunstâncias que influenciam o desempenho da prática gerencial, sendo aspectos dificultadores ou facilitadores do fenômeno central. Por essa perspectiva, os fatores que são considerados como facilitadores ou dificultadores para o desempenho da prática gerencial são: recursos humanos de enfermagem e materiais suficientes; qualidade do material; relação afetiva com a criança com cardiopatia reumática; efetiva comunicação e utilização do lúdico nas relações de cuidado com a criança; preparo profissional científico e técnico para desenvolver o cuidado; trabalho em equipe de enfermagem e multiprofissional eficaz e uma boa comunicação com os responsáveis.

Esses aspectos podem tanto facilitar quanto dificultar a organização da gerência do cuidado de enfermagem. Quando ocorre a colaboração e sincronia de todos esses pontos, há um bom andamento da assistência e constante aprimoramento da prática gerencial.

Estratégias de ação e interação

A categoria que revela o presente elemento paradigmático se configura como: “Implementando estratégias simbólicas de ação e interação nas relações de cuidado”. Compreende-se que as estratégias de ação e interação se direcionam ao movimento interativo desenvolvido com a criança, com a família da criança e com a atuação entre a equipe. O conjunto de estratégias desempenhadas nas atitudes dos profissionais surgem da interação, com o intuito de trazer possibilidades para o curso do cuidado. As estratégias concentram-se no ramo da interação e no processo empático do exercício do cuidado pelo fato da complexidade no desempenho da gerência, na realidade da pediatria e das dificuldades intrínsecas do processo de hospitalização.

A abordagem da criança hospitalizada deve ser analisada criteriosamente, entendendo que cada criança possui suas particularidades, entretanto, de forma geral, o lúdico deve ser empregado nas abordagens realizadas às crianças. O uso do lúdico facilita a criança aceitar o cuidado, promovendo o vínculo e trazendo benefícios à criança e ao profissional no desempenho do tratamento. Os benefícios são inúmeros, como: analgesia, distração, amizade, confiança, redução da ansiedade e construção de significados sobre as experiências vivenciadas no período da hospitalização.

Além disso, a interação é algo benéfico tanto para a criança quanto para os responsáveis. O diálogo é a chave principal para a construção de uma boa relação entre o profissional e a criança/responsável. O diálogo deve ser ajustado em cada caso, com a linguagem apropriada à criança e aos responsáveis, promovendo acolhimento e construindo um vínculo terapêutico de cuidado.

O trabalho em equipe e a boa comunicação, são potentes ferramentas de trabalho para o sucesso terapêutico. A parceria desenvolvida entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional proporciona um cuidado integral à criança com cardiopatia reumática, utilizando dos recursos disponíveis para a promoção de um cuidado especializado, sanando todas as necessidades de forma multidimensional.

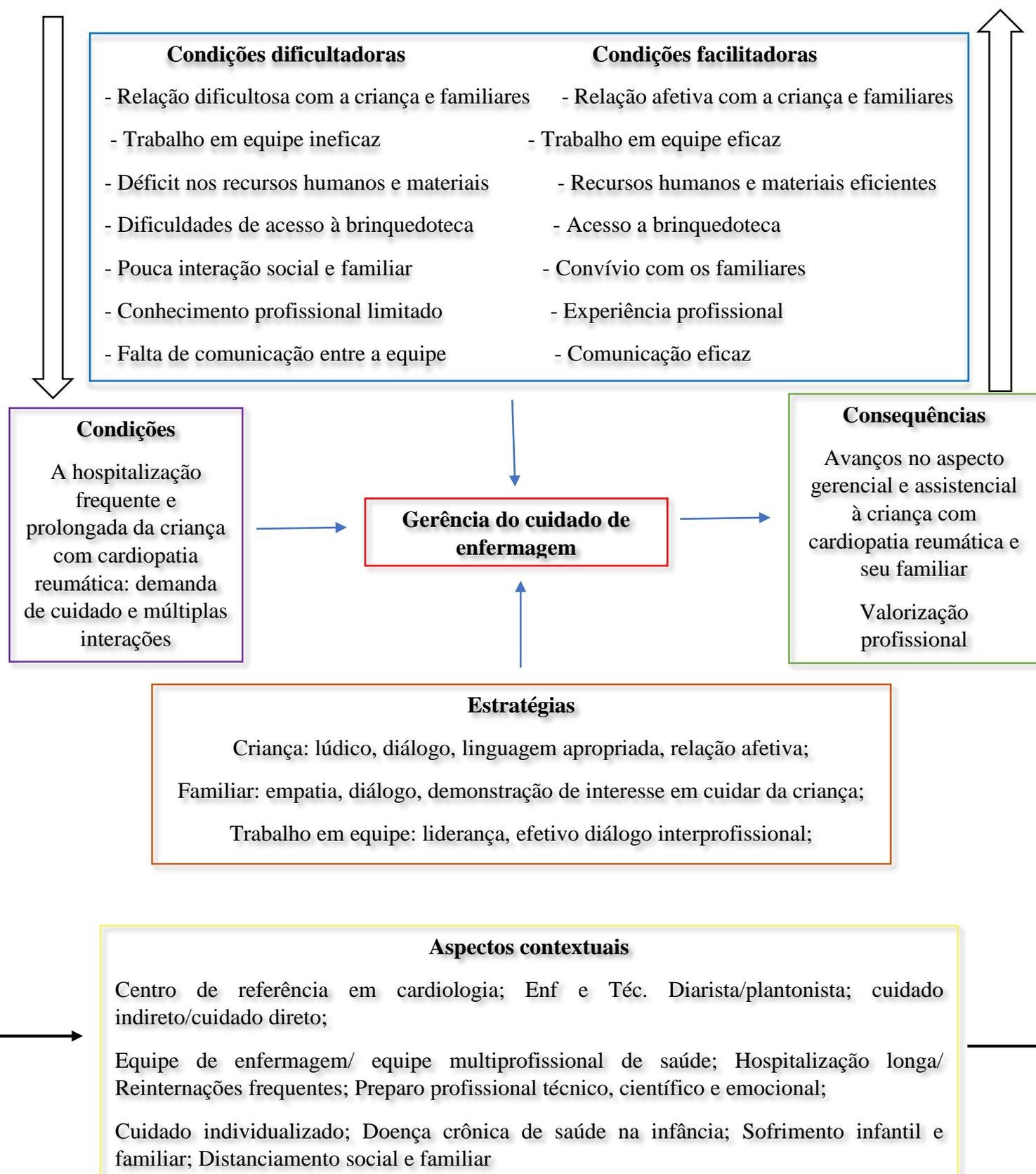
Consequências

As consequências objetivam apresentar os resultados obtidos devido a utilização das estratégias de ação e interação (STRAUSS; CORBIN, 2015). Neste estudo, a consequência é apresentada na seguinte categoria “Avaliando o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança e sua família”. Nesta, compreende-se a avaliação que os profissionais da equipe de enfermagem fazem à respeito de todo o processo de trabalho, tomando em consideração os pontos positivos, negativos e os que carecem de melhorias, entendendo que a gerência do cuidado de enfermagem direciona todo o processo. Considera-se na presente categoria, os aspectos que se referem a valorização e desvalorização profissional, a sobrecarga profissional, a necessidade de avanços na questão tecnológica do setor, de investimentos no ramo de aprimoramento profissional pelo lado educacional, assim como pelo aspecto científico, contribuindo para o aumento de cursos e treinamentos aos profissionais do setor, ajustes na estrutura e organização do setor. Essa avaliação e melhorias poderá contribuir para trazer melhores práticas de cuidado.

Em consequência dessas observações, conclui-se que as melhorias no setor se referem aos ajustes em questão tecnológica que poderá propiciar o aprimoramento da prática profissional, no investimento científico para os profissionais, no reconhecimento profissional da equipe de enfermagem e nas estratégias para organização do setor, trazendo inúmeros benefícios aos pacientes, familiares e toda a equipe de enfermagem.

Diagrama 07: Apresentando a matriz teórica

GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM CARDIOPATIA REUMÁTICA NO CONTEXTO HOSPITALAR



Capítulo VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trata dos significados que surgem das interações do enfermeiro e técnico de enfermagem na prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática. Com base no rigor metodológico da *Grounded Theory* vertente Straussiana e no Interacionismo Simbólico a pesquisa foi conduzida, utilizando a perspectiva qualitativa e trazendo a realidade enfrentada pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem frente à hospitalização da criança com cardiopatia reumática.

A combinação dos referenciais propiciou desvelar os significados oriundos dessas interações, permitindo a compreensão que o enfermeiro ao gerenciar o cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática utiliza estratégias com base na interação para oferecer um cuidado singular e eficaz à criança e sua família. O planejamento da gerência do cuidado oferece diversos benefícios à prática profissional, trazendo ordem no ambiente da unidade de internação pediátrica e benefícios para lidar com a equipe de enfermagem e multiprofissional. O objetivo do profissional enfermeiro ao realizar a gerência do cuidado visa propiciar a redução da dor e do sofrimento que provém do ambiente hospitalar e do curso do tratamento prolongado, assim disponibilizando qualidade de vida à criança e ao familiar.

A ideia central do estudo surgiu dos dados qualitativos expressados pelos participantes e foi sustentada nos resultados, sendo expressa pelo conjunto de interações desenvolvidas pelo enfermeiro na gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar. As interações são diversas e são estabelecidas entre os profissionais da equipe de enfermagem com a criança, com os familiares e com a equipe multiprofissional de saúde.

A presente dissertação se apoia na matriz teórica, a qual foi construída por meio dos significados desvelados pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem na prática do cuidado de enfermagem, que se vivencia por intermédio da assistência direta e indireta. A matriz teórica sustenta e comporta algumas futuras variações de forma que possibilita torná-la sempre atualizada e útil à prática profissional e para os que anseiam pela compreensão do fenômeno estudado.

Por este raciocínio, compreende-se alguns pontos centrais e essenciais abordados na matriz teórica. O primeiro corresponde a necessidade de um desempenho eficaz da gerência do cuidado, onde a perspectiva do planejamento e do delineamento das necessidades da criança devem estar bem descritas, fato que conta com o conhecimento da criança e dos seus familiares, onde trará a realidade e a singularidade de cada um. Em segunda instância, observa-se a

hospitalização e o sofrimento intrínseco nesse processo longo e doloroso, revelando os percalços que envolvem o diagnóstico de uma doença crônica, a hospitalização e a infância. Ainda nessa abordagem, compreende-se a presença do familiar como crucial para a progressão do tratamento, assim como um dos aspectos que podem tanto facilitar quanto dificultar a prática da gerência do cuidado de enfermagem, sendo este um aspecto que depende da boa interação entre os profissionais, a criança e seus familiares. De todo modo, é inquestionável a importância e contribuição dos familiares para o cuidado à criança com cardiopatia reumática.

A matriz teórica revelou que todo o contexto de cuidado à criança com cardiopatia reumática é marcado por dor e sofrimento tanto para a criança quanto para o familiar. As dores descritas são emocionais, físicas e psíquicas. As limitações impostas pela evolução da doença e do período prolongado de hospitalização trazem sequelas psíquicas à criança e aos familiares, que são arrancados do convívio social e familiar, deixando de ter as interações necessárias para o desenvolvimento. Para garantir a qualidade na assistência de enfermagem, o profissional precisa de um correto preparo técnico, científico e emocional. O preparo surge da participação em cursos, treinamentos e de acompanhamento psicológico.

O setor de internação infantil tem muitos desafios a serem superados, dentre os quais, estão: sobrecarga da equipe de enfermagem, falta de cursos de capacitação e treinamentos, déficit de recursos humanos e materiais, dificuldades relacionais com os familiares das crianças, dificuldades relacionais entre a equipe multiprofissional, dificuldade de aceitação do tratamento pela criança e familiar, falta de adesão ao tratamento/ uso da benzetacil[®], dificuldades socioeconômicas e de compreensão por parte dos familiares. Entretanto, os resultados apontam que mesmo diante dessas circunstâncias, o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada com cardiopatia reumática demonstra-se eficaz, trazendo segurança à criança e aos familiares e entregando a assistência de forma satisfatória.

A abordagem de uma criança hospitalizada é diferenciada, isso pela necessidade de utilizar o lúdico para facilitar a interação. O uso do lúdico nas interações é importante para trazer uma maior aproximação da criança com a linguagem apropriada a cada faixa etária, focando no contexto infantil e amenizando a dor e o sofrimento por meio da formação de vínculos e favorecendo uma relação de confiança entre o profissional e a criança hospitalizada. Esses esforços são cruciais para manter a qualidade na assistência e disponibilizar uma comunicação eficaz, desfocando a realidade sofrida que a criança hospitalizada enfrenta diariamente.

A experiência de estudar a respeito da gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar, desvelou a complexidade em pesquisar a

respeito de uma doença negligenciada, que pouco se fala, onde a atuação do profissional enfermeiro não é muito discutida. A experiência é caracterizada como única e complexa, sendo um desafio entender cada vez mais a respeito de toda essa conjuntura assistencial, onde o cuidado pode ser exercido de diversas maneiras e por diferentes profissionais, com diversas concepções de cuidado. No entanto, é possível identificar algo semelhante em todos os discursos dos profissionais: o interesse em promover qualidade de vida à criança e ao seu familiar e minimizar o sofrimento vivenciado, independentemente das circunstâncias vivenciadas. A promoção de qualidade de vida à criança e a diminuição da dor e sofrimento é um objetivo importante a ser alcançado, pelo raciocínio de que não há cura para a cardiopatia reumática.

Pela literatura, ao ser explorada nesse foco, os resultados foram escassos quando se referem à atuação do profissional enfermeiro na gerência do cuidado à criança com cardiopatia reumática, tendo como resultados em sua maioria a fisiopatologia da doença e os exames diagnósticos.

Desse modo, pela compreensão do fenômeno estudado registra-se que os objetivos do estudo foram alcançados. Na presente pesquisa, em cumprimento de finalizar o mestrado no tempo determinado e em cumprir os objetivos da pesquisa, não foi possível entrevistar os familiares das crianças ou os outros profissionais que participam ativamente do cuidado, como o fisioterapeuta, o professor, o terapeuta ocupacional. Sendo uma possível limitação encontrada, entendendo que alguns pontos apresentados merecem aprofundamentos, que podem ser alcançados por meio de novas pesquisas relacionadas ao fenômeno central do estudo, sobretudo no que se refere: ao significado atribuído pela criança com cardiopatia reumática e pelo familiar a gerência do cuidado de enfermagem; às implicações do lúdico na promoção da qualidade de vida da criança com cardiopatia reumática; ao cuidado multiprofissional/interdisciplinar à referida criança; ao manejo da dor através do lúdico na aplicação da benzetacil[®]; bem como o processo de alta dessa criança.

Com o intuito de promover melhores práticas de cuidado, algumas melhorias podem ser executadas na instituição como: Oferecer apoio técnico e científico aos profissionais, com cursos de capacitação e treinamentos para atualização profissional; Oferecer apoio financeiro, físico e psíquico intra e extra hospitalar aos responsáveis das crianças hospitalizadas, com cobertura assistencial aos familiares; Investir em uma assistência mais lúdica com o uso de brinquedos e brincadeiras para cada abordagem; Desenvolver um grupo de apoio intra hospitalar direcionado para os familiares de crianças com cardiopatia reumática, a fim de oferecer suporte emocional, afetivo e social; Trazer estratégias para aproximar a criança do

convívio social e familiar; Envolver os pais nas tomadas de decisões no cuidado da criança, fortalecendo o vínculo e trazendo confiança; Desenvolver estratégias para treinar os pais para a alta hospitalar, referente aos cuidados domiciliares; Oferecer suporte emocional aos profissionais com consultas periódicas ao psicólogo e aos responsáveis das crianças.

Registro a minha satisfação pessoal em desenvolver essa pesquisa, em estudar mais a respeito da cardiopatia reumática na infância. A presente pesquisa me trouxe ganho intelectual a respeito do tema e agregou-me muitos saberes que modificou a minha forma de enxergar a infância, a cardiopatia reumática e o enfrentamento profissional nos dilemas diários, assim como sobre o sofrimento humano e as dores que acompanham a trajetória terapêutica do cuidado. Sou muito grata pela pesquisa desenvolvida e reconheço a complexidade atrelada ao estudo em questão, pelo tema, mas de igual maneira pela complexidade metodológica. Entretanto, revelo que pretendo estudar sobre a cardiopatia reumática na infância nos próximos anos e pretendo buscar estratégias para minimizar o sofrimento dessas crianças, trazendo visibilidade a quem tanto precisa de ajuda e informação.

REFERÊNCIAS

AGARWAL, N., et al., Utility of detecting sof gene as evidence of *Streptococcus pyogenes* infection in acute rheumatic fever. **Indian Pediatrics**, 56(4), 311-313, 2019.

ALBERIO, M.A.Q.; PIERONI, F.; GANGI, A.D.; CAPPELLI, S.; BINI, G.; et al., Toward the knowledge of the epidemiological impact of acute rheumatic fever in Italy. *Frontiers in Pediatrics*, v.9, 2021.

ALVES, A. et al, A Teoria Fundamentada em Dados como ferramenta de análise em pesquisa qualitativa. **CIAIQ 2017**, 1, 2017.

ALVES, M.; MELO, C. L. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um pronto-socorro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. 0, p. 1–9, 2019.

ANDREWS, T., et al., A metodologia da teoria fundamentada nos dados clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 26, 2017.

ANJOS C, SANTO FHE, SILVA LF, Souza SR, Pinto CMI, Paiva ED. A permanência da família no centro de terapia intensiva pediátrica oncológica: percepção da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, V. 23:e-1180, 2019.

ANIMASAHUN, B. A., et al., The burden of rheumatic heart disease among children in Lagos: how are we fairing?. *The Pan African Medical Journal*, 29, 2018.

ARAUJO, R. S., Souza, A. S. S. D., & Braga, J. U. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017?. **Revista de Saúde Pública**, 54, 2020.

ARVIND, B.; RAMAKRISHNAN, S. Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease in Children. **Indian Journal of Pediatrics**. p. 305–311, 2020.

ATTAR, A., et al., The association of plasma high-sensitivity C-reactive protein level with rheumatic heart disease: the possible role of inflammation. **Indian Heart Journal**, 70(3), 346-349, 2018.

AUED, G. K. et al. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

AVELINO, R. P.; DIAS, I. M. A. V.; ROSA, F. da. Cuidados Paliativos em Cardiologia. Tempus – **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília/DF, v. 12, n. 1, p. 147 – 158, Dezembro 2018. ISSN 1982-8829.

AYRES, J.R. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**. 96(6):1001-6. 2006. DOI: 10.2105/AJPH.2004.060905

AZEVEDO, A. L. C. S.; SCARPARO, A. F.; CHAVES, L. D. P. Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. *Invest. Educ. Enferm.*, v. 31, n. 1, p. 36-43, 2013.

BATISTELA, J. et al. Maiara Rodrigues dos Santos. **Rev Bras Enferm**, v. 76, n. 1, p. 20220210, 2023.

BAUER, M.W. ; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes Limitada, 2017.

BAZZAN, J.S.; MILBRATH V.M.; SILVA, M.S.; TAVARES, D.H.; SANTOS, B.A.; THOMAZ, M.M. Experiências familiares durante a hospitalização infantil: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado Fundamental**, v.12, 2020.

BEATON, A., et al., The utility of handheld echocardiography for early rheumatic heart disease diagnosis: a field study. **European Heart Journal-Cardiovascular Imaging**, 16(5), 475-482, 2015.

BEATON, M. A. Z. et al. Determining the impact of Benzathine penicillin G prophylaxis in children with latent rheumatic heart disease (GOAL trial): Study protocol for a randomized controlled trial. **American Heart Journal**, v. 215, p. 95-105, 2019.

BENNETT, J., et al. Structured review of primary interventions to reduce group A streptococcal infections, acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. **Journal of Paediatrics and Child Health**, 57(6), 797-802, 2021.

BENNETT, J., et al., Understanding group A streptococcal pharyngitis and skin infections as causes of rheumatic fever: protocol for a prospective disease incidence study. **BMC infectious diseases**, 19(1), 1-10, 2019.

BERRY, J. et al. Inpatient growth and resource use in 28 children's hospitals: a longitudinal, multi-institutional study. **JAMA pediatrics**, v. 167, n. 2, p. 170–177, fev. 2013. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.432>.

BHAYA, M., et al., Comparison of the newer proposed diagnostic score with the World Heart Federation criteria for echocardiographic detection of rheumatic heart disease. **Echocardiography**, 36(12), 2259-2264, 2019.

BIASIBETTI, C. et al. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, 2019.

BLUMER, Herbert. **El interaccionismo simbólico**. Barcelona: Hora, 1982.

BLUMER, H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Englewood Cliffs-NJ, Prentice-Hall, 1969.

BORDONI CANÊZ, J. et al. brinquedo terapêutico no cuidado à criança hospitalizada. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 88, n. 26, 7 ago. 2019.

BRANDÃO, M. G. S. A. et al. Fatores motivacionais no desempenho da equipe de enfermagem. **Cultura de los cuidados**, p. 255–265, 30 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 26 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente, p. 1 – 96, 2008. ISBN 85-334-1058-1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf.

CABRAL, J. C; DAMASCENO, W. D. N. Intervenção educativa para a prevenção da febre e cardiopatia reumáticas, 2019.

CARVALHO, M. F., BLOCH, K. V.; OLIVEIRA, S. K. Qualidade de vida de crianças e adolescentes portadores de febre reumática. **Jornal de Pediatria**, 85, 438-442, 2009.

CARVALHO, M.S, et al Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas: perspectivas e desafios. **Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas: perspectivas e desafios**. [S. l.: s. n.], p. 216–216. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103219>. Acesso em: 29 maio 2023.

CARVALHO, V. D. D; BORGES, L. D. O; RÊGO, D. P. D. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia: ciência e profissão**, 30, 146-161, 2010.

CASEY, G. Acute rheumatic fever: the danger for our children. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, v. 19, n. 5, p. 20 – 24, 2013.

CHAVES, A. A cardiopatia reumática. **Arq. Bras. Cardiol.** Rio Grande do Sul. P, 95-112, 2009.

CHOUDHARY, D., et al., Prevalence and follow-up of subclinical rheumatic heart disease among asymptomatic school children in a north-western district of India based on the World Heart Federation echocardiographic criteria. **Echocardiography**, 38(7), 1173-1178, 2021.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.3, 2012.

COIFMAN, A. H. M. et al. Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 28 jul. 2021.

COHEN, E. et al. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. **Pediatrics**, v. 127, n. 3, p. 529–538, mar. 2011. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0910>.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE, 2015.

CORREA, A. S. Interacionismo simbólico: raízes, críticas e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, 9(17), 176-200, 2017.

CORREA, J. L., DA SILVA FERREIRA, W. F., DE OLIVEIRA, E. C., ; DE ALMEIDA DUTRA, D. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes: uma análise sobre a importância da enfermagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, 12(11), 183-203, 2018.

CRUZ, R. C. et al. Preditores de desfecho desfavorável em crianças e adolescentes submetidos à valvoplastia mitral cirúrgica secundária à cardiopatia reumática crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 113, 748-756. 2019.

CURADO, A. G. C., Análise de vivência da Febre Reumática em crianças: Revisão bibliográfica. **E-Acadêmica**, 3(2), e0232128-e0232128, 2022.

DANTAS, C. D. C. Teoria fundamentada nos dados-aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 17, 573-579, 2009.

DA SILVA, F. V. F., DA SILVA, L. D. F., ; RABELO, A. C. S. Cuidado de enfermagem no domicílio ao paciente com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, 8(4), 4914-4921, 2016.

DAVIS, K., et al., Morbidity and mortality of rheumatic heart disease and acute rheumatic fever in the inpatient setting in TIMOR-LESTE. **Journal of Paediatrics and Child Health**, 57(9), 1391-1396, 2021.

DEATON, C. et al. The Global Burden of Cardiovascular Disease. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 10, p. 5 – 13, Junho 2011.

DE CARVALHO, V. D. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos organizacionais. **Administração: Ensino e Pesquisa**, 12(4), 583-607, 2011.

DE OLIVEIRA, S. G., et al., Epidemiologia da doença reumática crônica cardíaca no Brasil nos anos de 2014 a 2018. **Brazilian Journal of Health Review**, 3(1), 857-872, 2020.

DE OLIVEIRA, A. K. B ; DE FREITAS ROSSI, T. M. INTERACIONISMO SIMBÓLICO E GÊNERO. **Educação: Saberes e Prática**, 8(1), 2019.

DEPIANTI, J. R. B.; CABRAL, I. E. Crianças hospitalizadas com necessidades de saúde especiais complexas: estudo de casos múltiplos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. eAPE012732, 30 jun. 2023.

DE SOUZA MINAYO, M. C. ; Costa, A. P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, (40), p. 11-25, 2018.

DE SOUZA MINAYO, M. C. Limits and possibilities to combine quantitative and qualitative approaches. *Qualitative versus Quantitative Research*, p. 87-99, 2017

DIAS MOREIRA, P.L. et al. Searching for human connection to transcend symbolisms in pediatric palliative care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 3, 1 jan. 2023.

DIAS, S. F. C. et al. Protocolo de cuidado de enfermagem no paciente disfágico hospitalizado. **CoDAS**, v. 32, n. 3, 2020.

DINIZ L. M. A. et al. Processo do cuidar de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia cardíaca: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 8, p. e8538, 17 ago. 2021.

DOS SANTOS, A. M. F.; CECCHETTO, F. H. Relato de experiência frente à um caso de febre reumática em unidade de internação pediátrica. *ANAIS DA MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA-ISSN 2317-5915*, (12), 152-152, 2018.

ENGELMAN, D., et al., Adherence to secondary antibiotic prophylaxis for patients with rheumatic heart disease diagnosed through screening in Fiji. **Tropical Medicine & International Health**, 21(12), 1583-1591, 2016.

ENNES, M. A. Interacionismo simbólico: contribuições para se pensar os processos identitários. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, 43, 2013.

FALCADE, A. et al. Técnicas de produção e tratamento de dados qualitativos em teses e dissertações sobre tecnologias educacionais digitais utilizando a pesquisa-ação. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, 100, p. 697-712, 2020.

FASSARELLA, B. P. A. et al. Equipe de enfermagem x acompanhante na pediatria: o impacto dessa parceria na assistência pediátrica. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 258, p. 3319–3324, 1 nov. 2019.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2012.

FERNANDES, B. C. G. et al. Use of technologies by nurses in the management of primary health care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. spe, 2021.

FERREIRA, V. H. S. et al. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

FERREIRA, V. H. S., et al. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 40, 2019.

FIGUEIREDO, E. T. D., Azevedo, L., Rezende, M. L., & Alves, C. G. Febre reumática: uma doença sem cor. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 113, p. 345-354, 2019.

FRANCO, L. F. et al. Patient safety: perception of family members of hospitalized children. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020.

FREIRE, F. DE O. et al. Factors associated with suicide risk among nurses and physicians: a cross-section study. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 73Suppl 1, n. Suppl 1, p. e20200352, 2020.

GABRIELA; LEANDRA RUZENE CARLÚCIO; MARIA, R. O enfermeiro e a socialização da criança hospitalizada: uso de ilustrações e histórias como mediadoras / The nurse and the socialization of the hospitalized child: use of illustrations and stories as mediators. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 61267–61286, 21 jun. 2021.

GALVÃO, T. F., PANSANI, T. D. S. A.,; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e serviços de saúde**, 24, 335-342, 2015.

GARCIA, L.L.R., ESPERÓN, J.M.T., MARIA EDMARA, B.S. Atuação da enfermagem através do uso do brinquedo terapêutico / Atuação de enfermagem em crianças hospitalizadas por meio do emprego terapêutico. **Revista Cubana de Enfermería**, 2023.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O., SIMON, B. S., ; LACERDA, M. R. Teoria Fundamentada nos Dados: aspectos metodológicos em teses da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73, 2020.

GONÇALVES, R. et al. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR PEDIÁTRICO. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 9, n. 2, 30 dez. 2020.

HAUSMANN M; PEDUZZI M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**;18(2):258-65, 2009.

HORRIDGE, K.; BRETNALL, G.; FRASER, L. K. Hospital admissions of school-age children with an intellectual disability: A population-based survey. **Developmental Medicine & Child Neurology**, V. 65, maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais. 2021. Online. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=sobre>.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA (INC). Sobre o instituto. Disponível em: <https://inc.saude.gov.br/htm/inc.htm>

IRLAM, J., et al. Primary prevention of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease with penicillin in South African children with pharyngitis: a cost-effectiveness analysis. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, 6(3), 343-351, 2013.

JAITEH, L. E., et al., Rheumatic heart disease in The Gambia: clinical and valvular aspects at presentation and evolution under penicillin prophylaxis. **BMC cardiovascular disorders**, 21(1), 1-13, 2021.

JUNIOR, A. D. F. J., Colares, G. C., de Moraes Rocha Filho, I. B., & Souza, L. Doenças crônicas não transmissíveis na infância. **SAÚDE DINÂMICA**, 2(2), 38-56, 2020.

KAZAHURA, P. T., et al., Prevalence and risk factors for Subclinical Rheumatic Heart Disease among primary school children in Dar es Salaam, Tanzania: a community based cross-sectional study. **BMC Cardiovascular Disorders**, 21(1), 1-9, 2021.

KEVAT, P. M., et al., Adherence rates and risk factors for suboptimal adherence to secondary prophylaxis for rheumatic fever. **Journal of Paediatrics and Child Health**, 57(3), 419-424, 2021.

KOECH, M. M.; BARASA, F.; NG'ENO, T. K. Why Prevention of Rheumatic Heart Disease should be a Component of Primary Healthcare. **Journal of tropical pediatrics**, 58(5), 414-415, 2012.

KOERICH, C., et al. Teoria fundamentada nos dados: evidenciando divergências e contribuições para a pesquisa em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, 22, 1-6, 2018.

KUMAR, R. et al. Streptococcal pharyngitis, rheumatic fever and rheumatic heart disease: Eight-year prospective surveillance in Rupnagar district of Punjab, India. *Natl Med J India*. v.27, n.2, 2014.

Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata (BR). Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [Internet]**. 1990.

Lei n. 11.104, de 21 de Março de 2005 (BR). Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. **Diário Oficial da União [Internet]**. 2005.

LEITE, M. F., Gomes, I. P., Morais, J. D., & Collet, N. Impacto na vida de mães cuidadoras de crianças com doença crônica [Impact on mothers' lives of caring for children with chronic illnesses]. **Revista Enfermagem UERJ**, 23(4), 501-506, 2015.

LIMA, L. N.; CARVALHO, E. O.; SILVA, V. B.; MELO, M. C. Self-reported experience of hospitalized children: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. e20180740–e20180740, 2020.

LOPES, A. D. S. et al. Vivência com a doença crônica na infância: percepção da família. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 6, 5 maio 2022.

LINS, A. M. V. et al. Prevenção de febre reumática: perspectivas atuais e futuras. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 6, p. 64060 – 64071, Junho 2021.

MARTINS, M. M. F. P. DA S. et al. Technologies used by nursing managers in Portuguese hospitals. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

MEDRADO, A. V. de S. et al., FEBRE REUMÁTICA E SEU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 1175–1184, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i4.5125. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5125>.

MELO, A. L. S. D., et al., Exercise tolerance, pulmonary function, respiratory muscle strength, and quality of life in children and adolescents with rheumatic heart disease. **Revista Paulista de Pediatria**, 36, 199-206, 2018.

MELO, J. DA S.; FREITAS, N. DE O.; APOSTOLICO, M. R. The work of a Brazilian nursing team of collective health in the special indigenous health district. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 28 maio 2021.

MELO, L. D. DE et al. Ansiedade dos familiares de crianças cardiopatas na fase pré-operatória: Reflexões a respeito da atuação do enfermeiro. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e16210514882, 2 maio 2021.

MELO, S. P. D. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, 3159-3168. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENOLI, R. F., RIGUETE, N. V. D. P.; LALUCCI, M. P. D. P. S. STREPTOCOCCUS PYOGENES E FEBRE REUMÁTICA: REVISÃO DE LITERATURA, 2019.

MIGUEL, F. V. C. A entrevista como instrumento para investigação em pesquisas qualitativas no campo da linguística aplicada. **Revista odisseia**, 2010.

MINAYO, M. C. D. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33, p. 83-91, 2009.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

MITCHELL, A. G., et al. Clonidine for pain-related distress in Aboriginal children on a penicillin regimen to prevent recurrence of rheumatic fever. **Rural and Remote Health**, 20(4), 2020.

MITCHELL, A. G., et al., Using community-led development to build health communication about rheumatic heart disease in Aboriginal children: a developmental evaluation. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, 45(3), 212-219, 2021.

MOREIRA, F. T. L. D. S. et al. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. **Revista Gaucha De Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180308, 2019.

MORORÓ, D. D. DE S. et al. Nurse as an integrator in healthcare management of children with chronic condition. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, 2020.

MOURA, F.M.; JUNIOR, A.L.C.; SILVA, M.E.A.; REICHERT, A.P.S.; COLLET, N. Criança e adolescente com doença crônica hospitalizados. *Investigación y Educación em Enfermería*, v.33, n.3, 2015.

MÜLLER, Regina Elizabeth. Cardiopatia reumática com lesão valvar em crianças e adolescentes: fatores associados ao tempo até a terapêutica cirúrgica. 2011. 151 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) -Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro,2011.

NAVEGA, D. DE A.; BORTOLOZZI, A. C. Relatos de pessoas curadas da sífilis sobre as experiências na adesão ao tratamento. **Revista Contexto & Saúde**, v. 22, n. 46, p. e13481–e13481, 6 out. 2022.

NEPOMUCENO, R. M. et al. Complicações cardíacas da febre reumática: Relato de caso. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, 5(4), 2019.

NETO, R. A. et al. A estenose mitral como sequela em pacientes com febre reumática. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.5, 2021.

NUNES, J. H. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. **Sociedade e Estado**, 28, 257-277, 2013.

OKELLO, E., et al., Rheumatic heart disease in Uganda: the association between MHC class II HLA DR alleles and disease: a case control study. **BMC Cardiovascular Disorders**, 14(1), 1-5, 2014.

OLIVER, J., et al., Incidence of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease in Melbourne, Australia from 1937 to 2013. **Journal of Paediatrics and Child Health**, 56(9), 1408-1413, 2020.

OLIVEIRA, J. S. A. DE et al. Cuidado seguro na administração de Penicilina G Benzatina em crianças com febre reumática: relato de experiência. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 19, n. 2, p. 111–121, 2020.

Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos da Criança 1959 [Internet]**. New York: ONU; 1959.

PARKS, T; SMEESTERS, P. R; STEER, A. C. Streptococcal skin infection and rheumatic heart disease. **Current opinion in infectious diseases**, 25(2), 145-153, 2012.

PAULA, G. K. DE et al. Estratégias lúdicas no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, 14 jun. 2019.

PAULA, M. et al. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev. RENE**, v. 14, n. 4, p. 980-987, 2013.

PAULINO, G. M. E. et al. Satisfação profissional e ambiente de trabalho da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, n. 0, p. 1–8, 2019.

PEREIRA, B.A.F.; BELO, A.R.; SILVA, N.A. Febre reumática: atualização dos critérios de Jones à luz da revisão da American Heart Association 2015. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.57, n.4, 2017.

PIMENTEL, N. J. S. et al. A satisfação dos trabalhadores de enfermagem como indicador de gestão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 55, p. e3258-e3258, 2020.

PINHEIRO, A. L. S. Gerência de enfermagem em unidades básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. **Revista de APS**, 12(3), 2009.

PORTELA SILVA, A.; GUIMARÃES, I. C. B. Características clínicas e demográficas dos pacientes com endocardite infecciosa em um Serviço de Cardiologia Pediátrica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 128–143, 30 dez. 2020.

QUINN, E. et al. Clinic factors associated with better delivery of secondary prophylaxis in acute rheumatic fever management. **Aust J Gen Pract**, p. 859–865, 2019.

RAMALHO, E. L. R. et al. Atuação da enfermeira no processo de alta hospitalar de criança com doença crônica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, 2022.

RAMOS, P. S. D. M. D. O.; CUNHA, F. V.; SILVA, A. D. A. E. A saúde mental do enfermeiro em unidade oncológica pediátrica / The mental health of nurses in a pediatric oncology unit. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 62218–62239, 24 jun. 2021.

RAUPP, F. M. ; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. São Paulo: Atlas, p. 76-97, 2006.

REMENYI, B., et al., Single parasternal-long-axis-view-sweep screening echocardiographic protocol to detect rheumatic heart disease: a prospective study of diagnostic accuracy. **Heart, Lung and Circulation**, 29(6), 859-866, 2020.

RIBEIRO, R. R. S. et al. A importância do gerenciamento de enfermagem frente às atribuições de sua equipe na pediatria/ The importance of nursing management in response to your team attributions in pediatry. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 12, p. 28343–28355, 3 dez. 2019.

RIBEIRO WA. et al., Fatores de risco para a depressão no cotidiano da equipe de Enfermagem no âmbito hospitalar. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e16985287, 2020.

RODRIGUES, J. I. B.; FERNANDES, S. M. G. C.; MARQUES, G. F. DOS S. Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. e190395, 30 abr. 2020.

RODRIGUES, I. P.; QUEIROZ, M. V. O.; CHAVES, E. M. C. Características da febre reumática em crianças e adolescentes: convivendo com a doença, 2010.

SANTOS, C. D. et al. Avaliação da sobrecarga de trabalho na equipe de enfermagem e o impacto na qualidade da assistência. **Research, Society and Development**, 9(5), 2020.

SANTOS, J. L. G. D. et al. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 52, 2018.

SANTOS, J. L. G. D., et al. Concepções de comunicação na gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 45, 959-965, 2011.

SANTOS, J. L. G. D., et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 37, 2016.

SANTOS, J. L. G. D., et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, 20, 2016.

SANTOS, J. L. G. D., et al., Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66, 257-263, 2013.

SANTOS, R.F.M.D; DA ROCHA, F.N. Psico-pediatria: a Importância do Brincar na Elaboração do Sofrimento da Criança Hospitalizada. **Revista Mosaico**, v.11, n.1, p. 93-98, 2021.

SANTOS, S. DA S. et al. Reflexões teóricas sobre o cuidar de si à luz do interacionismo simbólico: Um estudo de revisão integrativa. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p. 140–150, 8 jul. 2020.

SARAIVA, L.R.; SANTOS, C.L.; VENTURA, C.; SOBRAL, M.A.; BARBOSA, B.; PARENTE, G.B.; MORAES, F. A gravidade da febre reumática aguda em crianças do estado de Pernambuco, Brasil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, v.101, n.3, 2013.

SCHEEL, A., et al., The impact of a peer support group for children with rheumatic heart disease in Uganda. **Patient education and counseling**, 101(1), 119-123, 2018.

SCHLIEMANN, A. L. et al. Desenvolvimento de material que facilite a convivência e a comunicação em enfermagem pediátrica. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 2816–2828, 2021.

SILVA, A. C. D; AGUIAR, B. G. C. O enfermeiro na Central de Material e Esterilização: uma visão das unidades consumidoras. **Rev. enferm. UERJ**, 377-381, 2008.

SILVA, A. da; CASTRO-SILVA, C. R.; MOURA, L. de. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 632 – 645, 2018.

SILVA DA ROCHA, L. et al. VISÃO DE FAMILIARES SOBRE O CUIDADO COMPARTILHADO DA CRIANÇA COM CONDIÇÃO CRÔNICA HOSPITALIZADA. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022.

SILVA, J. DE A. et al. O lúdico como recurso terapêutico no tratamento de crianças hospitalizadas: percepção dos enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 2, 30 ago. 2021.

SILVA, L. A. A. D., et al., Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 38, 2017.

SILVA, M.E.A. et al., Rede e apoio social na doença crônica infantil: compreendendo a percepção da criança. **Texto Contexto Enfermagem**, v.26, n.1, 2017.

SILVA-RODRIGUES, F. M. et al. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

SILVA, T. P. DA et al. Avaliação e manejo da dor oncológica crônica em unidade de internação pediátrica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e31, 6 abr. 2021.

SILVA, T. P. DA et al. Palliative care at the end of life in pediatric oncology: a nursing perspective. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

SILVA, T.P.; SILVA, L.J.; FERREIRA, M.J.C.; SILVA, I.R.; et al. Aspectos contextuais sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança com dor oncológica crônica. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.27, n.3, 2018.

SILVA, T. P; SILVA, M.M; SILVA, L.J; SILVA, IR; LEITE, JL. Especificidades contextuais do cuidado de enfermagem à criança em condição crônica hospitalizada. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.14, n.2, 2015.

SIMÕES, K. C. R.; SILVA, S. M. M. DA; COSTA, M. DA P. R. DA. Vozes à infância silenciada: impactos da hospitalização e hemodiálise à escolarização de crianças com doença renal crônica. **Revista Educação Especial**, v. 33, 26 out. 2020.

SIMONATO; MITRE; GALHEIGO. O cotidiano hospitalar de crianças com hospitalizações prolongadas: entre tramas dos cuidados com o corpo e as mediações possíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180383, 1 ago. 2019. <https://doi.org/10.1590/Interface.180383>.

SIMONATO, M. P.; MITRE, R. M. A.; GALHEIGO, S. M. O cotidiano hospitalar de crianças com hospitalizações prolongadas: entre tramas dos cuidados com o corpo e as mediações possíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180383, 1 ago. 2019. <https://doi.org/10.1590/Interface.180383>.

SOUZA, D. M. DE et al. Da teoria à prática: a inclusão da família de crianças hospitalizadas nos procedimentos dolorosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. e20230152, 25 ago. 2023.

SOARES RSA, et al., Codificando e analisando dados na perspectiva da teoria fundamentada nos dados: Relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, 9(8):8916-22, 2015.

SODER, R. M., et al., Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. **Revista Cubana de Enfermería**, 36(1), 2020.

TAROZZI, M. O que é a grounded theory: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011.

UTZUMI, F. C., et al., Continuidade do cuidado eo interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 27(2), e4250016, 2018.

VAZ, J. C. et al. Situações de vulnerabilidade vivenciadas por familiares na hospitalização de crianças com condição crônica. **Revista de Enfermagem Referência**, v. VI, n. 1, 2022.

WILLIG MH; LENARDT MH; TRENTINI M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 59, 177-182, 2006.

WILSON, A. M. M. M. et al. Fatores associados à contribuição dos cuidadores para o autocuidado na insuficiência cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, p. e3632, 12 ago. 2022.

World Health Organization Preventing chronic diseases: a vital investment http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/con-tents/en/index.html ,2005.

YADAV, D. K., ANAND, P., & BHUTIA, E. Failure of secondary prophylaxis with erythromycin in rheumatic heart disease. **Indian pediatrics**, 50(11), 1058-1059, 2013.

ZANETONI, T. C.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, p. e20210044, 23 maio 2022.

ZANETONI, T. C.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Operacionalização e tempo dedicado pelo enfermeiro na alta hospitalar responsável. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023.

APÊNDICE A

CRONOGRAMA - CONTINUAÇÃO

Ano	2023											
Semestre	1º semestre						2º semestre					
Mês	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Atividades												
Submissão ao Cep da instituição Co-participante	X											
Análise do projeto pelo CEP da instituição Co-participante	X	X										
Início da coleta de dados			X	X	X	X	X					
Análise de dados			X	X	X	X	X	X	X			
Apresentação dos resultados parciais da pesquisa (Qualificação do projeto)									X			
Análise final dos dados									X	X	X	
Elaboração do relatório final									X	X	X	
Defesa da Dissertação												X
Elaboração de artigo												X
Apresentação do relatório final à instituição co-participante												X

APÊNDICE B**ORÇAMENTO**

Material/Equipamentos	Quantidade	Valor unitário	TOTAL
Computador	01	3.000	3.000
Acesso à internet	Ilimitado	90.00	1.800
Pen Drive 32GB	01	30.00	30.00
Resma de Papel	05	35.00	175.00
Canetas	08	2.00	16.00
Cadernos	04	15.00	60.00
Livros	08	150.00	1.200
Xerox	100	0.15	150.00
Cartucho Preto	04	65.00	260.00
Cartucho Colorido	04	65.00	260.00
Encadernação	10	7.00	70.00
Inscrições em eventos	08	300.00	2.400
TOTAL			9.421,00



APÊNDICE C

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA - Instituição Proponente
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA INC - Instituição Co-participante

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada**: “Gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar” que tem como **objetivos**: Compreender os significados que os enfermeiros atribuem à gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar; Construir uma teoria sobre a gerência do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar. Este é um estudo de abordagem qualitativa, utilizando como método a *Grounded Theory* e o Interacionismo simbólico como Referencial Teórico.

Os participantes serão: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O quantitativo se refere a 25 profissionais, sendo 9 enfermeiros e 19 técnicos.

A pesquisa terá duração de 01 ano e 06 meses, com término previsto para novembro de 2023. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**, sem quaisquer prejuízos

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista e será gravada em meio digital (gravador portátil) para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após esse período. Assumimos também, o compromisso de retornar com a entrevista transcrita para que o Sr(a) possa confirmar o teor dos depoimentos. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Os **riscos** potenciais relacionados à sua participação no estudo podem ocorrer no âmbito das emoções, não sendo possível prever o efeito emocional que as perguntas poderão lhe causar. No âmbito emocional, perguntas a respeito da dinâmica de trabalho e dos significados atribuídos ao cuidado de enfermagem, podem causar de alguma maneira desconforto emocional ao descrever esses significados. Nesse sentido, será feito o possível para evitar que você vivencie qualquer desconforto durante a entrevista, esclarecendo-te ou tranquilizando-te. A pesquisadora estará à disposição para oferecer todo o amparo necessário caso alguma pergunta traga algum desconforto, sendo possível sinalizar caso isso ocorra em qualquer momento da entrevista e podendo interromper a entrevista temporariamente ou permanentemente de acordo com a necessidade do participante. Prezando pelo bem-estar e oferecendo a garantia de desistir em qualquer etapa, caso seja necessário, de acordo com a vontade do participante. Os riscos potenciais podem ser justificados pela importância do benefício esperado. O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem pediátrica além de possibilitar subsídios para o gerenciamento do cuidado à criança com cardiopatia reumática no contexto hospitalar, contribuindo de igual maneira no aprimoramento da prática profissional, não se relacionando a nenhum benefício direto. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 e a Resolução no. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade. **Pagamento**: a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe (CEP – Comitê de ética e pesquisa), podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Giovana de O.M. Queiroz (Rubrica)

Thiago P.da Silva (Rubrica)

Rubrica do participante

Dr Thiago Privado da Silva
(Doutor em Enfermagem)
Cel:(21) 96945-1480
E-mail: thiagopsilva87@gmail.com
Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Praça Onze,RJ.
Horário: 08:00-18:00 horas

Giovana de Oliveira Monteiro Queiroz
(Mestranda em Enfermagem da EEAN)
Cel: (21) 99598-7700
E-mail: giovanaomq@gmail.com
Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Praça Onze,RJ.
Horário: 08:00-18:00 horas

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA
Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Praça Onze,RJ.
Tel: (21) 2293-8048, Ramal:200
E-mail: cepeeahesfa@ean.ufrj.br

Comitê de Ética em Pesquisa INC
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa: Dr Eduardo Tibiriça
Rua das Laranjeiras, 374 - Laranjeiras, RJ.
Tel: 21 3037-2307
E-mail:cepinclaranjeiras@gmail.com

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2023.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Participante da Pesquisa: _____

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS ENFERMEIROS

IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista:...../...../..... **Início:** **Término:**

Sexo: M () F ()

Tempo de formação:.....

Tempo de atuação na pediatria de forma geral:

Tempo de atuação na instituição:

Tempo de experiência no cuidado à criança portadora de cardiopatia reumática:
.....

Escala: () Diarista () Plantonista

Plantonista: () Serviço Diurno () Serviço Noturno

Qualificação: () Aperfeiçoamento () Especialização () Mestrado

() Doutorado

Aperfeiçoamento: _____

Especialização: _____

Mestrado: _____

Doutorado: _____

Questionamentos direcionados ao objeto de estudo:

1. De que forma você desenvolve o cuidado à criança com cardiopatia reumática? Descreva os cuidados realizados.
2. Qual o significado que você atribui a prática dos cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia reumática? Comente a respeito.
3. Como caracteriza a organização do serviço referente às práticas de cuidado à criança com cardiopatia reumática?
4. Como percebe o trabalho da equipe de enfermagem no cuidado à criança com cardiopatia reumática?
5. Existem aspectos que você acredita que dificultem e/ou facilitem a prática do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática? Quais são? Comente a respeito.
6. Quais estratégias gerenciais você utiliza no cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática?
7. Caso considere que a assistência de enfermagem necessite de avanços, quais seriam as estratégias que podem ser implementadas para melhorar à assistência?

APÊNDICE E**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM****IDENTIFICAÇÃO**

Data da entrevista:...../...../..... **Início:** **Término:**

Sexo: M () F ()

Tempo de formação:.....

Tempo de atuação na pediatria de forma geral:

Tempo de atuação na instituição:

Tempo de experiência no cuidado à criança portadora de cardiopatia reumática:
.....

Escala: () Diarista () Plantonista

Plantonista: () Serviço Diurno () Serviço Noturno

Questionamentos direcionados ao objeto de estudo:

1. De que forma você desenvolve o cuidado à criança com cardiopatia reumática? Descreva os cuidados realizados.
2. Qual o significado que você atribui a prática dos cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia reumática? Comente a respeito.
3. Como percebe o trabalho da equipe de enfermagem no cuidado à criança com cardiopatia reumática?
4. Como é a sua interação com o enfermeiro no cuidado à criança com cardiopatia reumática?
5. Qual significado você atribui a sua interação com o enfermeiro no cuidado à criança com cardiopatia reumática?
6. Existem aspectos que você acredita que dificultem e/ou facilitem a prática do cuidado de enfermagem à criança com cardiopatia reumática? Quais são? Comente a respeito.
7. Caso considere que a assistência de enfermagem necessite de avanços, quais seriam as estratégias que podem ser implementadas para melhorar a assistência?